



впливом лікування досить істотно (на 12,10% та 53,77%, відповідно), але такі зміни були недостатньо вірогідними ($p > 0,05$).

Таблиця

Результати загального аналізу сечі обстежених хворих (n=50)

№ п/п	Показник	До лікування	Після лікування	P
1	Питома вага	1015,41±7,23	1014,94±4,08	1,174
2	Білок сечі	0,29±0,05	0,17±0,02	0,008
3	Лейкоцити сечі	7,78±0,51	6,94±0,14	0,075
4	Еритроцити сечі	7,95±0,15	5,17±0,93	0,133

Отже, сечовий синдром виникає у хворих з хронічними (20,0%) та гострими (80%) запальними захворюваннями іншої локалізації. Проведене стандартне лікування не дозволяє повною мірою відкоригувати виявлені зміни загального аналізу сечі (лейкоцити, еритроцити), що зумовлює необхідність розробки додаткових лікувально-тактичних підходів у таких хворих. Призначення у лікуванні запальних захворювань антибактеріальних засобів не вирішує повністю питання переривання ланцюга патогенетичних порушень, які розвиваються в ділянці запалення та призводить до негативного впливу на імунну систему, створюючи передумови для формування запалення у нирках.

Хомко Л.П., Хомко О.Й.,* Сидорчук Р.І.

МАГНІТНО-ЛАЗЕРНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОСТТРОМБОФЛЕБІТИЧНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Кафедра загальної хірургії**

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Лікування хворих із посттромбофлебітичними трофічними виразками нижніх кінцівок повинно бути комплексним (медикаментозна терапія, дієто- та фітотерапія, місцеве медикаментозне лікування), але магнітно-лазерній терапії (МЛТ) належить провідна роль.

Перед нами постало завдання покращити результати комплексного лікування посттромбофлебітичних трофічних виразок нижніх кінцівок.

МЛТ було застосовано у комплексному лікуванні 29 хворих з посттромбофлебітичними трофічними виразками нижніх кінцівок. Групу порівняння склали 24 пацієнти із аналогічними трофічними порушеннями.

Проведення 1-го курсу МЛТ направлено на відновлення кровопостачання ураженої кінцівки, нормалізацію загального стану пацієнта. 1-й курс - магнітолазеротерапія: ПМП 75 мТл, довжина хвилі 0,89 мкм, ІП 4-8 Вт, 41-80 Гц. Поля впливу: підколінна ямка (експозиція 64 с.), пахвинна ділянка (експозиція 128 с.), зона проекції печінки на передній поверхні грудної клітини (128 с.), зона зліва від пупка (64 с.). Починаючи з 5-ї процедури, додають вплив на ділянку трофічних порушень та виразок - сканування протягом 64 с. З 10-ї процедури вплив на ділянку виразки припиняють, а вплив на решту зон продовжується до 12-13 процедур. Після 3-4 тижневої перерви МЛТ продовжують. Проведення 2-го курсу сприяє нормалізації мікроциркуляції та метаболізму в тканинах у ділянці виразки та трофічних порушень, стимуляції регенерації та епіталізації у виразковому дефекті шкіри. 2-й курс проводиться щоденно по тих самих полях, що й у першому курсі, але без магнітотерапії. На зону трофічних порушень та виразок вплив проводиться червоним світлом з довжиною хвилі 0,65 мкм, протягом 128 с. (сканування) впродовж всього курсу лікування (12 процедур). Параметри випромінювання: ІП 4-6 Вт, 41-150 Гц (довжина хвиль 0,89 та 0,65 мкм). Проведення 3-го та наступних курсів МЛТ закріпле отримані ефекти. 3-й курс МЛТ проводиться через 4 тижні після закінчення 2-го курсу; проведений аналогічно першому курсу.

Терапевтичний ефект МЛТ підсилюється при проведенні лазерної рефлексотерапії по зонах базового рецепта (14 випромінювання з довжиною хвилі 1,3 мкм, потужністю 0,35 мВт, модульоване частотою 2 Гц) відразу після лазерної або магнітолазерної терапії. Повторення комплексу терапії доцільно через 6 міс. Позитивний перебіг хвороби клінічної симптоматики досягнуто у 72% хворих, поліпшення - у 18 %, рецидиви протягом року відмічені у 10% хворих. Таким чином, МЛТ доцільно включати в комплексне лікування посттромбофлебітичних трофічних виразок нижніх кінцівок.

Хомко О.Й., Хомко Л.П.,* Петрюк Б.В.,* Сидорчук Р.І.

ГАЛЬВАНОЕНТЕРОСОРБЦІЯ АНТИБІОТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ТЕРМІЧНИМИ ОПІКАМИ

*Кафедра догляду за хворими та вищої мед сестринської освіти,
Кафедра загальної хірургії**

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Термічні опіки залишаються важливою проблемою у клініці хірургічних хвороб, особливо проблематичними є поширені та глибокі ураження, які супроводжуються розвитком опікової хвороби, наявністю вираженого синдрому інтоксикації, у виникненні котрого мають значення різні чинники, у тому числі інтестинальний фактор. Поряд із іншими методами детоксикації це зумовлює використання ентеросорбції.