

12. Денисова М.Ф. Сучасні уявлення про систему захисту слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та її роль у патогенезі хронічних гастродуоденальних хвороб у дітей / М.Ф. Денисова, Н.М. Мягка // ПАГ. – 2010. – № 1. – С. 54–58.
13. Детская гастроэнтерология / под редакцией проф. С.В. Бельмера и проф. А.И. Хавкина. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2013. – 456 с.
14. Иванова И.И. Клинико-патогенетические характеристики гастроэзофагальных рефлюксов у детей / И.И. Иванова, С.Ф. Гнусаев, Ю.С. Апеченко // Рос. вестник перинатол. и педиатр. – 2009. – № 3. – С. 25–29.
15. Сорокман Т.В. Хеликобактерная инфекция у детей: клинико-эпидемиологическое исследование / Т.В.Сорокман // Вопросы педиатрии. – 2015. – № 2. – С. 7–10.

Т.В. Сорокман. Клиническая характеристика детей с хронической гепатобилиарной патологией. – Статья.

Аннотация. В статье приведены результаты исследования клинического течения хронической гепатобилиарной патологии у детей школьного возраста. Среди патологии гепатобилиарной области у детей преобладали функциональные расстройства билиарного тракта. В большинстве пациентов диагностировалась дисфункция сфинктера Одди 71,1% и реже встречалась дисфункция желчного пузыря. Отягощенный генетический анамнез по заболеваниям пищеварительной системы обнаружено в 60,3% детей. У этих больных чаще случалась сочетанная патология (паразитозы, ацетонемический синдром, ортопедическая и ЛОР-патология, болезни гастродуоденальной области).

Ключевые слова: дети, гепатобилиарная патология, клиническая характеристика.

Tamila V. Sorokman. Clinical characteristics of children with chronic hepatobiliary pathology. – Article.

Summary. The results of the study of the clinical course of chronic hepatobiliary disease in school children. Among hepatobiliary pathology in children dominated areas functional disorders of the biliary tract. Most patients diagnosed sphincter of Oddi dysfunction and 71.1% rarely met dysfunction of the gallbladder. Burdened a history of genetic diseases of the digestive system found in 60.3% of children. These patients often occurred comorbidity (parasitoses, acetonemia syndrome, orthopedic and LOR-pathology, gastroduodenal diseases areas).

Key words: children, hepatobiliary pathology, clinical characteristics.

УДК 616.8

В.В. Тешук,

лікар-невролог відділення інтенсивної терапії загального профілю
Центру анестезіології, інтенсивної терапії загального профілю
та екстракорпоральної детоксикації
коммунального підприємства Київської обласної ради
«Київська обласна клінічна лікарня»,

м. Київ, Україна

В.Й. Тешук,

кандидат медичних наук, доцент,
начальник ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії і неврології
Військово-медичного клінічного центру
Південного регіону України, полковник медичної служби,
м. Одеса, Україна

ДО ПИТАННЯ ПРО КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПРОЛЕЖНІВ У ПАЦІЄНТІВ, КОТРІ ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Анотація. Гострі порушення мозкового кровообігу - одна з основних причин захворюваності, інвалідизації та смертності у всьому світі. Періодично їх перебіг ускладнюється виникненням пролежнів. В статті автори пропонують метод комплексного лікування хворих з пролежнями, котрі перенесли ГПМК, з

використанням місцевої терапії та резонансної магніто-квантової терапії (за локальною та багаторівневою методиками), котрий сприяє регресу больового синдрому і заживленню пролежнів та володіє сано- та патогенетичним ефектом, що підтверджується покращенням клініко-неврологічного статусу.

Ключові слова: гострі порушення мозкового кровообігу, резонансна магніто-квантова терапія, каприкеа.

Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) – одна з основних причин захворюваності, інвалідизації та смертності у всьому світі. Захворюваність на ГПМК в більшості країн Західної Європи, в середньому, не перевищує 1-2 випадки на 1000 населення. Найближчим часом експерти ВООЗ прогнозують подальший зріст кількості мозкових інсультів (МІ). МІ – третя за значимістю причина смертності (після серцево-судинних захворювань та злоякісних пухлин всіх локалізацій). В Україні щорічно у 100–120 тис. жителів вперше виникають ГПМК. За цього у 35,5% всіх випадків ГПМК виникають у людей працездатного віку. Біля 30% пацієнтів, котрі перенесли МІ, помирають на протязі року, а на протязі ще п'яти років – помирають 45% пацієнтів. Щорічно від ГПМК в світі помирають біля 6 млн. пацієнтів [1]. Біля 25% інвалідизації дорослого населення обумовлено ГПМК [1]. В 20% пацієнтів ГПМК супроводжуються потенційними ускладненнями, такими, як пролежні. Профілактика пролежнів займає одне з провідних місць в комплексному лікуванні пацієнтів з МІ, і вона повністю доступна [2]. Пролежень (лат. *decubitus*) – це змертвіння (некроз) м'яких тканин в результаті постійного тиску, котре супроводжується місцевими порушеннями кровообігу та нервової трофіки [2; 5].

Матеріали і методи

Нами проведено аналіз 23 історій хвороб пацієнтів, котрі знаходились на стаціонарному лікуванні в ангіоневрологічному відділенні Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону України (ПРУ) з 2014р. до 2015р. Перебіг ГПМК у цих пацієнтів ускладнився виникненням пролежнів. Всі вони були переведені в ангіоневрологічне відділення ВМКЦ ПРУ з інших лікувальних закладів по узгодженню з керівництвом госпіталю, вже з множинними пролежнями. По локалізації пролежні виникали: у 23 пацієнтів (100,0%) в люмбо-сакральній ділянці, в ділянці п'яток у 21 хворого (91,3%); в проекції лопаток – у 11 пацієнтів (47,83%), та в ділянці волосистої частини голови – у 7 хворих (30,43%), відповідно.

Причинами виникнення пролежнів після опитування пацієнтів та їх родичів були наступні: поганий догляд в інших лікувальних закладах відмічали всі 23 пацієнта (100,0%); надлишкова вага тіла (понад 100 кг) у 7 (30,43%) пацієнтів; дефіцит маси тіла у трьох пацієнтів (13,04%); сухість шкіри у 3 пацієнтів (13,04%); невтримання сечі та калу у чотирьох пацієнтів (17,4%); захворювання (котрі призводять до порушення трофіки тканин): вторинна анемія виявлена у 4 пацієнтів (17,4%); цукровий діабет виявлений у двох хворих (8,7%), два хворих було з переломом шийки стегна (8,7%); з супутніми інфекційними порушеннями було два пацієнта (8,7%); з *anus praeter naturalis* – 1 (4,35%); з супутнім псоріазом – 2 (8,7%); з екземою нижніх кінцівок – 1 (4,35%); з трофічними виразками нижніх кінцівок – 1 (4,35%); пацієнтів котрі часто вживали алкоголь (до 5 разів на тиждень) – 9 (39,13%); пацієнтів, котрі палили до 1 пачки сигарет на добу – 4 (17,4%), пацієнтів (пенсіонерів МОУ) без певного місця проживання – 2 (8,7%).

Пролежні, за нашими спостереженнями, утворювались в більшості випадків в крижовій ділянці, в ділянках лопаток, п'яток, колін, ребер, пальців ніг, великих вертелів стегнових кісток, ступенів, в ділянці сідничної кістки, гребенів здухвинної кістки і ліктьових суглобів, на пальцях рук, на голові, та на вухах. Вражалась шкіра (поверхневий пролежень) та підшкірна клітковина з м'язами (глибокий пролежень, котрий небезпечний за рахунок утворення інфікованої рани). Пролежень на шкірі виникав, за нашими спостереженнями, від надавлювання гіпсовою лонгетою при переломах або на слизовій оболонці ротової порожнини – від тиску зубного протезу, тощо. Основні причини локалізації утворення пролежнів це тиск і час. Якщо зовнішній тиск на протязі тривалого часу (понад

