

Реферат

КОНТРОЛЬ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МЕТОДОМ КРИСТАЛЛОГРАФИИ СЛЕЗЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ТРЕГАЛОЗЫ И ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ
Наконечный Д.А., Безкоровайна И.Н.,

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром «сухого глаза», кристаллография слезной жидкости, трегалоза, гиалуронат натрия.

В статье приведены результаты применения метода нативной кристаллографии в диагностике сахарного диабета 1 и 2 типов с сопутствующим синдромом «сухого глаза». При сравнении кристаллограм слезной жидкости больных сахарным диабетом 1 и 2 типов были выявлены специфические различия кристаллообразования в периферической, промежуточной и центральной зонах фации слезы, степень выраженности которых уменьшалась после проведенной комбинированной терапии трегалозой и гиалуронатом натрия.

Summary

CONTROL OF "DRY EYE" SYNDROME PROGRESSING IN PATIENTS WITH DIABETES BY TEAR CRYSTALLOGRAPHY USING COMBINED MEDICATION BASED ON TREHALOSE AND SODIUM HYALURONATE

Nakonechniy D. O., Bezkorovayna I.M.,

This article presents the results of native tear fluid crystallography technique in the diagnosis of "dry eye" syndrome against comorbid diabetes. Comparing tear fluid crystallograms of patients with diabetes types 1 and 2 showed specific differences of crystallization in the peripheral, intermediate and central areas of tears facies, the severity of which decreased after combined therapy with trehalose and sodium hyaluronate.

УДК 616.596-007.44

Осіпов О. С., Безручко М. В., Ляшенко В. О., Рибалка Я. В.

СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОНІХОКРИПТОЗУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Запропоновано спосіб оперативного лікування врослого нігтя, який передбачає видалення росткової зони нігтя (матриксу), в проекції зони росту нігтя з боку запалення за допомогою апарата радіохвильової хірургії в режимі різання- коагуляція (інструмент - електрод-петля). Даний спосіб, у порівнянні з відомими, виявив такі переваги як: зменшення травматизації тканин (не накладаються шви), підвищення швидкості загоєння рани, відсутність гнійно-некротичних ускладнень рани, збереження анатомічної цілісності та естетичної форми нігтя і нігтьового валику.

Ключові слова: врослий ніготь, радіохвильова хірургія.

Захворювання оніхокриптоз («врослий ніготь») – одне з найпоширеніших в амбулаторній практиці хірурга. Більш 80% пацієнтів з цією патологією – молоді люди працездатного віку [1, 2, 4, 5]. Питанням виникнення і особливо лікування врослого нігтя за останні десятиріччя приділяється мало уваги. Більшість статей датується 50-80 - ми роками двадцятого століття [3, 5]. Це пояснюється тим, що на перший план в хірургії висувуються більш значущі завдання. Однак врослий ніготь є важливою соціально-медичною проблемою, яка потребує належної уваги. Врослий ніготь зустрічається набагато частіше, ніж остеомієліт, флегмона або абсцес нижньої кінцівки.

Консервативні методи, як правило, не ефективні, оскільки не усувають причину патології і не забезпечують повного усунення гнійно-запального процесу в ділянці нігтьового ложа і білянігтьового валика [1, 2, 4, 6]. Тому на сьогодні оперативне втручання є основним методом лікування врослого нігтя [4].

Відома методика оперативного лікування врослого нігтя передбачає після видалення врослої частини нігтя висічення матриксу з вільної від нігтя ділянки (операція Шмідена), тим самим

попереджуючи ріст нігтя та рецидив захворювання [4].

Недоліком цього способу є те, що частково не видалена ділянка росткової зони нігтя (матриксу) часто приводить до рецидиву захворювання. Спроба більш радикальної ексцизії призводить до зайвої травматизації. Часто гнійно-запальний процес, який супроводжує захворювання, значно подовжує час одужання. Також до недоліків відноситься неможливість відновити естетичний вигляд у зв'язку з можливістю виникнення грубого рубця або некрозу тканин.

На думку більшості авторів найбільш перспективним напрямком в хірургічному лікуванні врослого нігтя є використання методів лазерної та радіохвильової хірургії [3, 5].

Мета дослідження

Поліпшити результати лікування хворих з врослим нігтем.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження базується на вивченні результатів лікування 32 хворих з врослим нігтем перших пальців стопи за період з 2014 по 2015 рр. Пацієнти були поділені на 2 групи. До першої групи (18 хворих) увійшли пацієнти оперовані за тра-

диційними методиками: операція Дюпіітрена, операція Шмідена.

Пацієнтам другою групи (14 хворих) виконувалась операція за власною методикою в об'ємі крайової резекції нігтьової пластинки з порційною радіохвильовою матриксектомією.

За віком, статтю, клінічними проявами, навністю супутньої патології групи були співставимі.

Перевагами запропонованого способу є те, що завдяки фізичним властивостям радіохвилі, практично не травмуються підлеглі тканини, одночасно з видаленням тканин відбувається їхня коагуляція, знижується крововтрата, стерилізуюча дія високих температур запобігає розвитку гнійно-запальних ускладнень, досягається ефект знеболення (досягається супутньою коагуляцією нервових закінчень в рані).

