

Збільшення об'ємної швидкості кровотоку було виявлено лише у 5 (7,4 %) пацієнтів основної групи. В групі порівняння частота виявлення даного показника істотно не відрізнялась і виявлена у 3 (5,6 %) хворих. Оцінка об'ємної швидкості кровотоку має специфічність 94,4 %.

**Висновки.** Ультразвуковий метод діагностики є не достатньо ефективним при виявленні аутоімунного тиреоїдиту. За даними нашого дослідження найбільшою чутливістю в діагностиці даного захворювання володіє наявність фіброзних змін паренхіми щитоподібної залози 58,8 %. Оцінка об'ємної швидкості кровотоку дозволяє з найбільшою ймовірністю виключити діагноз аутоімунного тиреоїдиту при ультразвуковому дослідженні, зі специфічністю 94,4 %.

## ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

*Ляховський В.І., Краснов О.Г., Краснова О.І.*

Полтавський державний медичний університет

**Мета дослідження.** покращити результати лікування хворих на синдром діабетичної стопи (СДС) за рахунок дослідження перебігу ранового процесу та удосконалення місцевого лікування ран.

**Матеріали та методи.** Нами проведено комплексне обстеження та лікування 55 хворих на СДС з ІВ –ІІІ ст. за Meggit–Wagner, які знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні №1 КП «2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» впродовж 2019-2020 років. До І групи включили 27 хворих, яким проводилось лікування за допомогою сучасних ранових пов'язок. У ІІ групу ввійшло 28 пацієнтів, яким проводилось лікування ран за традиційними методиками. Усім хворим проводили комплексне клінічне обстеження, яке включало ультразвукове ангіосканування нижніх кінцівок, доплерометрію, бактеріологічне, цитологічне дослідження та рН-метрію ран на 1, 11–12, 23–24 добу після операції. Формування груп відбувалося на підставі суцільної вибірки протягом рівних проміжків часу. За віково-статевим складом, характером ураження стопи, тривалістю цукрового діабету склад обох груп майже не відрізнявся.

**Результати.** Основні етапи місцевого лікування діабетичної виразки у хворих І групи включали механічну обробку, промивання розчинами антисептиків, з наступним накладанням пов'язки з лікувальним засобом або ранового покриття. При цьому використовували сучасні ранові покриття в залежності від ступеня ексудації та фази ранового процесу з урахуванням принципу вологого загоєння рани. На різних фазах перебігу ранового процесу застосовували різні засоби місцевого лікування. Так, на 1 добу після механічного очищення переважала рясна мікрофлора, рН рани свідчили про виражений ацидоз (рН 5,0-6,0), а цитологічна картина у таких хворих відповідала некротичному та дегенеративно-запальному типам цитогам, використовували препарати на гідрофільній основі і пов'язки з водних розчинів антисептиків та антибіотиків. При вираженій ексудації використовували сорбційні, пінні та альгінатні пов'язки. При сухих хронічних ранах використовували гідрогелі. У стадії очищення на 11-12 добу, при підвищенні рН рани до 6,0-7,0, спостерігався дегенеративно-запальний, запальний та запально-регенеративний типи цитогам, були ефективними гідроколоїдні пов'язки. У стадії регенерації рН була лужна (7,5-8,0), визначався запальний та запально-регенеративний типи цитогам, використовували препарати, які прискорюють епітелізацію ран, в тому числі й напівпроникні плівкові пов'язки. З метою усунення поліфазно-дискординантного типу перебігу ранового процесу у хворих з СДС ми запропонували новий метод місцевого лікування цієї категорії хворих – застосування багатокомпонентної апікаційної терапії з використанням декількох медикаментів. На різні ділянки рани в залежності від локальної фази ранового процесу. Ми намагались максимально приблизити рН рани до 7,0-7,5. Зникнення гіперемії навколо рани і значне зменшення набряку м'яких тканин спостерігалось у пацієнтів І групи у середньому на 3,2±1,4 добу, а у ІІ групи – на 5,2±1,6 добу (р <0,05). Стерильний посів з рани на 11-12-у добу в І групі був визначений у 29,6% пацієнтів, у ІІ групі – тільки у 7,1%. При цьому, у І групі у цей термін мікробні асоціації не визначались, а в ІІ групі – були у 32,1% хворих. Дегенеративно-запальний тип цитогам визначався у 7,4% хворих І групи та у 21,4% пацієнтів ІІ групи.. На 23–24 добу у 11,1% хворих І групи рани загоїлися, у інших – спостерігався запально-регенеративний та регенеративний типи цитогам. При цьому у 14,3% хворих ІІ групи був запальний тип цитогам з субкомпенсованим ацидозом.

**Висновки.** Місцеве лікування СДС необхідно проводити відповідно фаз ранового процесу з урахуванням результатів бактеріологічного, цитологічного досліджень та рН-метрії ран, враховуючи поліфазно-дискординантний перебіг ранового процесу у частини хворих, дотримуватись принципу вологого загоєння діабетичної рани з використанням сучасних ранових пов'язок.

## РАННЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОШИРЕНИХ ГЛИБОКИХ ОПІКІВ В ПРОФІЛАКТИЦІ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

*Носенко В.М.*

Одеський національний медичний університет

**Мета.** Оцінити ефективність раннього хірургічного лікування (РХЛ) тяжкообпечених в профілактиці розвитку синдрому поліорганної недостатності (ПОН), зниженні частоти інфекційних ускладнень і летальності.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням знаходилося 189 тяжкообпечених у віці від 20 до 56 років з глибокими опіками понад 20% поверхні тіла групи порівняння і 97 хворих на глибокі опіки понад 20% поверхні тіла основної групи, яким на 2-5-у добу опікової хвороби було виконано одночасне видалення некротичних тканин на