

- ной железы (лекция) / Н. П. Гончаров // Проблемы эндокринологии. - 1995. - №3. - С. 31-35.
- Држевецкая И. А. Гормоны молока и их физиологическое значение / И. А. Држевецкая, С. А. Чагарова // Успехи физиологических наук. - 1993. - Т. 24, № 4. - С. 60-70.
- Набухотный Т. К. Роль естественного вскармливания в обеспечении организма новорожденного гормонами щитовидной железы / Т. К. Набухотный, В. П. Павлюк, А. И. Гоженко, А. Л. Кухарчук // Вопросы питания. - 1987. - № 1. - С. 29-31.
- Нечитайло Ю. М. Сучасні особливості грудного вигодовування дітей першого року життя та догляду за ними / Ю. М. Нечитайло, І. С. Семань-Мінько, О. Г. Буряк // Буковинський медичний вісник. - 2013. - Т. 17, № 2. - С. 97-101.
- Паньків В. І. Шляхи профілактики йодного дефіциту у вагітних / В. І. Паньків // Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2008. - Т.14, №2. - С.38 - 41.
- Тимошина Е. Л. Гормональный состав грудного молока / Е. Л. Тимошина / Педиатрия. - 1991. - № 2. - С. 111.
- Шилін Д. Є. Профілактика дефіциту йоду у вагітних, плода, новонароджених / Д. Є. Шилін // Гінекологія. - 2000. - Т. 2, № 6. - С. 173-176.
- Development of thyroid gland volume during the first 3 months of life in breast-fed versus iodine-supplemented and iodine-free formula-fed infants / H. Bohles, M. Aschenbrenner, M. Roth [et al.] // Clin. Investig. - 1993. - Vol.71, №1. - P. 13-20.

Ваколюк Л.Н.

АСПЕКТЫ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРАНЗИТОРНОГО ГИПОТИРЕОЗА

Резюме. *С целью доказательства актуальности проблемы естественного вскармливания недоношенных детей мы изучали содержание тиреоидных гормонов в материнском молоке*

Ключевые слова: *естественное вскармливание, грудное молоко, недоношенные дети, тироксин, трийодтиронин.*

Vakolyuk L.M.

ASPECTS OF BREAST FEEDING IN PROPHYLACTIC TRANSIENT HYPOTHYROIDISM

Summary. *To prove the necessity of breast-feeding for preterm infants, we studied the content of thyroid hormones in breast milk.*

Key words: *breast nurse, breast milk, premature infants, thyroxin, triiodothyronine.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Сергета І.В.

Стаття надійшла до редакції 29.04.2015р.

Ваколюк Лариса Миколаївна - к.мед.н., асистент кафедри загальної гігієни та екології Вінницького медичного університету імені М.І.Пирогова; +38 067 433-98-38; vakolyuk2005@yandex.ua

© Вільцанюк О.О

УДК: 616.24-002.1-036.17-085.276.4

Вільцанюк О.О

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОБГРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НОВОГО СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ВАЖКИХ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ

Резюме. *У роботі наведені результати лікування хворих на негоспітальну пневмонію з важким перебігом за розробленим способом, який полягає в призначенні хворим додатково до основної схеми лікування, небулізації дихальних шляхів катіонними поверхнево-активними антисептиками, ентеросорбції та введення препарату глутоксим. Проведені дослідження показали, що при лікуванні хворих за розробленим способом, в порівнянні з хворими які лікувались за традиційними методами, в більш ранні терміни відбувалось зниження ендогенної інтоксикації, профілакувався бронхо-обструктивний синдром, зменшувалася кількість ускладнень, а також скорочувалися термін перебування хворих в стаціонарі.*

Ключові слова: *негоспітальна пневмонія з важким перебігом, небулізація дихальних шляхів, ентеросорбція, глутоксим.*

Вступ

Проблема лікування хворих на негоспітальну пневмонію з важким перебігом залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної пульмонології [Синопальников, 2008; Железняк, 2012; National Center for Health Statistics, 2010]. Не дивлячись на впровадження в медичну практику нових антибіотиків та інших сучасних засобів лікування не зовсім задовільні результати лікування цієї патології пов'язані в першу чергу з великою кількістю ускладнень, які потребують довготривалого лікування і призводять до смерті хворих. Причиною виникнення цих ускладнень залишається низька чутливість збудників захворювання до антимікробних препаратів, ендогенна інтоксикація та зниження захис-

них сил організму [Иванчик, 2008]. Тому розробка нових підходів до комплексного лікування негоспітальних пневмоній з важким перебігом залишається актуальною проблемою.