Опис методики. В умовах місцевої анестезії за Оберстом-Лукашевичем, в зоні запалення за допомогою апарата радіохвильової хірургії (інструмент - електрод-петля, режим - різання-коагуляція) видаляються гіпергрануляції. Далі ножицями відсікаємо частину нігтя у поздовжньому напрямку шириною 3-5мм з боку запалення та видаляємо за допомогою затискача Кохера. В проекції зони росту нігтя з боку запалення за допомогою електрода-петлі у режимі «різання-коагуляція» формуємо підшкірний канал, мета якого – радикальне видалення росткової зони відповідно до ширини видаленої частини нігтя (3-5мм). Для запобігання рецидиву захворювання глибина каналу повинна бути обмежена надкисницею фаланги пальця, а довжина відповідно до довжини росткової зони.

Результати та їх обговорення

Оцінка клінічних результатів проводилася за тривалістю та інтенсивністю післяопераційного болю, часом та характером ексудації, наявністю гнійно-запальних ускладнень, наявністю або відсутністю рецидиву оніхокриптозу.

У 2 групі в ранньому післяопераційному періоді (протягом 1-2 діб) 86% пацієнтів відзначали більш швидке зменшення болю та набряку ураженого пальця (в 1 групі - 61%). При цьому у більшості з них відзначався помірний перивульнарний набряк з тенденцією до усунення (на 3-4-у добу). У цій групі спостерігали значно менш виражену ранову ексудацію, яка мала серозно-

геморагічний характер.

В 1 групі в 16,7% хворих спостерігався гнійний характер ексудату, що трактувалось як нагноєння рани, потребувало корекції лікування та подовжило терміни одужання. В 2 групі гнійно-запальних ускладнень не спостерігалось.

Терміни загоєння післяопераційної рани у хворих 2 групи були менше в середньому на 2-4 доби.

Частота рецидивів за час спостереження (від 5 до 12 місяців) в 1 першій групі склала 22,2%. В 2 групі випадків рецидиву захворювання не спостерігалось.

Висновки. Запропонований спосіб має такі переваги як: зменшення травматизації тканин (не накладаються шви), підвищення швидкості загоєння рани, відсутність гнійно-некротичних ускладнень ран, збереження анатомічної цілості та естетичної форми нігтя і нігтьового валіку.

Література

1. Гаин Ю. М. Этиология, патогенез и современные подходы к профилактике и лечению вросшего ногтя (обзор литературы) / Ю. М. Гаин, В. Г. Богдан, О. В. Попков // Амбулаторная хирургия. - 2006. - №1. - С.63-66.
2. Мелешевич А. В. Хирургическое лечение вросшего ногтя (руководство для хирургов) / А. В. Мелешевич, М. В. Мелешевич. - Гродно, 1993. - 80 с.
3. Седов Ю. А. Применение лазерного хирургического аппарата «Ланцет» при лечении вросшего ногтя. / Ю. А. Седов, А. Д. Никольский, Г. Г. Гвиниашвили // Проблемы экспериментальной и клинической хирургии: сб. науч. работ. - Тверь, 2001. - С. 63-64.
4. Черенко М. П. Справочник хирурга поликлиники. / М. П. Черенко - К. : Здоров'я, 1990. - С.268.
5. Simek K. Treatment of ingrown toenails. / K. Simek // Rozhl. Chir. - 2000. - Vol.79. - №10. - P.498-499.
6. Zuber T. J. Management of ingrown toenails. / T.J. Zuber, J.L. Pfenninger // Am. Fam. Physician. - 1995. - Vol.52. - P.181-190.

References

1. Gain Ju. M. Jetiologija, patogenez i sovremennye podhody k profilaktike i lecheniju vrosshego nogtja (obzor literatury) / Ju. M. Gain, V. G. Bogdan, O. V. Popkov // Ambulatornaja hirurgija. - 2006. - №1. - S.63-66.
2. Meleshevich A. V. Hirurgicheskoe lechenie vrosshego nogtja (rukovodstvo dlja hirurgov) / A. V. Meleshevich, M. V. Meleshevich. - Grodno, 1993. - 80 s.
3. Sedov Ju. A. Primenenie lazernogo hirurgicheskogo apparata «Lancet» pri lechenii vrosshego nogtja. / Ju. A. Sedov, A. D. Nikol'skij, G. G. Gviniashvili // Problemy jeksperimental'noj i klinicheskoy hirurgii: sb. nauch. robot. - Tver', 2001. - S. 63-64.
4. Cheren'ko M. P. Spravochnik hirurga polikliniki. / M. P. Cheren'ko - K. : Zdorov'ja, 1990. - S.268.
5. Simek K. Treatment of ingrown toenails. / K. Simek // Rozhl. Chir. - 2000. - Vol.79. - №10. - P.498-499.
6. Zuber T. J. Management of ingrown toenails. / T.J. Zuber, J.L. Pfenninger // Am. Fam. Physician. - 1995. - Vol.52. - P.181-190.