дві години) буде вищим, чим тиск всередині капілярів, то попередити утворення пролежнів просто неможливо. Про це говорить той факт, що при поступленні пацієнтів в ангіоневрологічне відділення (АНВ) ВМКЦ ПРУ та при їх тривалому перебуванні в горизонтальному положенні в умовах АНВ пролежні практично не формувалися, завдяки відповідному догляду за пацієнтами з ГПМК. Нами були відмічені наступні види пролежнів у наших пацієнтів, в залежності від ураження зовнішніх покривів [5].

- Ступінь I: Шкірний покрив не порушений. Стійка гіперемія, котра не проходить після припинення тиску.

- Ступінь II: Поверхнєве (неглибоке) порушення цілісності шкіри з розповсюдженням на підшкірну клітковину. Стійка гіперемія. Відшарування епідермісу.

- Ступінь III: Разрушення шкірного покриву до м'язового шару з проникненням в м'яз. Пролежень виглядає як рана. Можуть бути рідкі виділення.

- Ступінь IV: Ураження всіх м'яких тканин. Наявність порожнини, котра оголює нижчележачі тканини (сухожилки, всі тканини аж до кістки). При пролежнях III–IV ступеню ми запрошували на консультацію хірурга з відділення хірургічної інфекції (головний метод лікування – хірургічний).

Пролежні в ділянці п'яток, потилиці та в ділянці лопаток були незначних розмірів до 2-3 см в діаметрі, а в люмбо-сакральній ділянці виділяли пролежні від 3 см – 5 см – у 11 пацієнтів (47,8%); у 6 пацієнтів (26,1%) пролежні від 6 см до 10 см в діаметрі; у 6 пацієнтів (26,1%) пролежні були зливними, вони склалися з декількох осередків, а самий великий розмір уражень шкіри був понад 10 см [5].

Лікування ГПМК спрямоване на нормалізацію обміну речовин, відновлення працездатності пацієнтів та попередження розвитку ускладнень. Практичний досвід вказує, що класична терапія ГПМК далеко не завжди вирішує всі проблеми, тому актуальним є використання методів лікування, котрі дозволяють впливати на різноманітні патогенетичні чинники розвитку ГПМК та їх ускладнень. Нашу увагу все більше приваблює метод резонансної магніто-квантової терапії (РМКТ), котрий широко використовується в клінічній практиці [3; 5]. Багаторічний досвід лікування пацієнтів в умовах ВМКЦ ЮР свідчить про високу ефективність у хворих з раневою інфекцією, трофічними виразками. Останнім часом значно активізувалося використання РМКТ в медицині і біології [4; 5].

Метою нашої роботи є ознайомлення лікарів з нашим досвідом комплексного лікування РМКТ в поєднанні з гідроколоїдним гелем «Каприкеа» пролежнів у пацієнтів, котрі перенесли ГПМК.

Для лікування ми використовували апарат «МІТ-1 МЛТ» (МНЦ «Медінтех», Україна), а для місцевого лікування використовували гідроколоїдний гель « Каприкеа». Під нашим спостереженням знаходилось 89 пацієнтів з ГПМК, перебіг котрих ускладнився виникненням пролежнів. Вони були розділені на три гурти:

I-й гурт (28 пацієнтів – 31,46%) отримували традиційне медикаментозне лікування, проводився туалет пролежнів;

II-й гурт (38 пацієнтів – 42,7%) на фоні традиційної медикаментозної терапії отримували РМКТ на попереково- кризову ділянку (ПКД) (потужність світлового потоку (50 ± 10) мВт, максимальне значення магнітної індукції - 30 мТл, 15-20 хв., щоденно; на курс 10 процедур) - локальна методика впливу [5];

III-й гурт (23 пацієнтів – 25,84%) отримували комплекс традиційної медикаментозної терапії; РМКТ за багаторівневою методикою [5], та локальну терапію з використанням пов'язок з гідроколоїдним гелем «Каприкеа». Процедури виконували щоденно, починаючи з першого дня візуалізації пролежнів. Загальна тривалість процедури складала до 30 хв.. На курс лікування 10-15 процедур.

