

Міністерство охорони здоров'я України  
Управління охорони здоров'я та курортів  
Вінницької облдержадміністрації  
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

Збірник наукових робіт лікарів та вчених провідних клінік  
Вінниччини, присвячений 200-річчю від дня народження  
видатного наукового та громадського діяча М. І. Пирогова

## ВИПУСК 8

*Схвалено і рекомендовано до друку вченою радою  
(протокол № 2 від 30 вересня 2010 року)  
Вінницького національного медичного  
університету ім. М. І. Пирогова*

Вінниця – 2010

У пацієнтів із синдромом ГСМ після простатектомії, у випадку клінічних проявів СНСШ без запальних змін у сечовій системі з успіхом призначали препарат м-холінолітичної дії – Везікар (соліфенацин) по 5 мг 1 раз на добу. При наявності лейкоцитурії та бактеріурії Везікар поєднували з антибактеріальною терапією.

**Висновки.** Однією з причин СНСШ після хірургічного лікування гіперплазії простати може бути синдром ГСМ, розпізнавання якого можливе за кривою “стрімкого типу” під час урофлоуметрії. В лікуванні пацієнтів після простатектомії з діагностованим ГСМ оптимальним вибором є препарати м-холінолітичної дії, зокрема Везікар. Подальшого поглибленого вивчення потребує поширеність ГСМ у більш віддаленому післяопераційному періоді з проведенням повного урологічного і навіть уродинамічного обстеження в разі неефективності альфа-адреноблокаторів та м-холінолітиків.

## Література

1. *Козырев С. В.* Диагностика и лечение гиперактивного мочевого пузыря у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.
2. *Урофлоуметрия* / Е.Л. Вишневский, Д. Ю. Пушкарь, О. Б. Лоран, В. В. Данилов, А. Е. Вишневский. – М. : Печатный город, 2004. – 220 с.

## ЦИТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РАНОВОГО ЕКСУДАТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГНІЙНИХ РАН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НОВОЮ ЛІКАРСЬКОЮ КОМПОЗИЦІЄЮ

*Шкільняк Л. І., Арженкова К. Б.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

*Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова*

Висока частота захворюваності на гострі гнійно-запальні процеси щелепно-лицевої ділянки продовжує турбувати щелепно-лицевих хірургів, тому лікування таких захворювань залишається актуальною проблемою сучасної щелепно-лицевої хірургії. За останні роки кількість хворих з цією патологією значно зростає, збільшилася частота їх ускладнень. У зв'язку з цим досить актуальним є пошук нових та більш ефективних засобів та методів лікування. Одночасно з методами системної дії на організм хворого постійно розробляються та впроваджуються нові методи лікування, котрі дозволяють здійснювати позитивний вплив на міс-

цевий перебіг у рані [1]. Після розкриття флегмони успіх лікування багато в чому залежить від того, наскільки ефективним у найближчому післяопераційному періоді є місцевий лікувальний вплив [2]. Враховуючи патогенетичні особливості гнійних ран, доцільним є застосування комплексної дії препаратів: антисептичної, сорбційної та місцевоанестезуючої.

Нами на базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова в щелепно-лицевому відділенні було обстежено 95 хворих віком від 18 до 60 років. Хворих було поділено на дві групи. Перша група (досліджувана) становила 40 осіб, із них 25 хворих з одонтогенними флегмонами одного клітковинного простору (підщелепна ділянка) та 15 хворих із флегмонами декількох клітковинних просторів щелепно-лицевої ділянки (одонтогенна флегмона дна порожнини рота). Друга група (контрольна) становила 55 хворих, із них 30 хворих із флегмонами одного клітковинного простору (підщелепна ділянка), 25 хворих із флегмонами декількох клітковинних просторів (флегмона дна порожнини рота). Всім хворим у день надходження проводили розкриття гнійного вогнища, його дренивання та при необхідності видалення “причинного зуба”, призначалася загальна антибіотикотерапія. В контрольній групі хворих щоденно під час перев’язок проводилося місцеве промивання рани за допомогою традиційних антисептиків (перекису водню, розчину фурациліну). Досліджуваній групі хворих місцево обробляли рану розчином, до складу якого входили декасан, полісорб МП, мепівастезин. Кількісне співвідношення розчину становило: 100 мл декасану, 1 гр полісорбу МП, 1,5 мл мепівастезину. Вибір препаратів зумовлений їх високою ефективністю, оскільки декасан володіє вираженим ефектом по відношенню до аеробних та анаеробних бактерій, має високу бактерицидну дію (0,24–15,62 мг/мл) на антибіотикорезистентні штами стафілокока [3]. Полісорб МП володіє високою сорбційною ємкістю по відношенню до білків, мікроорганізмів ( $10^8$ – $10^{10}$  мікробних тіл/г), широким сорбційним спектром (білки, ферменти, амінокислоти, аміни, луги та ін.). Мепівастезин забезпечує місцевий анестезуючий ефект. Загальна тривалість застосування розчину у хворих з обмеженими гнійно-запальними процесами складала 4–5 доби, а з розлитими – 4–6 діб. Проводилося цитологічне дослідження рани як критерію ефективності проведеної терапії на 1 добу після розкриття рани, 3, 5, 7, а в деяких випадках на 9 добу. У досліджуваній групі цитологічний забір здійснили 18 хворим, у контрольній – 17 хворим.

