



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-лазерної 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.



Ентеросорбційна детоксикація ентеросгелем була застосована у комплексному лікуванні 28 хворих із поширеними термічними опіками II-IV ст. (ІТУ  $70,6 \pm 6,8$  од.) – Д гр. Препарат призначали з 2-3-ї доби після опіку впродовж 7-14 діб у залежності від тяжкості ураження та проявів синдрому інтоксикації. У 24 потерпілих (ІТУ  $73,5 \pm 7,2$  од.) дане лікування доповнювали гальванізацією опікових ран із попереднім введенням антибактерійних препаратів (Д<sub>1</sub> гр.). У період опікового шоку інтенсивність протеолітичної деградації низькомолекулярних білків плазми (азоальбуміну) перевищувала показник здорових осіб у 2,4 рази. На 6-7 добу її рівень знижувався в основних групах – відповідно на 28,7% і 38,6%. Через 13-14 діб у К гр. він дещо зростав і помірно зменшувався в основних групах, де був на 36,5% і 47,3% відповідно нижчим, порівняно з першим періодом спостереження. При цьому різниця з К гр. складала відповідно 35,2% і 42,3%. На 19-21 добу лізис азоальбуміну не змінювався, при цьому в основних групах він був на 35% (Д гр.) і 43,2% (Д<sub>1</sub> гр.) нижчим, порівняно з вихідним показником та на 34% і 42,1% відносно К гр.

Лізис азоколагену у перші доби перевищував показник здорових осіб у 2,2 рази. На 6-7 добу мало місце його зниження в усіх групах: на 43,8% (Д гр.), 47,1% (Д<sub>1</sub> гр.) та 38,0% (К гр.) без істотної різниці між групами. Через 19-21 добу після опіку в усіх групах рівень лізису азоколагену був нижчим, порівняно з вихідним показником – відповідно на 37,2%, 62,6% і 32,9%. Разом з тим, в Д<sub>1</sub> гр. він був на 38,4% нижчим, ніж в Д гр. і на 48,5%, порівняно з К гр. Інтенсивність протеолітичної деградації високомолекулярних білків плазми (азоказеїну) у перші доби в 2,6 рази перевищувала норму. На 6-7 добу вона знижувалася в Д гр. на 29,3%, в Д<sub>1</sub> гр. – на 31,3% та дещо зростала в К гр., де була на 25% вищою, ніж в основних групах. На 13-14 добу в основних групах лізис азоказеїну був на 31,5% і 42,0% відповідно нижчим за показник К гр. На 19-21 добу в Д гр. його рівень виявився на 35,8%, в Д<sub>1</sub> гр. – на 44,7% нижчим за початковий рівень. У цей період в Д<sub>1</sub> гр. рівень лізису азоказеїну був на 31,8% нижчим за показник К гр. У перші 1-3 доби після опіку СФА плазми перевищувала норму майже у 3 рази. У всіх групах рівень СФА упродовж усього періоду спостереження суттєво не змінювався, лише в К гр. на 19-21 добу він був на 26,6% нижчим за початковий рівень. У цей період в основних групах СФА була вищою, порівняно з К гр., однак вірогідна різниця на 32,8% була лише в Д<sub>1</sub> гр. Рівень НФА у процесі спостереження змінювався аналогічно: на 19-21 добу в основних групах він перевищував показник К гр. відповідно на 31,4% і 33,2%. Рівень ФФА складав близько 47-49% від СФА упродовж усього періоду спостереження. Лише на 19-21 добу в Д<sub>1</sub> гр. ФФА складала 51,3% від СФА і була на 32,5% вищою за показник К гр.

Отже, поширені глибокі термічні опіки супроводжуються значним зростанням протеолітичної та фібрinolітичної активності крові. Включення до комплексної терапії опіків ентеросорбції забезпечує зниження протеолітичної активності та підтримання на високому рівні ФА плазми, що дозволяє зменшити ризик тромбоемболічних ускладнень. Поєднане використання ентеросорбції та ВТЕ антибактерійних засобів (гальваноентеросорбція) при термічних опіках забезпечує вищий терапевтичний ефект.

**Шермет М.І.**

### **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУЗЛОВІ ФОРМИ ЗОБА НА ФОНІ АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ**

*Кафедра хірургії № 1*

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

Хірургію ендокринних органів завжди спіткає складна проблема поєднання хірургічного радикалізму та післяопераційного відновлення специфічного гормонального гомеостазу. Розвиток післяопераційного гіпотиреозу давно є в центрі уваги дослідників, більшість з яких акцентують увагу на автоімунних процесах в паренхімі залози та об'ємі залишеної паренхіми. Інші патогенетичні чинники гіпофункції щитоподібної залози при резекційних операціях залишаються маловідомими, так само, як і механізми вузлоутворення.

В зв'язку з цим, ми поставили за мету дослідити деякі ланки патогенезу розвитку і прогресування післяопераційного гіпотиреозу у хворих на вузлові форми зоба на фоні автоімунного тиреоїдиту шляхом вивчення активності процесів пероксидного окиснення ліпідів та білків в крові та тканині щитоподібної залози до- та після оперативного втручання та розробити ефективні методи їх профілактики.

Упродовж 2013-2017 рр., на базі ОКУ «Обласна клінічна лікарня» м. Чернівці, обстежено 80 жінок з вузловим зобом на фоні автоімунного тиреоїдиту (ВЗАІТ). Контрольна (I) група хворих в післяопераційному періоді отримували лише знеболюючі препарати. Дослідна (II) група хворих, крім цього лікування, за добу до операції та щоденно після неї (на протязі 4-5 діб) внутрішньовенно отримувала по 300 Од берлітіону, а після виписки - Берлітіон® ОРАЛЬ по 1 таб. (300ОД) на добу протягом 1 місяця. Це препарат з цілеспрямованою антиоксидантною дією. Хворі обох груп не відрізнялись за об'ємом оперативного втручання та методом інтраопераційного знеболення. Слід відмітити, що хворі обох груп до операції отримували замісну терапію L-тироксинам (з розрахунку 1,6 мкг./кг/добу). 7 пацієнток дослідної групи були фертильного віку.

До операції та на 1, 3 та 5 добу після неї у всіх хворих оцінювали активність пероксидного окиснення та стан антиоксидантних систем шляхом визначення в сироватці крові ступеня окислювальної модифікації білків (ОМБ), активність церулоплазміну (ЦП); в еритроцитах – вміст малонового альдегіду (МА), активність глутатіонпероксидази (ГП) і каталази (КТ) за загальноприйнятими методиками. Вивчали ці ж показники у крові та плазмі 30 практично здорових донорів.