

температури тіла до 38°C. Місяць тому отримувала курс лікування гнійного періодонтиту.

При обстеженні: вперше виявлений цукровий діабет I типу, глюкоза крові 19 ммоль/л, глікозильований гемоглобін 12,0%. Клінічний аналіз крові: лейкоцити  $19 \times 10^3$ . Коагулограма: фібриноген 6,33 г/л. Загальний аналіз сечі: лейкоцити на  $\frac{1}{2}$  п/з. За даними УЗД: права та ліва нирки збільшені, паренхіма потовщена, двобічна пієлоектазія, у середньо-верхньому сегменті правої нирки неоднорідне утворення до 55 мм. За даними комп'ютерної томографії: обидві нирки збільшені, паренхіма потовщена, порушення уродинаміки з правого боку, вогнище деструкції з газоутворенням у середньо-верхньому сегменті, вогнище газу до 10 мм у верхньому сегменті правої нирки та серповидне вогнище газу у нижньому полюсі правої нирки.

Лікування: проведено двобічне дренивання нирок сечовідними катетерами, перкутанне дренивання вогнища деструкції правої нирки, отримано 40 мл гнійного вмісту. Призначено внутрішньовенна антибактеріальна, дезінтоксикаційна та антикоагулянтна терапія. Із гнійного вогнища виділена *Candida alb.*  $10^4$  КУО, а з сечі *E. coli*  $10^3$  КУО. Сечовідні катетери видалено з лівого боку на 5 добу, з правого боку на 7 добу. Дренаж із вогнища деструкції правої нирки видалено після припинення виділення гною.

При контрольному обстеженні через 1 місяць: стан задовільний, клініко-лабораторні показники в межах норми, глюкоза крові нормалізувалась на інсуліні. За даними УЗД порушення уродинаміки не виявлено.

Висновок. Високоєфективні методи візуалізації в комплексному поєднанні дозволяють своєчасно встановити діагноз та забезпечують ефективний моніторинг патологічного процесу, а мінімально-інвазивне лікування за умови ефективною антибактеріальною терапією дозволяє зберегти нирку і життя хворого.

## **КІНЕЗИОТЕЙПУВАННЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ДІЛЯНКИ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБУ**

*Маценко М., Іванченко О., Пілюсян А., Литвиненко З., Брикса А.*

**Науковий керівник: асистент Ковальов О.С., доцент Пелипенко О.В.**  
Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Внутрішньосуглобові переломи дистального відділу плечової кістки у дорослих складають до 5% від усіх переломів

скелету та понад третину переломів у ділянці ліктьового суглоба (ЛС). Сучасний стабільний металоостеосинтез кісткових фрагментів забезпечує та дозволяє проводити раннє функціональне навантаження у ЛС. Недооцінка ступеню пошкодження зв'язково-капсульного апарату у ділянці ЛС та невідновлення цього апарату часто призводять до нестабільності у суглобі з швидким розвитком остеоартриту.

**Мета.** Визначити ефективність кінезіотейпування у комплексі з оперативним відновленням зв'язок при свіжих їх розривах у ділянці ЛС серед хворих з переломами дистального метаепіфізу плечової кістки.

Методи дослідження. До групи дослідження увійшли 19 пацієнтів зі свіжими розривами зв'язок у ділянці ЛС на фоні переломів дистального метаепіфізу плечової кістки. Серед травмованих переважали жінки (67,3%) працездатного віку. Метод гіпсової іммобілізації застосували до усіх хворих як передопераційна підготовка протягом доби після травми. Цілеспрямоване дослідження зв'язкового апарату виконувалось під час ультразвукової діагностики у 15 (78,9%) із 19 пацієнтів на передопераційному етапі та за допомогою клінічних тестів серед усіх пацієнтів інтраопераційно. Під час передопераційного планування у 100% випадків використовували рентгенографію, комп'ютерну томографію. Усім хворим виконали відкриту репозицію та металоостеосинтез переломів дистального метаепіфізу плечової кістки за показаннями. Тяжкість переломів визначена за класифікацією АО. Пацієнти були розподілені на дві групи: I група – з оперативним відновленням зв'язкового апарату у ділянці ЛС (n = 9); II група – із застосуванням кінезіотейпування у комплексі з оперативним відновленням зв'язок ЛС (n = 10). Іммобілізація застосовувалась тільки у пацієнтів I групи. Для прискорення початку фізичних вправ застосовували ангіопротектори, капіляростабілізуючі та нестероїдні протизапальні препарати.

**Основні результати.** Серед усіх хворих ускладнення, що пов'язані із загоєнням рани, не спостерігалися. У порівнянні з I групою у пацієнтів II групи на 26,3 години раніше вдалося досягти зниження больового й набрякового синдромів та відмовитися від застосування іммобілізаційних пристроїв. За шкалою MEPS у 78% пацієнтів I групи отримано задовільні та добрі результати, у 90% пацієнтів II групи отримано добрі та відмінні результати, відновлення функції відмічено у термін від 2 до 2,5 місяців.

**Висновки.** Кінезіотейпування за розробленою методикою у комплексі з оперативним відновленням зв'язок у ділянці ЛС при

свіжих їх розривах у хворих з переломами дистального метаепіфізу плечової кістки стабілізує ліктьовий суглоб, швидше усуває больовий та набряковий синдроми, у більшості пацієнтів забезпечує позитивні функціональні результати, знижує термін непрацездатності, може застосовуватись у комплексі функціонального лікування пошкоджень цієї ділянки.

## **ПОЄДНАННЯ 5-ФТОРУРАЦИЛУ І МІКРОНІДЛІНГУ У ЛІКУВАННІ ВІТІЛІГО**

*Михайленко М.*

**Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.**

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Вітіліго – хронічне захворювання, що проявляється депігментованими плямистими висипами на шкірі з чіткими контурами, облямованими зонами гіперпігментації різної вираженості. У виникненні й розвитку хвороби мають значення стресові ситуації, синдром мальабсорбції, зниження в крові концентрації міді, цинку і заліза, пригнічення функції ферментів, які беруть участь у меланогенезі. У її розвитку мають значення спадкові і провокуючі чинники: стреси, травма, тяжкі хвороби, сонячні опіки.

Мета дослідження полягала в тому, щоб порівняти ефективність мікронідліngu в поєднанні з місцевим застосуванням 5-фторурацилу між монотерапією мазі з такролімусом для лікування плям вітіліго.

Матеріали та методи дослідження. Спостерігалось 19 людей, серед них 8 жінок та 11 чоловіків, яким підтвердили діагноз «Vitiligo» за допомогою ультрафіолетової лампи Вуда та зібравши їх дані.

Мікронідлінг – колагеноіндукційна терапія, що використовує тонкі голки для створення поверхневих отворів на шкірі. Поверхневі подряпи викликають незначну кровотечу та ініціюють відновлення та вивільнення фактору росту, таких як тромбоцитарний фактор росту (PGF), трансформуючи фактор росту альфа та бета, а також фактор росту фібробластів (FGF). Голкопроколення викликає запалення шкіри за рахунок травматизації, стимулюючи міграцію кератиноцитів і меланоцитів з волосяного фолікула та здорового краю. Прокол полегшує проникність інших препаратів у шкіру, створюючи своєрідну дермабразію, підсилюючи ефект місцевих препаратів.

5-фторурацил – антимітотичний агент, який сприяє проліферації