

У більшості хворих паранефральний абсцес розвився без обструктивної нефропатії, що свідчить про гематогенний чи лімфогенний шляхи інфікування.

Захворювання на цукровий діабет створює умови для розвитку інфекційного запального процесу у паранефрії без обструктивної нефропатії.

Перкутанне дренивання гнійного вогнища у паранефрії дозволяє уникнути травматичних хірургічних втручань, часто у вкрай важких септичних хворих.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕНСИВНОГО СВІТОВОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ЕРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГІЕКТАТИЧНУ ФОРМУ РОЗАЦЕА

Юднікова М.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Васильєва К.В.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з шкірними та венеричними хворобами

Українська медична стоматологічна академія

Однією з актуальних проблем сучасної дерматології є розацеа – мультифакторіальне захворювання з хронічним рецидивуючим характером перебігу, що переважно вражає шкіру обличчя. Своєчасне виявлення захворювання та лікування на ранніх стадіях значно підвищує процент виліковності та тривалої ремісії.

За мету було поставлено оцінювання ефективності лікування хворих еритематозно-телеангіектатичною формою розацеа (I стадія захворювання) лазерним коагулятором з урахуванням калібру уражених судин.

Була проведена терапія універсальним лазерним коагулятором «Ліка хірург М» довжиною хвилі 520 нм, у неперервному режимі (режим «НО-РМА»), тривалість імпульсу 0,1-0,2 сек, потужність випромінювання 0,8 – 1,5 Вт, за допомогою спеціальної насадки 16 хворим (10 жінкам і 6 чоловікам) у віці від 28 до 42 років з еритематозно-телеангіектатичною формою розацеа.

Всі пацієнти мали II фототип шкіри за Т.Фіцпатріком. У хворих методом дерматоскопії виявлено розширення і розгалуження кровоносних судин різного калібру, фолікулярні пробки і лусочки. Процедури проводилися 4рази з інтервалом у 3 тижні. Через декілька хвилин після проведення процедури спостерігалась гіперемія шкіри та незначний набряк в зоні впливу лазера. Данні прояви зникають протягом 6–24 годин. На ділянках шкіри, що були підвержені лазерному впливу, інколи відзначалось утворення точкових сухих кірочок, які самостійно відпадають до 2 тижнів. Після проведення лазерної коагуляції рекомендовано локальне охолодження протягом 2-5 хвилин. Одразу після завершення процедури всім хворим обробляли ділянку гіперемії кремами, або мазями що містять у своєму складі декспантенол. Для попередження гіперпігментації протя-

гом 2–4 тижнів після проведення процедури оброблені ділянки захищати від впливу сонячного проміння.

Ефект лазерної коагуляції добре візуалізувався вже в процесі першої процедури, що проявляється у зменшенні судин у діаметрі, їх зблідненні або повному зникненні, у зміні кольору судин на сірий. Після курсу з 4 процедур клінічне поліпшення було досягнуто у всіх пацієнтів. При дерматоскопії виявлено коагуляцію судин різного калібру, в тому числі і судин діаметром менше 0,4 мм.

Застосування терапії універсальним лазерним коагулятором «Ліка хірург М» є достатньо ефективним методом лікування хворих еритематозно-телеангіектатичної формою розацеа.

КОНТАМІНАЦІЯ МІКРОФЛОРИ ПОРОЖНИНИ РОТА, ЯК ПРИЧИНА ВЕНТИЛЯТОР-АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ХВОРИХ, ЯКИМ ПРОВОДИТЬСЯ ШТУЧНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЛЕГЕНЬ

Янушевський М.О., Дейнеко В.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Могильник А.І.

Кафедра анестезіології з інтенсивною терапією

Українська медична стоматологічна академія

Вентилятор-асоційована пневмонія (ВАП) є окремою формою госпітальної пневмонії і визначається як пневмонія, яка виникла через 48 год від початку штучної вентиляції легень (ШВЛ) через відсутність легеневої інфекції на момент інтубації трахеї. Частота ВАП у дорослих пацієнтів, яким проводиться ШВЛ в 6-21 рази вища, ніж у пацієнтів із іншими формами госпітальних пневмоній і складає 18-70%.

Механізмами розвитку ВАП вважають транслокацію госпітальної флори в дихальні шляхи через аспірацію секрету ротоглотки і нестерильного шлункового вмісту, інгаляції контамінованого аерозолі, гематогенного поширення мікро-організмів, безпосередню мікробну міграцію в дихальні шляхи.

Мета дослідження: визначення причини ВАП у хворих, яким проводиться ШВЛ.

Матеріали та методи: проведений аналіз 150 досліджень мікробіологічного матеріалу з ротової порожнини і трахеобронхіального дерева (ТБД) у хворих, які перебували у ВАІТ Полтавської обласної клінічної лікарні, з приводу дихальної недостатності, яким проводилась ШВЛ. Всім пацієнтам ВАІТ, для організації респіраторної терапії, була застосована пролонгована ендотрахеальна інтубація.

На 1-у етапі дослідження було проведено порівняння мікробної флори ротової порожнини і ТБД у обстежених пацієнтів. На 2-му етапі встановлена частота виникнення ВАП, проведений порівняльний аналіз характеру бактеріальної контамінації ротової порожнини і ТБД у пацієнтів з ВАП.