Нами розроблений спосіб, лікування негоспітальних пневмоній з важким перебігом (пат. України №100825), який включає проведення небулізації дихальних шляхів катіонними-поверхнево активними антисептиками, проведення ентеросорбції та введення препарату глутоксим.

Мета дослідження - провести порівняльну оцінку ефективності застосування розробленого способу лікування негоспітальних пневмоній з важким перебігом.

Матеріали та методи

Вивчення ефективності запропонованого способу було проведено у 67 хворих на негоспітальну пневмонію, яка мала важкий перебіг. Хворі були розподілені на дві групи: основну групу, яку склали 30 хворих, лікування яких проводилось за розробленим способом. Обидві групи хворих були репрезентативними за віком, статтю та супутньою патологією. У групу порівняння увійшли 37 хворих, які лікувались відповідно до існуючої нормативної бази (проводилась антимікробна, дезінтоксикаційна, муколітична та симптоматична терапія) [Фещенко та ін., 2013].

Хворим на важку негоспітальну пневмонію як основної групи, так як і хворим групи порівняння, призначали антибіотики згідно до клінічних настанов, проводили санацію трахео-бронхіального дерева шляхом небулізації поверхнево-активними антисептиками. Якщо хворий перебував у блоці інтенсивної терапії, йому проводили бронхо-альвеолярний лаваж за показами, з використанням катіонних поверхнево-активних антисептиків, а після переходу в пульмонологічне відділення продовжували проводити небулізацію дихальних шляхів катіонними поверхнево-активними антисептиками. На фоні лікування, що проводилося, з першої доби госпіталізації призначали глутоксим 10 мг один раз на добу внутрішньом'язово впродовж двох тижнів.

Оцінку загального стану хворих проводили за стандартними лабораторними тестами, які включали вивчення загального аналізу крові і сечі, біохімічних досліджень сироватки крові [Карпищенко, 2002]. Крім загально-клінічних лабораторних досліджень проводили визначення показників ендогенної інтоксикації (EI): лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), гематологічного показника інтоксикації (ГПІ) та рівня метаболітів середньої маси (МСМ) в периферійній крові [Каль-Калиф, 1941; Васильев, 1993; Габриэлян, 1984]. Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням варіаційної статистики з визначенням середніх вели-

чин. Результати, отримані в різних групах хворих, порівнювали, для визначення достовірності їх відмінностей використовували t-критерій Стьюдента [Реброва, 2003].

Результати. Обговорення

Порівняльна оцінка застосування розробленого способу при лікуванні важких негоспітальних пневмоній показала, що в основній групі хворих захворювання мало більш сприятливий перебіг, про що свідчили лабораторні та загально клінічні показники.

В основній групі хворих нормалізація температури тіла відбувалась до 5 доби спостереження, тоді як в групі порівняння температура тіла нормалізувалась на 7 добу. У більш ранні терміни перестав турбувати кашель, зменшувалась кількість харкотиння, зникали напади ядухи та хрипи в легенях, покращувався апетит, зменшувалась втомлюваність після звичайного фізичного навантаження.

Динаміка змін лабораторних показників та показників ендогенної інтоксикації також свідчили про більш сприятливий перебіг захворювання в основній групі хворих (табл. 1, 2, 3).

