

визначення рівня білірубину крові і може ефективно використовуватися у повсякденній клінічній практиці. Лікування ОЖ пухлинного генезу повинно проводитись у спеціалізованих хірургічних відділеннях або у відділеннях, де хірурги мають досвід лікування таких хворих.

Л.О. Килимнюк, І.В. Кучер

ЗМІНИ РЕОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ НА ФОНІ ПЕРЕЛОМУ КІСТОК ГОМІЛКИ

Кафедра травматології та ортопедії

В.О. Фіщенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Незадовільні результати лікування пацієнтів з переломами кісток гомілки в умовах ішемії рееструються більше, ніж у половини випадків. Зміни, які виникають в зоні перелому призводять до порушення регенерації кісткової тканини, формування хибних суглобів, розвитку асептичного некрозу, а також нейродистрофічних ускладнень. Проблема ранньої діагностики ішемічного процесу у хворих травматологічного профілю залишається актуальною.

Мета: оцінити показники локального кровопостачання у пацієнтів з переломами кісток гомілки з допомогою реографічного дослідження.

Матеріали і методи: обстежено 135 пацієнтів з переломами кісток гомілки, які перебували на стаціонарному лікуванні в травматологічному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за період 2015 року. Середній вік $40,7 \pm 5,3$ років. Серед них 74 (54,8%) чоловіків та 61 (45,2%) жінка. Усім пацієнтам в передопераційному періоді проведено реографічну оцінку кровопостачання в басейні гомілки з використанням чотирьохканального реографа Р4-02. Аналіз реограм включав в себе оцінку візуальних та вимірювальних показників.

Результати: Провівши аналіз отриманих реограм у переважної більшості пацієнтів 79 (58,5%) виявлено низькоамплітудні гострокінцеві хвилі аркоподібної форми. Основна реографічна крива мала швидкий підйом та швидкий спуск з вираженими додатковими хвилями на катакроді. Дикротичний зубець глибокий, знижений. Додаткові та пресистолічна хвилі виражені. Збільшення швидкісних показників кровотоку та зниження показників периферичного опору судин характерні для вазодилаторного типу реографічної кривої, який виникає внаслідок порушення регуляції судинного тону. Спазматичний тип кривої виявлено у 56 (41,5%) пацієнтів. Основна реографічна крива мала полого висхідну частину, зменшений кут анакротичного підйому, округлу та розширену верхівку, випуклу низхідну частину хвилі. Інцизура та дикротична хвиля згладжені, зміщені до вершини. Реографічна хвиля переважно сідлоподібної чи платоподібної форми, сплюснена, наближена до ізолінії. Додаткові хвилі слабо виражені, згладжені. Пресистолічна хвиля виражена. Зниження швидкісних показників кровотоку та підвищення показників опірності периферичних судин пов'язано з спазматичним впливом вегетативної нервової системи на дистальне судинне русло у відповідь на травму. Крім того, у всіх пацієнтів досліджуваної групи спостерігалися ознаки недостатнього кровонаповнення, підвищення тону судинної стінки та порушеного венозного відтоку. Середня амплітуда основної реографічної хвилі становила $0,059 \pm 0,01$ Ом, що свідчить про зниження інтенсивності артеріального притоку в басейні гомілки.

Висновки: пацієнти з переломами кісток гомілки мають високий ризик розвитку ішемічного процесу та потребують ретельної оцінки стану гемодинамічних показників в ділянці перелому та більш дистальних відділах кінцівки. Динамічний контроль локального кровопостачання та його нормалізація сприятимуть поліпшенню результатів лікування пацієнтів даної групи.

К.М. Комнацька

ВПЛИВ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ МЕЛАТОНІНУ НА ПЕРЕБІГ НЕЙРОДЕСТРУКТИВНИХ ПРОЦЕСІВ В СІТКІВЦІ ТА ЗОРОВОМУ НЕРВІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ТРАВМІ ОКА У КРОЛІВ

Кафедра очних хвороб

І.Л. Черешнюк (к.мед.н., ст.н.с.)

Кафедра фармакології

О.А. Жодаківський (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Травми ока залишаються однією з основних медико-соціальних проблем України. В нозологічній структурі первинної інвалідності серед осіб працездатного віку, на травматичне ураження ока припадає третина, що виводить дану категорію на перше місце з поміж інших очних хвороб. Завдяки наявності широкого спектру фармакологічної активності мелатоніну, враховуючи його потенційну направленість на основні патогенетичні ланки травматичного та ішемічного каскадів ураження сітківки та зорового нерва, є достатньо обґрунтованою доцільність проведення експериментальних та клінічних досліджень із вивчення його ефективності при травмах зорового аналізатора.

Мета. Доклінічна оцінка нейроретинопротекторної активності водно-спиртового розчину мелатоніну при його

парентеральному застосуванні в умовах контузії ока.

Матеріали та методи. Попередньо наркотизованим внутрішньовенно (в/в) пропофолом (40 мг/кг, Kabi, Австрія) кролям, здійснювали впритул холостий постріл вуглекислим газом під тиском у центр рогівки. Через годину – перше в/в введення в крайову вену вуха кроля водно-спиртового розчину мелатоніну з наступним інтервалом через 12 год, дозою 10 мг/кг. Групі контрольної патології в якості терапії застосовували 0,9% розчин NaCl (2 мл/кг). Всі препарати вводили в/в повільно в крайову вену вуха. Величину, ступінь деструкції нейрональних шарів сітківки та волокон зорового нерва визначали за активністю нейромаркера – нейрон-специфічної енолази (NSE) в сироватці крові, яку забирали з крайової вени вуха кролів наприкінці першої доби терапії. NSE верифікували методом твердофазного імуноферментного аналізу.

