



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, некретомією 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%



амбліопія зменшилася на 0,25%, у 8% дітей - рефракція залишилася попередньою. Однак, важливим виявилось те, що не було виявлено жодного випадку прогресування амбліопії. Аналіз результатів використання контактної корекції в лікуванні амбліопії у дітей вказує, що вони усувають всі обмеження, які пов'язані з носінням окулярів. Це важливо для дітей, які ведуть активний спосіб життя та займаються спортом. Окрім цього, носіння контактних лінз знімають психологічний дискомфорт і проблеми дитини, які пов'язані з носінням окулярів.

Отже, застосування м'яких контактних лінз в якості оптичної корекції у дітей при рефракційних порушеннях в поєднанні з амбліопією дозволяє: більш повно та фізіологічно відкоректувати аметропію; компенсувати анізетропію та зменшити прояви анізейконії; усунути оптичні аберації та отримати на сітківці постійне чітке зображення без обмежень полів зору; надати дитині психологічні та естетичні переваги пов'язані з зовнішнім виглядом та зручністю під час фізичної активності та занять спортом.

Федорук О.С., Візнюк В.В., Зайцев В.І., Ілюк І.І., Степан В.Т., Владиченко К.А., Широкий В.С. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ЦИСТОЛІТОТРИПСІЇ КОНКРЕМЕНТІВ СЕЧОВОГО МІХУРА

*Кафедра урології та нейрохірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Конкременти сечового міхура, як ускладнення урологічних захворювань із хронічною затримкою сечі є актуальною проблемою сучасності, що зумовлена труднощами у виборі оперативної тактики, або ж відкладається вирішення даної проблеми на довший термін. Розробка більш інтенсивного та ефективного методу оперативного лікування хворих із конкрементами сечового міхура, яке дасть змогу та забезпечити хворого від ускладнень після лікування, знизити частку показів до послідуєчих цистолітотомій із відповідною травматизацією.

Обстежено 34 хворих із конкрементами сечового міхура, які перебували на стаціонарному лікуванні. Вік хворих коливався в межах 60 – 79 років. Діагноз підтверджений з допомогою лабораторних та інструментальних методів дослідження (УЗД, оглядова рентгенографія, цистографія). Хворих розподілено на 3 групи: 1 група – 10 хворих з конкрементами 2-4 см в діаметрі, кількістю 1-3 шт., яким проводилася традиційна операція в об'ємі: Епіцистостомія. Цистолітотомія. 2 група – 12 хворих, з конкрементами до 2 см в діаметрі, яким проводилася операція в об'ємі: Трансуретральна цистолітотрипсія апаратом «Урат -1М». 3 група – 12 хворих, з конкрементами 2-4 см в діаметрі, яким проводилася операція в об'ємі: Трансуретральна цистолітотрипсія апаратом «Урат -1М» в комбінації з лазерним літотриптором Carl Storz Calculase. Перед- та післяопераційне медикаментозне лікування хворих проводилося згідно протоколів надання допомоги МОЗ України.

У третій дослідній групі цистолітотрипсія проводилася хворим із конкрементами від 2 до 4 см в діаметрі спочатку апаратом Carl Storz Calculase (проводиться формування отвору в конкрементів лазером до 6 мм шириною та глибиною до 1 см). В подальшому в отвір, який утворився, вводимо електрод апарату «Урат – 1М» та виконуємо цистолітотрипсію до повної фрагментації конкремента.

За даними дослідження ефективність лікування в другій дослідній групі в залежності від розмірів конкременту складає 60% - 2-4 см. У першій та третій дослідних групах - 100% - 2-4 см та 100% - 2-4 см відповідно. Післяопераційний період в другій та третій групах склав 3 ± 2 дні, тоді як в першій дослідній групі - 7 ± 2 дні. Перша група пацієнтів на відміну від другої та третьої в 100% випадків виписана для подальшого амбулаторного лікування з наявною епіцистостомією та рекомендаціями повторної госпіталізації для проведення другого етапу лікування (ТУР простати) через 10 днів. У другій та третій дослідних групах у 95.9% випадках (24 хворих) після проведення трансуретральної цистолітотрипсії, проведено симультанну операцію в об'ємі: ТУР простати, і тільки в 1 випадку (4,1%) - ТУР простати не проводився у зв'язку із відмовою пацієнта на проведення операції.

Таким чином, правильний вибір тактики лікування у хворих із конкрементами сечового міхура дає можливість досягнути 100% результату елімінації конкременту. Спосіб цистолітотрипсії конкрементів сечового міхура шляхом комбінованого застосування апаратів «Урат-1М» та Carl Storz Calculase дозволяє не тільки досягнути 100% роздроблення конкрементів розміром 2-4 см, а й зменшити термін перебування хворого в стаціонарі, тим самим покращити результати лікування хворих із конкрементами в сечовому міхурі.

Федорук О.С., Зайцев В.І., Ілюк І.І., Владиченко К.А., Степан В.Т., Візнюк В.В. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНИХ КЛІТИН КАХАЛЯ В ОРГАНАХ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

*Кафедра урології та нейрохірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

У 1893 р. іспанський анатом Ramon Y. Cajal вперше описав клітини, які розташовані в м'язовій оболонці органів шлунково-кишкового тракту. Вони локалізуються в інтерстиції та одночасно контактують з нервовими закінченнями і гладком'язовими клітинами. У 1977–1982 рр. M. S. Faussone-Pellegrini і L. Thuneberg, використовуючи дані електронної мікроскопії, дійшли висновку, що клітини, які названі «інтерстиціальними нейронами», не мають відношення до нервової тканини, а є похідними мезенхіми. Електрофізіологічні