Як видно з наведених даних вже через 3 доби після початку лікування у хворих обох груп відмічалось зниження кількості еритроцитів та рівня гемоглобіну. У групі порівняння наростання анемії спостерігалось до 9 доби спостереження і показники кількості еритроцитів та рівня гемоглобіну на момент виписки залишались достовірно нижчими ($p < 0,05$) від нормальних показників та показників в основній групі хворих, які на момент виписки були в межах норми. В основній групі хворих наростання анемії продовжувалось до 5 доби спостереження, а з 5 по 7 добу ці показники залишались стабільними і поступово зростали, набуваючи нормально рівня перед випискою. Аналогічна картина спостерігалась і при визначенні кількості лейкоцитів та показників ШОЕ. Хоча ШОЕ в динаміці лікування також поступово знижувалась, але більш швидше в основній групі хворих, хоча

Таблиця 1. Динаміка змін лабораторних показників крові при негоспітальній пневмонії з важким перебігом у хворих, які лікувались за розробленою методикою.

№ п/п	Показники Доба	Еритроцити, $\times 10^{12}/л$		Гемоглобін, г/л		Лейкоцити, $\times 10^9/л$		ШОЕ, мм/год	
		Група порівняння (n=37)	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=37)	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=37)	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=37)	Основна група (n=30)
1.	Госпіталізація	4,0 \pm 0,18	3,9 \pm 0,39	137,3 \pm 4,2	138,4 \pm 2,3	15,9 \pm 2,31	16,0 \pm 0,27	38,3 \pm 7,2	37,5 \pm 3,6
2.	3 доба	3,77 \pm 0,13	3,68 \pm 0,11	128,1 \pm 2,7	130,2 \pm 1,6*	15,1 \pm 1,62	12,9 \pm 0,9*	37,7 \pm 6,3	36,8 \pm 3,4
3.	5 доба	3,56 \pm 0,17	3,79 \pm 0,81*	125,0 \pm 3,8	129,7 \pm 2,1*	12,2 \pm 1,87	10,3 \pm 1,2*	34,8 \pm 5,4	29,6 \pm 2,5*
4.	7 доба	3,38 \pm 0,12	3,98 \pm 0,83*	107,2 \pm 5,1	128,5 \pm 3,2*	10,8 \pm 1,32	8,9 \pm 0,21*	32,3 \pm 4,6	25,8 \pm 1,6*
5.	9 доба	3,49 \pm 0,14	4,02 \pm 0,06*	110,3 \pm 3,9	139,0 \pm 2,7*	9,3 \pm 1,52	7,1 \pm 1,3*	24,5 \pm 4,5	21,4 \pm 6,3*
6.	Перед випискою	3,86 \pm 0,21	4,1 \pm 0,12*	129,2 \pm 3,1	136,8 \pm 3,6*	7,6 \pm 0,53	6,9 \pm 2,3*	19,6 \pm 1,8	18,03 \pm 2,1

Примітка. * - $p < 0,05$ різниця достовірна в порівнянні з даними хворих групи порівняння.

Таблиця 2. Динаміка змін біохімічних показників крові при негоспітальній пневмонії з важким перебігом у хворих, які лікувались за розробленою методикою.

№ п/п	Показники Доба	Загальний білок, г/л		Сечовина, мкмоль/л		Креатинін, мкмоль/л	
		Група порівняння (n=47)	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=47)	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=47)	Основна група (n=30)
1.	Госпіталізація	73,9±3,89	72,4±1,2	8,87±0,6	8,92±0,36	118,6±11,4	119,6±10,2
2.	3 доба	71,1±2,63	70,3±2,6	8,64±0,7	8,20±0,53	116,4±9,8	113,1±4,3*
3.	5 доба	70,9±1,81	69,2±4,8*	8,81±0,7	8,0±0,66*	117,2±10,7	110,4±6,2*
4.	7 доба	64,2±1,73	66,0±1,4*	8,29±0,3	7,9±0,32*	114,6±8,4	100,2±4,3*
5.	9 доба	63,6±0,86	68,7±0,92*	7,94±0,4	7,6±0,50	109,5±5,3	93,6±2,7*
6.	Перед випискою	69,8±0,88	71,4±0,3*	7,23±0,02	7,0±0,33	76,8±2,76	69,5±3,8

Примітка. * - $p < 0,05$ різниця достовірна в порівнянні з даними хворих групи порівняння.

на момент виписки цей показник не набував нормального значення в обох групах хворих.

