



Сидорчук Р.І., Хомко О.Й.,* Плегуча О.М., Сидорчук І.Й., Ткачук О.В.,** Кіфяк П.В.,**
Сидорчук А.Р.***

ПОПУЛЯЦІЙНІ РІВНІ АЕРОБНОЇ ТА АНАЕРОБНОЇ МІКРОФЛОРИ БІОПЛІВОК ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ М'ЯКИХ ТКАНИН

Кафедра загальної хірургії

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти**

*Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії***

*Кафедра сімейної медицини****

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

В основі сучасного лікування хронічної ранової інфекції лежать принципи комплексної терапії, що включають в себе хірургічне втручання з широким розкриттям гнійної рани, некректомією і раціональним дрениванням, загальне і місцеве застосування антибіотиків та лікарських засобів, які забезпечують дезінтоксикаційну, некролітичну дію, підвищення імунного захисту організму. Такі принципи зумовлені, зокрема й тим, що всі гнійно-некротичні процеси м'яких тканин контаміновані високовірulentними мікроорганізмами, що викликають додаткове пошкодження тканин і суттєво уповільнюють репарацію ран.

Враховуючі неоднорідність даних про збудники ГНПМТ, метою дослідження я встановлення динаміки змін популяційних рівнів аеробних та анаеробних збудників біоплівки хронічних ран.

Досліджено динаміку змін популяційних рівнів аеробної та анаеробної мікрофлори біоплівки гнійно-некротичних процесів м'яких тканин у 52 хворих. При виконанні дослідження керувались загальноприйнятими нормами відповідно до Директиви ЄЕС № 609 від 24.11.1986 р., GCP (1996 р.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2000 рр.), наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р та наказу МОЗ України № 616 від 03.08.2012 р.

Синдром стопи діабетика діагностовано у 65,39% випадків, хронічна артеріальна недостатність – у 7,69% та хронічна венозна недостатність – у 26,92%. Забір матеріалу здійснювали згідно існуючих рекомендацій при поступленні, через 7 та 14-21 доби лікування.

Контамінація біотопу у процесі лікування змінюється протягом 14-21 діб – зростають популяційні рівні не тільки провідних патогенів гнійно-некротичного процесу м'яких тканин, а також, додаткових і випадкових мікробіоти, що необхідно врахувати при лікуванні таких пацієнтів. Поступове зростання рівня провідних збудників та асоціантів у процесі лікування хворих протягом 14-21 днів засвідчує про недостатню ефективність факторів і механізмів неспецифічного протиінфекційного заходу та специфічної імунної відповіді.

Сикирицька Т.Б., Козарійчук Н.Я., Бірюк І.Г.* ВИКОРИСТАННЯ КОНТАКТНОЇ КОРЕКЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АМБЛІОПІЇ У ДІТЕЙ

Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радіхівського

*Кафедра медицини катастроф та військової медицини**

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Амбліопія або «ліниве око» - ослаблення зору, яке зумовлене функціональними розладами зорового аналізатора. Амбліопія розвивається при таких захворюваннях, як косоокість, катаракта, аномалії рефракції (міопія, гіперметропія, астигматизм) та інші. В офтальмології амбліопія розглядається як одна з провідних причин одностороннього зниження зору. У всьому світі амбліопією страждають близько 2% населення. Прогноз при амбліопії залежить від причин і часу виявлення захворювання. Чим раніше розпочато корекцію амбліопії, тим успішнішим буде результат. Найкращий ефект досягається при проведенні лікування по досягненні дитиною 7 років, поки не завершився процес формування очей. У разі своєчасного і повного лікування амбліопії у більшості випадків вдається практично повністю нормалізувати зір. У дорослих з амбліопією розвивається стійке незворотнє зниження гостроти зору. Профілактика амбліопії досягається шляхом проведення регулярного диспансерного обстеження дітей, починаючи з 1 місяця життя. Існуючі на сьогоднішній день методи лікування амбліопії в багатьох випадках не вирішують завдання оптичної корекції - створення умов для розвитку центральної гостроти зору та бінокулярного зору. Тому ми вважали цікавим провести аналіз стабілізації зорових функцій у дітей, які користувались контактною корекцією.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність використання контактної корекції при лікуванні амбліопії у дітей, провести аналіз стабілізації зорових функцій та розвиток бінокулярного зору.

Нами проведений комплексний аналіз даних 35 дітей (контрольна група), які отримали традиційну оптичну корекцію та 21 дітей (дослідна група) – які користувались контактною корекцією в офтальмологічній амбулаторії „Оптики люксор”. Усі діти контрольної та дослідної групи були віком від 4 до 17 років. Строк спостереження від 2-х до 4-х років. Дані ретроспективного аналізу результатів використання контактної корекції в лікуванні амбліопії у дітей свідчать про покращення середньої гостроти зору на 0,15 (без корекції) та на 0,4 (з корекцією). У результаті лікування середня гострота зору підвищилася з $0,2 \pm 0,15$ (до лікування) до $0,65 \pm 0,30$ (після лікування). Через рік після лікування у 82% дітей амбліопія зменшилася на $0,5-0,75$ Д, у 10%