Результати досліджень та їх обговорення.

В АНВ ВМКЦ ПРУ розроблено спеціальну систему профілактики та лікування пролежнів [5]. За наявності некротичних виразок - хірургічну обробку ран проводили хірурги з відділення хірургічної інфекції ВМКЦ ПРУ. За цього цим хворим на протязі 3-5 діб призначали антибіотики. Таким чином, ретельний догляд за шкірою [5], дотримання санітарно-гігієнічних правил не призводило до виникнення пролежнів у пацієнтів АНВ ВМКЦ ПРУ. Для лікування наших пацієнтів ми застосовували гідроколоїдний гель «КАПРИКЕА», до складу котрого входять: колоїдний карбомер карнозин, вода та цитрат срібла. Каприкеа вміщує карбомер, стабілізований карнозином – пептидом, котрий фізіологічно знаходиться в шкірі людини. При нанесенні на поверхню пролежня карбомер проявляє оклюзивні властивості: він перешкоджає випаровуванню вологи та зменшує втрати рідини, через епідерміс. В той же час він поглинає надлишкову рідину з поверхні пролежня. Окрім того він володіє антиоксидантними властивостями, що також призводить до загоєння пролежнів. Каприкеа вміщує також цитрат срібла в якості консерванта, котрий на відміну від парабенів не викликає подразнення. В свою чергу Каприкеа охолоджує рану, та пом'якшує контакт з пластирями та пов'язками, не проявляючи за цього адгезивних властивостей, що також сприяє заживленню ран. Гідроколоїдний гель не тільки бореться з можливими інфекціями, котрі можуть ускладнити перебіг пролежнів, але й стимулює як місцевий, так і загальний імунітет. Особливе місце в лікуванні займало харчування наших пацієнтів. В раціоні цих хворих переважала багата білками їжа. За добу ми рекомендували їм випивати до 2-х літрів мінеральної води. У випадках неефективності лікування пролежнів ми вимушені були використовувати РМКТ локально, або за багаторівневою методикою.

Всі наші пацієнти перенесли ГПМК, діагноз був підтверджений клініко-неврологічним обстеженням, результатами КТГМ і МРТ ГМ. Всі хворі добре переносили лікування, відмічали регрес неврологічної симптоматики, заживлення пролежнів, відмічали зменшення болючості в ділянці пролежнів, покращення рухливості в усіх відділах хребта та загального самопочуття. Під впливом запропонованого нами комплексного лікування відмічалися позитивні зміни в клінічній картині захворювання (ГПМК), регрес неврологічної симптоматики, заживлення пролежнів. Встановлені переваги в заживленні пролежнів при використанні комплексної терапії: традиційної медикаментозної терапії; РМКТ за багаторівневою методикою та локальних пов'язок з гідроколоїдним гелем «КАПРИКЕА». Больовий синдром у пацієнтів з пролежнями, котрі перенесли ГПМК, зменшувався або зникав у 19 пацієнтів (67,9%), починаючи з 9-12-ї доби під впливом медикаментозної терапії; під впливом лікувального комплексу з включенням методики локальної РМКТ – у 32 (84,2%) пацієнтів з 5–8-ї доби ($p < 0,01$); а під впливом лікувального комплексу з використанням методики багаторівневої РМКТ та локальних пов'язок з гідроколоїдним гелем «КАПРИКЕА» у 22 (95,65%) пацієнтів з 3–4-ї доби від перебування в АНВ ВМКЦ ПРУ (відповідно $p < 0,01$).

Заживлення пролежнів у хворих з ГПМК, яких ми віднесли до I-го гурту відмічалось у 18 (64,3%) з 10-12 доби; у хворих II-го гурту – у 29 (76,3%) з 7-9 доби ($p < 0,01$); а у пацієнтів III-го гурту у 20 (87,0%) з 3–4-ї доби від перебування в госпіталі ($p < 0,01$).