При вивченні біохімічних показників крові в обох групах хворих спостерігалось значне зменшення кількості загального білка. Але у хворих основної групи вже з 7 доби спостереження кількість загального білка була на рівні 64,2±1,73 г/л, і перед випискою становила 70,0±0,9 г/л, тоді як у групі порівняння цей показник на момент виписки був на рівні 68,6±0,9 г/л, що було достовірно ($p < 0,05$) нижчим, ніж в основній групі хворих та нормальних показників. Рівень сечовини та креатиніну при госпіталізації був підвищеним в обох групах хворих, але ці показники поступово нормалізувались у хворих основної групи і з 7 доби спостереження достовірно ($p < 0,05$) не відрізнялись від нормальних показників.

У групі порівняння ці показники нормалізувались на 9 добу спостереження і перед випискою, так як і в основній групі, достовірно ($p < 0,05$) не відрізнялись від нормальних показників.

Визначення рівня показників ендогенної інтоксикації (EI) у хворих обох груп показало, що в обох групах хворих при госпіталізації спостерігалось значне підвищення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) майже в 14 разів, який становив 6,92±0,15 ум.од. в групі порівняння і 6,83±0,11 ум.од. в основній групі. В динаміці захворювання цей показник поступово зменшувався. Якщо в групі порівняння його нормалізація відбувалась тільки перед випискою, то в основній групі різка тенденція до зниження цього показника спостерігалась з 5 доби, а перед випискою він був на рівні нормальних показників і достовірно ($p < 0,05$) переважав ЛІІ в групі порівняння майже в три рази (складав 1,66±0,3 ум.од). Аналогічна картина спостерігалась і з гематологічним показником інтоксикації (ГПІ), зниження якого в основній групі спостерігалось починаючи з 7 доби спостереження, тоді як в групі порівняння така тенденція спостерігалась тільки з 9 доби. Але в обох групах хворих цей показник залишався підвищеним на момент виписки, і в основній групі він достовірно ($p < 0,05$) відрізнявся від показників групи порівняння. Така ж картина спостерігалась і при вивченні рівня МСМ в периферійній крові. Починаючи

з 5 доби спостереження у хворих основної групи цей показник починав достовірно ($p < 0,05$) зменшуватись і був достовірно ($p < 0,05$) меншим на всі терміни спостереження, ніж у хворих групи порівняння і набував нормальних значень перед випискою, а у групі порівняння, навіть на момент виписки рівень МСМ в крові залишався підвищеним.

Отримані данні свідчать, що при використанні розробленого способу лікування важкої негоспітальної пневмонії більш швидко нормалізуються основні гематологічні параметри. Паралельно з покращенням загально-клінічних, лабораторних, біохімічних показників та показників інтоксикації, в більш ранні терміни покращувались і дані об'єктивного обстеження в групі хворих, які лікувались за розробленим способом.

В якості прикладу ефективності використання розробленого способу лікування важких негоспітальних пневмоній наводимо клінічне спостереження лікування хворого Р., 41 р., і/х № 1093, який був госпіталізований 26.02.12 р. в пульмонологічне відділення міської клінічної лікарні № 1. При госпіталізації хворий скаржився на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38,5 °С, на біль в правій половині грудної клітки, кашель. Пацієнт вважав себе хворим протягом останніх трьох днів. Своє захворювання пов'язує з переохолодженням.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого важкий, свідомість ясна. Положення в ліжку активне. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, з жовтушником відтінком. Частота дихань 22-24 в 1 хв. При перкусії над легеньми визначався притуплений перкуторний звук на рівні нижньої та середньої долі правої легені. При аускультатії справа в нижніх відділах грудної клітки вислуховується ослаблене везикулярне дихання, множинні вологі та сухі хрипи, крепітація в проекції верхньої та середньої долей.

Пульс 106 в 1 хв., ритмічний. АТ 100/60 мм рт.ст. Тони серця ритмічні, значно ослаблені на верхівці. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка без особливостей. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін, спостерігалась пастозність гомілок.

На рентгенограмі ОГК від 26.02.12р.: відмічалось

Таблиця 3. Динаміка змін показників ендогенної інтоксикації при негоспітальній пневмонії з важким перебігом у хворих, які лікувались за розробленою методикою.