Реферат

СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОКРИПТОЗА

Осипов А. С., Безручко М. В., Ляшенко В. А., Рыбалка Я. В.

Ключевые слова: вросший ноготь, радиоволновая хирургия.

Предложен способ оперативного лечения вросшего ногтя, который предусматривает удаление ростковой зоны ногтя (матрикса), в проекции зоны роста ногтя со стороны воспаления с помощью аппарата радиоволновой хирургии в режиме резание-коагуляция (инструмент - электрод-петля). Данный способ, по сравнению с известными выявил следующие преимущества: уменьшение травматизации тканей (не накладываются), уменьшение сроков заживления раны, отсутствие гнойно-некротических осложнений ран, сохранение анатомической целостности и эстетической формы ногтя и ногтевого валика.

Summary

WAYS TO AMELIORATE SURGICAL TREATMENT OF INGROWN NAIL

Osipov A. S., Bezruchko M. V., Lyashenko V. O., Rybalka Ya. V.

Key words: ingrown toenails, radiowave surgery.

This paper describes the method of surgical treatment of onychocryptosis, which consists in the removal of the nail growing zone (matrix) in the projection of the growth zone of the nail in the inflamed side using radio wave surgery device in cutting-coagulation mode (by electrode loop). This method, compared with the conventional techniques, demonstrated the a number of advantages: minimization of tissue trauma, of shortcut of wound healing period, no necrotic wound complications, preserving the anatomic integrity and aesthetic form of the nail and the nail fold.

УДК: 618.145-007.61:618.173

Сельський П.Р., Слива А.Ф., Слива В.В.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЮ ЖІНОК В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

ВДНЗУ "Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України"

З метою підвищення ефективності діагностики гіперпластичних процесів ендометрію у жінок перименопаузального віку було проведено ретроспективний аналіз 52 карт стаціонарного хворого жінок, що знаходились на лікуванні в гінекологічних відділеннях Тернополя і області. У відповідності з патогістологічним висновком 1-шу групу складала 28 жінок з простою гіперплазією ендометрію, 2-гу групу – 24 жінки з комплексною гіперплазією ендометрію. В групу порівняння ввійшли 12 соматично здорових жінок. Середній вік хворих 1-ї групи – (47,0±1,0) років, 2-ї групи – (56,0±1,5) років. Встановлено, що до факторів ризику розвитку гіперпластичних процесів ендометрію у жінок перименопаузального періоду відносяться неблагополучні соціально-економічні фактори: проживання в сільській місцевості, важкі умови праці, шкідливі звички та обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, 3 і більше вагітностей, велика кількість (4 і більше) акушерсько-гінекологічних втручань, використання внутрішньоматкової контрацепції. У жінок з різними видами гіперплазії ендометрію клімактеричний синдром перебігав середньоважко чи важко з нейровегетативними, ендокринно-обмінними та психоемоційними проявами. Серед коморбідних станів найчастіше спостерігались дисгормональна патологія молочних залоз та порушення гепато-біліарного тракту.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрію, клімактеричний синдром, перименопаузальний вік, дисфункційні маткові кровотечі, коморбідні стани.

Дослідження виконано у ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України" в рамках науково-дослідної міжкафедральної теми "Діагностика, лікування та профілактика захворювань органів репродуктивної системи у жінок із супутньою патологією", № державної реєстрації 0113U001241.

Вступ

За останнє десятиліття у багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні, в структурі гінекологічної патології спостерігається зростання гіперпластичних процесів ендометрію [ГПЕ], які складають від 10 до 50%. За прогнозами експертів ВООЗ до 2015 року відсоток жіночого населення світу старше 45 років досягне 46%. Щороку кількість жінок, що перебувають в перименопаузальному віці збільшується на 2,5 млн. [4, 5].

Не зважаючи на велику кількість досліджень в даному напрямку, недостатньо вивченими залишаються фактори ризику, клінічні особливості перебігу та вплив супутньої патології при різних видах ГПЕ у жінок перименопаузального віку, що обґрунтовує високу актуальність даної проблеми.

Мета дослідження

Проаналізувати клініко-епідеміологічні аспекти гіперпластичних процесів ендометрію для підвищення ефективності діагностики гіперпластичних процесів ендометрію у жінок перименопаузального віку на основі поглибленого аналізу

клініко-анамнестичних даних при різних видах гіперплазії.

Методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз 52 карт стаціонарного хворого і біопсій, взятих у жінок перименопаузального віку, що знаходились на обстеженні в гінекологічних відділеннях лікувальних закладів Тернополя та області. Проаналізовано: вік хворих, соціально-економічні фактори, акушерсько-гінекологічний анамнез, клінічні особливості перебігу клімактеричного синдрому та коморбідні стани у жінок з різними видами гіперплазії.

Патогістологічний діагноз верифікований клінічно та гістологічно з врахуванням класифікації гіперпластичних процесів ендометрію ВООЗ 1994 р. [3].

Контрольну групу становили 12 соматично здорових жінок віком (45,5±0,7) років.

Математичний аналіз даних проведений за допомогою методів варіаційного, кореляційного аналізу з використанням стандартного пакету прикладних програм Microsoft Excel.