Результати проведенного дослідження дозволяють обґрунтувати основні принципи вибору зон впливу з використанням РМКТ за багаторівневою методикою, як найбільш перспективного і значимого для отримання позитивного терапевтичного дефекту. Багаторівневий, системний принцип вибору зон в поєднанні з використанням сучасних фізіотерапевтичних технологій і раціонального локального лікування розширює можливості відновного лікування пацієнтів з пролежнями, котрі перенесли ГПМК. Використання поєднаних методик лікувальних фізичних чинників, з урахуванням багаторівневого системного принципу вибору зон представляє собою новий кількісно-якісний вплив,

що суттєво посилює ефекти окремо взятого фактору, завдяки своєрідному терапевтичному синергізму [3; 5].

Таким чином, на основі клінічних та інструментальних методів дослідження у пацієнтів з пролежнями, котрі перенесли ГПМК на госпітальному етапі встановлені та підтверджені [5] особливості лікувальної дії різних варіантів РМКТ за локального та багаторівневого використання.

Висновки

Таким чином, комплексне лікування хворих з пролежнями, котрі перенесли ГПМК, з використанням місцевої терапії та РМКТ (за локальною та багаторівневою методиками) сприяє регресу больового синдрому та заживленню пролежнів, володіє сано- та патогенетичним ефектом, що підтверджується покращенням клініко-неврологічного статусу. Відпрацьовані комплекси відновного лікування з використанням методик РМКТ є диференційованими в залежності від тяжкості і перебігу ГПМК, котрі ускладнені пролежнями. Їх застосування сприяє значному підвищенню ефективності терапії, попереджує розвиток рецидивів захворювання та підвищує якість життя пацієнтів з пролежнями, після перенесених ГПМК.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вопросы и ответы в неврологии: справочник врача / Мищенко Т.С.; под ред. Мищенко Т.С. – К.: ООО «Доктор- Медиа», 2012. – 432 с.
2. Грэм Дж. Хэнки. Инсульт (ответы на ваши вопросы) / Будапешт. – 2005. – 382 с.
3. Самосюк И.З., Лысенюк В.П., Лобода М.В. Лазеротерапия и лазеропунктура в клинической и курортной практике. – К.: Здоров'я, 1997. – 240 с.
4. Савич В.А., Замобовский И.И., Тырков О.Ф. и др. // Материалы X Международной научной практики конференции «Применение лазеров в медицине и биологии» (Харьков, 19-23 мая 1998 г.) . – Харьков, 1998. – С. 5.
5. Тещук В.В., Тещук В.И. Комплексное лечение пролежней у больных, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения // Наукові записки Міжнародного гуманітарного університету : матеріали щорічної звітної конференції професорсько-викладацького складу Міжнародного гуманітарного університету (16 травня 2014 року). – Одеса. – 2014. – С. 289–295.

В.В. Тещук, В.И. Тещук. К вопросу о комплексном лечении пролежней у пациентов, которые перенесли мозговой инсульт. – Статья.

Аннотация. Острые нарушения мозгового кровообращения – одна из основных причин заболеваемости, инвалидизации и смертности во всём мире. Периодически их течение осложняется возникновением пролежней. В статье авторы предлагают метод комплексного лечения пациентов с пролежнями, которые перенесли ОНМК, с использованием местной терапии в сочетании с резонансной магнито-квантовой терапией (по локальной и многоуровневой методикам), который приводит к регрессу болевого синдрома и заживлению пролежней, владеет сано- и патогенетическим эффектом, что подтверждается улучшением клинико-неврологического статуса.

Ключевые слова: острые нарушения мозгового кровообращения, резонансная магнито-квантовая терапия, каприкаеа.

V.V. Teschuk, V.I. Teschuk. On the question of the complex treatment of pressure ulcers in patients who have suffered a cerebral stroke. – Article.