№ п/п	Показники Доба	ЛПІ		ГПІ		МСМ	
		Група порівняння (n=37)	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=37)	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=37)	Основна група (n=30)
1.	Госпіталізація	6,92±0,15	6,83±0,11	21,2±2,7	22,1±1,4	0,510±0,063	0,509±0,006
2.	3 доба	6,71±0,26	6,47±0,22	20,5±1,8	18,5±2,2	0,442±0,005	0,478±0,002
3.	5 доба	6,4±0,43	5,47±0,31*	14,4±1,1	10,2±0,7*	0,477±0,004	0,396±0,004*
4.	7 доба	5,65±0,32	3,96±0,24*	11,0±1,8	8,3±0,9*	0,409±0,001	0,323±0,007*
5.	9 доба	3,76±0,51	2,03±0,1*	5,4±2,7	2,4±0,4*	0,396±0,006	0,317±0,003*
6.	Перед випискою	1,66±0,3	0,9±0,1	1,8±0,4	1,0*±0,2*	0,294±0,002	0,248±0,001*

Примітка. * - $p < 0,05$ різниця достовірна в порівнянні з даними хворих групи порівняння.

поширення легеневого малюнка, в верхній, середній та нижній долях правої легені відмічалась масивна інфільтрація без чітких контурів і меж. Справа міждольова плевра підкреслена, ознаки міждольового плевриту. Заключення: полісегментарна пневмонія верхньої, середньої та нижньої долей правої легені з можливим формуванням абсцесу в нижній долі. Правобічний міждольовий плеврит.

При госпіталізації лабораторні показники були наступними: гемоглобін - 136 г/л, лейкоцити - $16,7 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 40 мм/год. Сечовина - 7,2 ммоль/л. Креатинін - 0,075 ммоль/л. Загальний білірубін - 20,4 мкмоль/л. Рівень загального білка склав 68,2 г/л. Показники ЛПІ - 10,6 у.о., ГПІ - 34,24 у.о., рівень МСМ - 0,478 у.о. Загальний аналіз сечі: колір - солом'яно-жовтий, прозорість - мутна, реакція - кисла, щільність - 1022, білок відсутній, епітелій плоский - 4-5 у полі зору, лейкоцити - 3-4 у полі зору, еритроцити - 6-7 у полі зору.

При цитологічному дослідженні мокротиння кількість лейкоцитів складала 88%, нейтрофільні лейкоцити 70% епітеліальні клітини 9%, альвеолярні макрофаги 2%, бактерії в великій кількості.

При мікробіологічному дослідженні мокротиння виділений *S. aureus* в концентрації 10^5 КУО/мл.

На основі отриманих даних був встановлений діагноз: негоспітальна пневмонія верхньої, середньої та нижньої долей правої легені, ІV кл. гр., ЛНІІІ. Сепсис (внутрішньоторакальна локалізація інфекції). Правобічний міждольовий плеврит.

З першого дня перебування у стаціонарі хворому було призначено: цефтріаксон 1,0 г в/в крапельно три рази на добу, амікацин - 1,0 мл в/в струминно на фізрозчині; фромілід уно 0,5 г один раз на добу; метрогіл - 100,0 в/в крапельно 3 рази на добу, глутоксим по 40 мг в/в крапельно 1 раз на добу, небулізація дихальних шляхів декасаном 3 рази на добу та ентеросорбція ентеросгелем три рази на добу.

Через 3 доби після проведеного лікування загальний стан хворого значно покращився. Почало відходити харкотиння, цитологічне дослідження свідчило про зменшення запального процесу. Мікроорганізми висі-

вались в концентрації 10^4 КУО/мл.

На третю добу спостереження загальний аналіз крові був наступним: гемоглобін - 108 г/л, лейкоцити - $14,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 45 мм/год. Сечовина - 6,8 ммоль/л. Креатинін - 0,070 ммоль/л. Загальний білірубін - 18,4 мкмоль/л. Рівень загального білка склав 67,2 г/л. Показники ЛПІ - 12,57 у.о., ГПІ - 40,60 у.о., рівень МСМ - 0,477 у.о. Загальний аналіз сечі: колір - солом'яно-жовтий, прозорість - прозора, реакція - лужна, щільність - 1014, білок відсутній, епітелій плоский - 4-5 у полі зору, лейкоцити - 3-4 у полі зору, еритроцити відсутні.