Матеріал для дослідження брали шляхом легкого зіскрібання поверхневого шару рани краєм стерильного предметного скла. Отриманий матеріал рівномірно розподіляли тонким шаром за допомогою шліфувального скла. Фіксували мазки етиловим спиртом, висушували та фарбували азур-еозином за Романовським – Гімзою. Під мікроскопом підраховували нейтрофільні лейкоцити, лімфоцити, моноцити, макрофаги та фібробласти в перерахунку на 200 клітин. Серед нейтрофільних лейкоцитів визначали кількість дегенеративних клітин. Також оцінювали

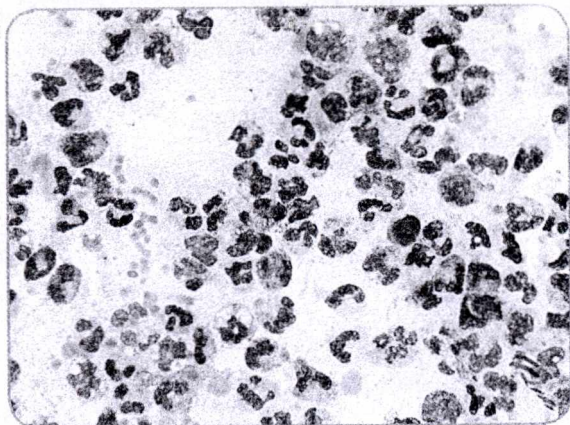
активність фагоцитозу мікроорганізмів нейтрофілами і відзначали його як завершений та незавершений. Визначали відсоток фагоцитуючих макрофагів із завершеним фагоцитозом по відношенню до всіх нейтрофільних лейкоцитів (відсоток фагоцитозу). При аналізі результатів цитологічного дослідження ми отримали наступні показники.

#### Дані цитограм гнійних ран у контрольній групі хворих (n=17)

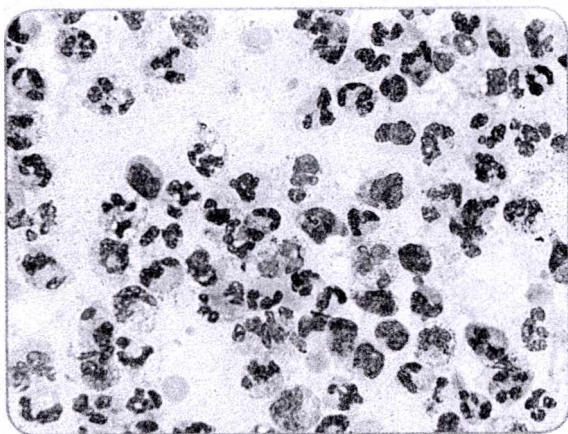
Показники клітинного складу в %	Строки спостережень (доба)				
Нейтрофільні лейкоцити	95,6±1,5	90,6±1,2	83,8±1,4	83,5±1,5	83,2±1,2
З них дегенеруючі лейкоцити	72,1±1,6	70,5±1,8	65,1±1,7	48,9±1,4	18,7±0,8
Лімфоцити	2,1±0,5	3,8±0,4	3,5±0,4	4,5±0,3	4,9±0,3
Моноцити	1,4±0,4 %	1,7±0,5	1,4±0,2	0,9±0,3	1,3±0,1
Макрофаги	1,3±0,4	3,6±0,4	6,1±0,3	4,2±0,1	3,2±0,5
Фібробласти	–	–	3,2±0,5	5,1±0,6	7,4±0,6
Фагоцитоз	9,8±1,4	10,3±1,7	12,3±1,3	14,8±1,1	11,8±1,5

#### Дані цитограм гнійних ран у досліджуваній групі хворих (n=18)

Показники клітинного складу в %	Строки спостережень (доба)			
Нейтрофільні лейкоцити	94,6±1,3	89,3±1,8	84,1±1,5	83,2±1,5
З них дегенеруючі лейкоцити	69,1±1,2	59,2±1,5	48,1±1,5	16,7±1,4
Лімфоцити	2,2±0,2	3,8±0,8	4,5±0,2	5,3±0,2
Моноцити	1,6±0,7	1,7±0,15	1,9±0,1	1,8±0,3
Макрофаги	1,5±0,6	7,3±0,8	4,7±0,6	2,8±0,6
Фібробласти	–	2,8±0,4	6,8±0,2	6,9±0,3
Фагоцитоз	11,6±1,2	17,7±1,4	23,2±1,2	16,2±2,1



**Рис. 2.** Хвора П., істор.хвороби № 8747. Цитограма дегенеративно-запального типу. Контрольна група (5 доба). Фарбування за Романовським-Гімзою, збільшення  $\times 1000$ .



**Рис. 5.** Хворий М., істор. хвороби № 11265. Цитограма дегенеративно-запального типу. Досліджувана група (5 доба). Фарбування за Романовським-Гімзою, збільшення  $\times 1000$ .

**Висновки.** Таким чином, спостерігаючи зміни клітинного складу ранового екссудату в досліджуваній групі хворих, ми зробили висновок, що застосування запропонованої лікарської композиції має більш позитивний місцевий лікувальний ефект у гнійній рані порівняно з контрольною групою. Відзначається швидше

зменшення відсоткового вмісту дегенеративно змінених лейкоцитів по днях спостережень, максимальну кількість мікрофлори та появу фібробластів було виявлено на 3, а при лікуванні традиційним способом – на 5 добу.

### Література

1. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К.: Здоровья, 2002. – 1022 с.
2. Малевич О. Е., Шарыпов М. В. Техника активного очищения гнойных ран. Перманентное промывание ран после вскрытия флегмон челюстно-лицевой локализации // Теория и практика. – 2009. – С 16–19.

**ТЕХНОЛОГІЯ ВІДНОВЛЕННЯ ШКІРНИХ ПОКРИВІВ  
МІКРОАУТО-ДЕРМОТРАНСПЛАТАМИ У ХВОРИХ  
З НАДКРИТИЧНИМИ ОПІКАМИ**