Summary. Acute ischemic attacks - one of the leading causes of morbidity, disability and mortality worldwide. Periodically during their complicated by the occurrence of bedsores. The authors propose a method of complex treatment of patients with bed sores, have suffered stroke, using local therapy in combination with magnetic resonance quantum therapy (LAN techniques and multilevel) which leads to the regression of pain and healing of pressure sores, and holds sano- pathogenetic effect, as evidenced by the improvement of clinical and neurological status.

Key words: acute cerebrovascular accidents, the resonant magneto-quantum therapy, capricare.

В.Й. Тещук,
кандидат медичних наук, доцент,
начальник ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії і неврології
Військово-медичного клінічного центру Південного регіону України,
полковник медичної служби, учасник АТО
Н.В. Тещук,
студент VI-го курсу I-го медичного факультету
Одеського національного медичного університету,
м. Одеса, Україна

РАННІ НАСЛІДКИ ЗАКРИТИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВИХ ТРАВМ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Анотація. *Обстежено 86 учасників антитерористичної операції (АТО), 56 з котрих перенесли легку бойову закриту черепно - мозкову травму (ЗЧМТ); 15- легку мінно-підригну травму, акубаротравму та виявляли скарги пов'язані з патологією головного мозку; 15 пацієнтів без патології нервової системи (контроль). Обстеження включало аналіз показників вегетативного фону, електрокардіографію, електроенцефалографію, а також оцінку емоціонально - особистісної сфери пацієнтів (тест ММРІ). В учасників АТО виявлена дисфункція неспецифічних систем головного мозку (лімбіко-ретикулярного комплексу - ЛРК) у вигляді психо вегетативного синдрому (ПВС), у формуванні котрого провідна роль належить хронічному стресу в результаті бойових дій.*

Ключові слова: *післятравматичні порушення, діагностика.*

Вступ. На території України на протязі 69 років не було війни. В 2014 році відбулося вторгнення російських окупантів на територію незалежної та суверенної України. Бойові дії по визволенню власної території назвали антитерористичною операцією (АТО). Учасники АТО постійно знаходяться в стані хронічного стресу (перебування в бойовій обстановці, постійна загроза для життя), котрий перенапружує адаптаційні системи організму, зокрема головного мозку. Можливо з часом даний стан назвуть «Донецьким синдромом». В цих умовах відбувається зрив з розвитком відхилень перш за все в психічній сфері та у вегетативному забезпеченні діяльності. Подібний вплив, як правило, призводить до розвитку передзахворювання. В розвитку такої патології суттєва роль відводиться неспецифічним системам головного мозку [1; 2]. Однією з частих форм ушкоджень при бойових діях є черепно-мозкова травма (ЧМТ), котра складає 17,9% від всіх санітарних втрат. За цього легкі ЧМТ (ЛЧМТ) досягають 70,9% від загальної кількості травм головного мозку [1]. Основою патогенезу ЛЧМТ є структурно-нейродинамічні порушення неспецифічних систем головного мозку, зокрема лімбіко-ретикулярного комплексу (ЛРК) [3; 4; 5; 6]. Наслідком шкідливого впливу хронічного стресу під час бойових дій та ЛЧМТ на неспецифічні системи головного мозку може стати дезінтеграційний психо вегетативний синдром (ДПВС), котрий зумовлює розвиток стійкої патології вегетативного відділу нервової системи (ВВНС) [7; 8], та відхилень в психічній та емоційній сфері учасників збройних конфліктів [9]. Все це негативно впливає як на стан здоров'я самих учасників АТО, так і на українське суспільство в цілому [10].

Метою нашої роботи була клініко-експериментальна оцінка стану неспецифічних систем головного мозку у військовослужбовців – учасників АТО, котрі були підтвержені впливу хронічного стресу внаслідок бойових дій.

Пацієнти та методи дослідження. Обстежено 86 чоловіків, учасників антитерористичної операції (АТО), середній вік котрих складав $27,3 \pm 3,4$ роки. З них 56 (65,1%) перенесли легку бойову