На п'яту добу кількість лейкоцитів в мокротинні зменшувалась до 46%, кількість нейтрофілів складала 51%, епітеліальних клітин до 18%, альвеолярних макрофагів до 6%. В посівах росту бактерій не було. Лабораторні показники були наступні: гемоглобін - 130 г/л, лейкоцити - $10,1 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 44 мм/год. Сечовина - 6,5 ммоль/л. Креатинін - 0,068 ммоль/л. Загальний білірубін - 15,4 мкмоль/л. Загальний білок - 70 г/л. Показники ЛПІ - 4,05 у.о., ГПІ - 10,00 у.о., рівень МСМ - 0,396 у.о. Загальний аналіз сечі: колір - солом'яно-жовтий, прозорість - повна, реакція - кисла, щільність - 1022, білок відсутній, епітелій плоский - 4-5 у полі зору, лейкоцити - 3-4 в полі зору, еритроцити відсутні.

Через 9 діб загальний стан хворого задовільний. Дослідження мокротиння показало, що цитограма набувала регенеративного характеру. Кількість лейкоцитів зменшувалась до 32%, нейтрофілів до 38%, кількість епітеліальних клітин до 21%. У посівах росту бактерій не виявлялось.

На дев'яту добу спостереження загальний аналіз крові: гемоглобін - 140 г/л, лейкоцити - $8,1 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 20 мм/год. Сечовина - 6,2 ммоль/л. Креатинін - 0,064 ммоль/л. Загальний білірубін - 18,7 мкмоль/л. Рівень загального білка склав 70 г/л. Показники ЛПІ - 2,69 у.о., ГПІ - 3,23 у.о., рівень МСМ - 0,323 у.о. Загальний аналіз сечі: колір - солом'яно-жовтий, прозорість - повна, реакція - кисла, щільність - 1016, білок відсутній, епітелій плоский - 3-4 у полі зору, лейкоцити - одиничні в полі зору.

При рентгенологічному дослідженні на десяту добу вогнищевих та інфільтративних змін не виявлено. Ко-

рені легень тяжисті, малоструктурні. Синуси вільні. Легеневий малюнок посиленний справа в середній та нижній долях, ознаки пневмофіброзу. Міждольова плевра ущільнена справа.

На 13 добу хворий був виписаний для подальшого спостереження у лікаря-пульмонолога за місцем проживанням. Лабораторні показники перед випискою були наступні. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 150 г/л, лейкоцити - $7,5 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 15 мм/год. Сечовина - 6,5 ммоль/л. Креатинін - 0,068 ммоль/л. Загальний білірубін - 15,4 мкмоль/л. Рівень загального білка склав 70 г/л. Показники ЛПН - 2,70 у.о., ГПІ 2,70 у.о., рівень МСМ - 0,248 у.о. Загальний аналіз сечі: колір - солом'яно-жовтий, прозорість - повна, реакція - кисла, щільність - 1019, білок відсутній, епітелій плоский - одиничні в полі зору, лейкоцити 3-4 в полі зору, еритроцити відсутні.

Як видно з наведеного прикладу, використання розробленого способу лікування важкої негоспітальної пневмонії профілакувало виникнення деструкції легеневої тканини, сприяло зменшенню запального процесу в бронхах та розвитку обструктивного синдрому бронхів, і тим самим забезпечувало неускладнений перебіг захворювання.

Не дивлячись на проведене лікування у 8 (21,6%)

хворих групи порівняння виникли ускладнення, з яких померло 2 хворих (5,4%). Тоді як в основній групі хворих ускладнення виникли у 3 (10,0%) хворих, з яких помер 1 (3,3%). Пацієнти основної групи перебували у стаціонарі в середньому $14,5 \pm 1,2$ ліжко-днів, тоді як хворі групи порівняння перебували - в середньому $18,0 \pm 2,1$ ліжко-днів, що було на 3,5 ліжко-дні більше, ніж у хворих групи порівняння.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Розроблений спосіб лікування хворих на негоспітальну пневмонію з важким перебігом забезпечує зниження ендогенної інтоксикації, профілакує бронхообструктивний синдром, дозволяє покращити стан захисних сил організму і тим самим зменшує кількість ускладнень, знизити летальність та скоротити терміни перебування хворих на негоспітальну пневмонію з важким перебігом в стаціонарі.

