



Мета роботи – вивчення особливостей кровопостачання нижньої третини гомілки, а також з'ясування топографії проникних артерій в ділянці нижньої третини кісток гомілки та гомілковостопного суглоба.

Під час роботи опрацьовувались препарати 15 плодів людини 4-9 місяців внутрішньоутробного розвитку з колекції кафедри гістології, цитології та ембріології; 26 кісткових препаратів нижніх кінцівок людей різного віку та статі з музею кафедри анатомії людини ім. М.Г. Туркевича ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»; тривимірні реконструкції КТ та МРТ на базі Університетської лікарні.

В результаті дослідження в постнатальному періоді найчастіше ми зустрічали локалізації живильних артерій на передньо-бічній поверхні великогомілкової кістки, або ж їх поєднання наявність одночасно живильних кісткових артерій на задньомедіальній та задньолатеральних поверхнях кістки. На малоомілкової кістці, крім задньо-медіальної локалізації живильних артерій, зустрічалися варіанти з "високим" (вище метафіза) розміщенням місця входження судини в речовину кістки. Отже джерелами кровопостачання нижньої третини великогомілкової кістки є передня великогомілкова артерія, малоомілкової – малоомілкова артерія, та живильна артерія на передньо-бічній поверхні великогомілкової кістки, і задньо-медіальна живильна артерія малоомілкової кістки.

Кучук О.П.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ДЕМОДЕКОЗНОГО БЛЕФАРОКОН'ЮНКТИВІТУ

*Кафедра офтальмології ім. Б.Л.Радзіховського
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Демодекозний блефарокон'юнктивіт викликається *Demodex folliculorum hominis*. Кліщ паразитує в протоках сальних та мейбомієвих залоз, а також у волосяних фолікулах. Захворювання супроводжується трихіазом, мадарозом, кон'юнктивітом, краєвим кератитом, синдромом «сухого ока». Ураження шкіри обличчя спостерігається у 70% випадках. Медикаментозне лікування демодекоза перебігає складно через те, що кліщі розташовуються глибоко, і місцеве застосування лікарських засобів не може подіяти одночасно на всіх паразитів, зазвичай гинуть лише найбільш поверхнево розташовані. Окрім того препарати, які містять сірку чи дьоготь є шкідливими для очей.

Зважаючи на вищевказані причини нами був запропонований комплексний підхід до лікування демодекозного блефарокон'юнктивіту шляхом послідовного нанесення на шкіру повік препаратів Спрегаль або «Stop demodex» та подальшого проведення дарсонвалізації повік.

Гель «Stop demodex» має акарицидну дію на демодекс, а також антибактеріальну, антисептичну, знеболюючу, заспокійливу дію, посилює капілярний кровообіг. Лікувальні ефекти препарату Спрегаль реалізуються за рахунок його компонентів: есдепалетрин є нейротоксичною отрутою для комах, що порушує катіонний обмін мембран нервових клітин комах; піпероліну бутоксид посилює дію есдепалетрину.

Метод дарсонвалізації має наступні лікувальні ефекти: акарицидний та бактерицидний – завдяки дії іскрового розряду та озону, що генерується; протибольовий та протисвербіжний – за рахунок збільшення порогу чутливості больових та тактильних екстерорецепторів; імуностимулюючий також за рахунок дії іскрового розряду, що стимулює фагоцитоз, та виділення біологічно активних речовин, які стимулюють гуморальну ланку імунітету.

В період 2012-2017 років нами було проліковано 38 пацієнтів з використанням гелю «Stop demodex» та 44 хворих із застосуванням Спрегалю. Зазвичай, курс дарсонвалізації із вказаними засобами тривав десять днів з подальшою перервою на два тижні та повторним проведенням аналогічного курсу. Вибір такої схеми відповідає повному циклу життєдіяльності кліща (15 днів), оскільки всі методи лікування діють тільки на дорослі особини. На нашу думку, іскровий заряд, за рахунок дії на гладком'язові клітини мейбомієвих та сальних залоз, стимулює викид їх секрету. Разом з секретом на поверхню шкіри повік виділяється і демодекс, який підпадає під дію специфічних препаратів, попередньо нанесених на шкіру, що підвищує ефективність знищення кліща та покращує клінічний перебіг захворювання. Ефективність даної методики підтверджується тим, що свербіж, набряк та почервоніння повік після першого курсу лікування зменшились у 96 % хворих, що використовували Спрегаль. Якщо при первинній мікроскопії вій в препараті виявлялося 8-15 кліщів у полі зору, то після першого курсу лікування Спрегалем при контролі кількість їх зменшувалася до 1-2 в полі зору. Після повторного курсу лікування відсоток від'ємних мікроскопічних аналізів вій наближався до 100%.

У разі комбінації дарсонвалізації повік з гелем «Stop demodex» після першого курсу проведеного лікування, суб'єктивні ознаки блефарокон'юнктивіту були відсутні також майже у всіх пацієнтів (95%), об'єктивні клінічні симптоми виявлені лише в 7% випадків. Відсутність достовірної різниці клінічної ефективності застосування обох специфічних препаратів та хороший кінцевий лікувальний ефект ми пов'язуємо з використанням дарсонвалізації повік, що забезпечує безпосередній контакт медикаментозних спецзасобів із максимальною кількістю паразитів, навіть глибоко розташованих в мейбомієвих залозах.

Запропонований нами новий комбінований метод лікування демодекозного блефариту з використанням медикаментозних спецзасобів та подальшого проведення дарсонвалізації повік є простим у використанні, доступним та найбільш ефективним способом лікування демодекозу та профілактики його ускладнень.