Результати. Через 24 год укролів групи контрольної патології активність NSE вірогідно ($p < 0,05$) підвищилась відносно початкових значень в середньому в 43,3 рази. Це вказує на розвиток суттєвої деструкції нейрональних шарів сітківки та волокон зорового нерва. Вивільнення ферменту NSE у кров (підвищення її активності в сироватці), є маркером пошкодження їх мембранної цілісності. Вірогідна деескалація активності NSE – свідчення нейроцитопротекторного ефекту. Упродовж першої доби, двократно (інтервал 12 год) в/в введення кролям з модельною контузією ока водно-спиртового розчину мелатоніну (10 мг/кг), сприяло вірогідному ($p < 0,05$) зменшенню відносно тварин групи контрольної патології активності нейромаркера–NSE, в середньому у 1,67 рази.

Висновки. Таким чином, мелатонін, – є носієм нейроретинопротекторної активності в умовах модельної контузії ока, що проявилось у вірогідній деескалації активності маркера нейродеструкції. Терапевтичне використання мелатоніну в запропонованій дозі 10 мг/кг, сприяє збереженню цілісності нейронів сітківки та волокон зорового нерва в умовах експериментальної контузії ока. Отримані дані є підґрунтям для подальшої доклінічної оцінки на предмет доцільності створення на основі мелатоніну промислового зразка його ампульної форми для застосування за новим призначенням при травмах зорового аналізатора.

Д.П.Конопельнік, Г-Х.Г.Кудла, Л.В.Нестерак., Д.Е.Волкова

ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЕКСУДАТИВНИМ ОТИТОМ І АДЕНОЇДНИМИ ВЕГЕТАЦІЯМИ: ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ

кафедра дитячої хірургії та отоларингології

С.А.Левицька (д.мед.н., проф.)

ВНЗ «Буковинський державний медичний університет»

м.Чернівці, Україна

Актуальність: Розвиток ексудативного отиту у дітей із гіпертрофією глоткового мигдалика пов'язаний із тривалою обструкцією слухових труб. Існує декілька лікувальних тактик при веденні дитини з ексудативним отитом і аденоїдними вегетаціями: призначення топічних стероїдів для ліквідації запального процесу в глотковому мигдалику і відновлення вентиляційної функції слухових труб, відкриття отворів слухових труб шляхом видалення аденоїдів, виконання тимпанотомії чи тимпаностомії.

Мета: Визначити доцільність і ефективність одночасного проведення аденотомії і тимпанотомії при лікуванні дітей із аденоїдними вегетаціями і ексудативним отитом.

Матеріали та методи: в залежності від обраної лікувальної тактики 48 дітей із ексудативним отитом і аденоїдними вегетаціями II-III ступенів розподілили на чотири групи. Пацієнтам першої (12 дітей) і другої (12 дітей) груп одночасно з видаленням глоткового мигдалика проводили двобічну тимпанотомію. Пацієнти третьої (12 дітей) і четвертої (12 дітей) груп зазнали лише аденотомії. Після операцій діти першої і третьої груп отримували топічні стероїди протягом 10 днів.

Визначення стану середнього вуха проводили через 10 і 30 днів після операції на підставі даних отоскопії і тимпанометрії. Статистичну обробку виконували із використанням критеріїв χ^2 і Mann-Whitney.

Результати: отоскопічні (66,7% проти 8,3%; $p < 0,05$) і тимпанометричні ознаки ексудативного отиту (75% проти 16,7%; $p < 0,05$) через десять днів після хірургічних втручань статистично значимо частіше зустрічалися в дітей після аденотомії порівняно з пацієнтами після симультантних операцій на вусі і глотці. Водночас призначення топічних стероїдів не впливало на швидкість відновлення функцій слухової труби. Тимпанограма типу «В» зареєстрована у двох третин пацієнтів третьої і четвертої груп і у 8,3%, у 16,7% пацієнтів першої і другої груп відповідно.

Через місяць після хірургічного лікування кондуктивну приглухуватість діагностовано в 35,4% дітей, хоча накопичення ексудату в барабанній порожнині (тимпанограма типу «В») відмічене лише у 12,5%.

Через місяць після хірургічних втручань місцеве вживання топічних стероїдів і тимпанотомія виявилися однаково ефективними щодо відновлення слухової функції. Так, відновлення слуху відмічене в 66,7% дітей після терапії топічними стероїдами і в 75% дітей після тимпанотомії ($p > 0,05$)

Висновки: Виконання лише аденотомії недостатньо для повноцінного відновлення слухової функції при лікуванні дітей, хворих на ексудативний отит і аденоїдні вегетації. Одночасне проведення тимпанотомії і аденотомії сприяє більш швидкому відновленню функцій середнього вуха порівняно з видаленням глоткового мигдалика. Місцеве вживання топічних стероїдів протягом місяця після аденотомії мало таку саму ефективність щодо відновлення слухової функції, як і одночасне проведення аденотомії і тимпанотомії.