Враховуючи отримані дані необхідно провести подальші дослідження по вивченню ефективності застосування розробленого способу лікування негоспітальних пневмоній з важким перебігом у хворих з імуносупресією.

Список літератури

- Васильев В. С. Критерии оценки тяжести болезни и выздоровления при скарлатине / В. С. Васильев, В. И. Комаров // Здравоохранение Белоруссии. - 1993. - № 2. - С. 38-40.
- Габриэлян Н. И. Опыт использования показателей средних молекул в крови для диагностики нефрологических заболеваний у детей / Н. И. Габриэлян, В. И. Липатова // Лабораторное дело. - 1984. - № 3. - С. 138-140.
- Каль-Калиф Я. Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении / Я. Я. Каль-Калиф // Врачебное дело. - 1941. - № 1. - С. 31-36.
- Карпищенко А. И. Медицинские лабораторные технологии / Карпищенко А. И. - СПб. : Интермедина, 2002. - 600 с.
- Негоспітальна та госпітальна (нозокоміальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія : метод. посібник / [Фещенко Ю.І., Гончаров К.А., Дзюблик О.Я. та ін.]. - Київ, 2013. - 122 с.
- Основні показники діяльності установ охорони здоров'я Вінницької області за 2011 рік / укладач Железняк В.Д. // Вінниця: "Поліграф", 2012. - 232 с. - (Управління Охорони здоров'я та курортів).
- Реброва О. Ю. Статистический анализ данных. Применение прикладных программ STATISTICA: монография; Реброва О.Ю. - М.: Медиа Сфера, 2003. - 312 с.
- Синопальников А. Л. Внебольничная пневмония у взрослых: современные подходы к диагностике, антибактериальной терапии и профилактики (по материалам согласительных рекомендаций Американского общества инфекционистов/Американского торакального общества, 2007) / А. Л. Синопальников, С. Ю. Чикина, А. Г. Чучалин // Пульмонология. - 2008. - № 5. - С. 15-50.
- Етіологія фатальної внебольничной пневмонії у взрослых / Н. В. Іванчик, С. Н. Козлов, С. А. Рачина [та ін.] // Пульмонология. - 2008. - № 6. - С. 53-58.
- National Center for Health Statistics. Health, United States, 2010, with chartbook on trends in the health of Americans. Available at: www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus06/pdf

Вильцанюк О.А.

ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Резюме. В работе приведены результаты лечения больных негоспитальной пневмонией с тяжелым течением по разработанному способу, который заключается в назначении дополнительно к основной схеме лечения небулизации дыхательных путей катионными поверхностно-активными антисептиками, энтеросорбции и введение препарата глутоксим. Проведенные исследования показали, что при лечении больных разработанным способом, по сравнению с больными которые лечились традиционными методами, в более ранние сроки происходило снижение эндогенной интоксикации, профилактировался бронхо-обструктивный синдром, уменьшалось количество осложнений, а также сокращались срок пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: внебольничная пневмония с тяжелым течением, небулизация дыхательных путей, энтеросорбция, глутоксим.

Viltsaniyk O.O.

JUSTIFICATION EFFECTIVENESS OF A NEW METHOD FOR THE TREATMENT OF SEVERE COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA

Summary. In this article were shown results of the treatment of patients with severe community-acquired pneumonia for hum with

adding to the basic treatment nebulization with cationic surface - active antiseptics, the introduction of enterosorbition and glutoxim. Studies have shown that the treatment of patients by new method in comparing with treatment of patients by traditional methods, lead to earlier diminishment of endogenous intoxication, performed prophylactics of broncho - obstructive syndrome, reduces the number of complications and reduces the term of hospitalisation.

Key words: severe community-acquired pneumonia, nebulization of respiratory system, enterosorbition, glutoxim.

Рецензент - д.мед.н., проф. Іванов В.П.

Стаття надійшла до редакції 01.06.2015 р.

Вільцанюк Оксана Олександрівна - к.мед.н. доц. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

© Гончаренко О.В.

УДК: 617.58-005.4-002.4-059-08:616.379-008.64

Гончаренко О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра хірургії №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ЗАСТОСУВАННЯ ВАКУУМ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ РАН У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК IV СТАДІЇ

Резюме. В роботі проводиться аналіз результатів лікування 14 хворих цукровим діабетом з гнійно-некротичними ранами та хронічною ішемією нижніх кінцівок IV стадії. В даній групі пацієнтів використовувалось лікування ран негативним тиском. Застосування комплексного лікування дозволило досягти загоєння ран у 92% пацієнтів та уникнути у високої ампутації кінцівок.

Ключові слова: цукровий діабет, раньова інфекція, лікування ран.

Вступ

Цукровий діабет - одне з самих розповсюджених ендокринних захворювань. За даними Міжнародної федерації діабету (2013р.) в теперішній час в світі нараховується 382 млн. хворих на цукровий діабет в віці від 20 до 79 років, що складає 8,3% від дорослої популяції [Жердева, 2015]. Зростає частота гнійно-хірургічних захворювань та ускладнень у цієї категорії хворих. Важкість стану обумовлена "синдромом взаємного пригнічення" та утворенням порочного кола. Необхідно враховувати, що в цих випадках переважають некротичні процеси без класичних ознак запалення та набувають дистрофічний характер на фоні значних порушень обмінних процесів. Розвиток гнійно-некротичного процесу на ступні передбачає питання про виконання високої ампутації на рівні стегна, рідше - на рівні гомілки [Wagner, 1981]. Ампутації нижніх кінцівок у людей, що страждають на цукровий діабет виконуються в 17-45 раз частіше, ніж у тих хто не страждає на цукровий діабет. Летальність при високих ампутаціях нижніх кінцівок досягає 30-40% [Горюнов и др., 2004]. Лікування гнійно-некротичних ран у хворих на цукровий діабет залишається актуальною медичною та соціальною проблемою.

Методи лікування включають відновлення магістрального кровообігу, покращення регіонарного кровопостачання, стимуляцію неоангіогенезу, місцеве застосування антибактерійних мазей та сорбентів. Хірургічна обробка інфікованих ран з некротомією є основою лікування таких пацієнтів. В післяопераційному періоді залишається проблема боротьби з інфекцією, збереження кровопостачання та мікроциркуляції, покращен-

ня умов регенерації тканин [Лифшиц и др., 2014]. Поєднання цукрового діабету та гнійної інфекції приймає нову форму захворювання, яка вимагає застосування сучасних методів лікування. Лікування гнійної інфекції є одним з складних та до кінця не вирішених питань сучасної хірургії та діабетології.

Мета роботи - покращити безпосередні результати хірургічного лікування хворих на цукровий діабет з синдромом діабетичної ступні та хронічною ішемією нижніх кінцівок IV стадії, ускладненої гнійно-некротичним процесом шляхом комплексного лікування з застосуванням терапії ран негативним тиском.

Матеріали та методи

На лікуванні в клініці хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова знаходилось 14 хворих з синдромом діабетичної ступні, ускладненими інфікованими некротичними ранами, розвитком флегмони та хронічною артеріальною ішемією IV стадії. У чотирьох пацієнтів діагностована 2 стадія, у семи - 3, у трьох - 4 стадія синдрому діабетичної ступні за F. W. Wagner. За класифікацією ступеню хронічного порушення кровообігу в нижніх кінцівках Фонтена-Покровського всі пацієнти мали IV стадію захворювання. У шести хворих виявлено поєднання діабетичних мікроангіопатій з атеросклеротичними макроангіопатіями нижніх кінцівок. Жінок було в 2 рази більше, ніж чоловіків. З даної групи 92% пацієнтів були старше 60 років та стан був обтяжений, крім цукрового діабету, двома-трьома супутніми захворюваннями: 57%