

швидкість резорбції кісткової тканини перевищує швидкість її синтезу. подібне прискорення синтезу кісткової тканини в умовах персистуючого запалення можливо розцінювати як компенсаторно-адаптаційну реакцію організму вагітної, направлену на збереження кісткової тканини.

Література

1. Khovidhunkit W., Epstein S. Osteoporosis in pregnancy // Osteoporosis int. – 1996. – Vol.6. – P. 345 – 354.
2. Морэ Л. Изменение плотности костной ткани во время беременности // XIV Европейский конгресс акушеров-гинекологов. - Испания, Гранада, 1999. – С.43.
3. Щербавская Э А., Гельцер Б. И. Патофизиологические аспекты остеопении и остеопороза при беременности // Рос. Мед. Вести. - 2003.- (2).- С.28 – 33.
4. Поворознюк В. В. Захворювання кістково-м'язової системи в людей різного віку. Київ. 2009.- Т.1.- С.402 – 422.
5. Рожинская Л. Я. Системный остеопороз. Практическое руководство. М.: Мокеев, 2000.- 163 с.
6. Руководство по остеопорозу. Под ред. Л. И. Беневоленской. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 524 с.
7. Щербавская Э. А., Гельцер Б. И. Опосредованные цитокинами механизмы остеопенического синдрома у беременных женщин с гестозом // Медицинская иммунология. - 2003, Т.5. – N 1-2. – С. 67 - 72.
8. Кулаков В. И., Сухих Т. Г., Кан Н. Е. и др. Содержание цитокинов в амниотической жидкости, пуповинной крови и сыворотке крови женщин с внутриутробной инфекцией // Акушерство и гинекология. – 2005.- №5. – С.14-17.
9. Инфекции в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство / Под ред. О. В. Макарова, В. А. Алешкина, Т. Н. Савченко. – М.: МЕДпресс-информ, 2007.– 464с
10. Інфекції та вагітність. Венцківський Б. М., Заболотна А. В., Зелінський О. О., Сенчук А. Я. БАГ. –ОКФА, Одеса. – 2007.- 362 с.
11. Smith R., Phillips A.J. Osteoporosis during pregnancy and its management // Scand J Rheumatol Suppl. – 1998.- Vol. 107.- P. 66 - 67.
12. Макацария А. Д., Бицадзе В. О., Акиншина С. В. Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве. – М. : МИА, 2006. – 442с.

УДК 616.718.5/9-001.5-06: 616.74-005.4

А. И. Бодня¹, А. И. Попов², В. В. Палагнюк², Н. А. Бехарский², С. Н. Кривенко³

ИШЕМИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНИ И СТОПЫ

¹Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

²Городская клиническая больница №11, Одесса, Украина

³Донецкий НИИ травматологии и ортопедии, Донецк, Украина

Реферат. А. И. Бодня, А. И. Попов, В. В. Палагнюк, Н. А. Бехарский, С. Н. Кривенко **ИШЕМИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНИ И СТОПЫ.** Изучено влияние антисептиков на рост микроорганизмов и сроки реэпителизации кожи у 42 пациентов с переломами костей дистального отдела голени и стопы, осложненных ишемическими фликтенами на основании

анализа высеянной микрофлоры. Систематизированы результаты исследований относительно клиники повреждений и характера фликтенов, времени их возникновения после переломов и результаты терапии мягких тканей. Существенных отличий в результатах лечения субэпидермальных фликтенов с применением различных методов, нами не выявлено. Показатели микрофлоры и сроки реэпителизации кожи имеют лишь прогностическое значение.

Ключевые слова: перелом, фликтен, антисептик

Реферат. О. І. Бодня, О. І. Попов, В. В. Палагнюк, М. А. Бехарський, С. М. Кривенко **ІШЕМІЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОК ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ГОМІЛКИ І СТОПИ.** Вивчено вплив антисептиків на зростання мікроорганізмів і терміни реепітелізації шкіри у 42 пацієнтів з переломами кісток дистального відділу гомілки і стопи, ускладнених ішемічними пухирями (фліктенами), ґрунтуючись на даних висіваємості мікрофлори. Систематизовані результати досліджень відносно клініки ушкоджень і характеру фліктен, часу їх перебігу після переломів і результати терапії м'яких тканин. Істотних відмінностей в результатах лікування субепідермальних пухирів, використовуючи різні методи, нами не встановлено. Показники мікрофлори і терміни реепітелізації шкіри мають лише прогностичну значущість.

Ключові слова: перелом, антисептик, фликтен.

Summary. A. I. Bodnia, A. I. Popov, V. V. Palagnuk, N. A. Becharskij, S. N. Krivenco **ISCHEMIA OF SOFT TISSUES AT FRACTURES OF BONES OF DISTAL AREA OF SHIN AND FOOT.** Influence of antiseptics on the growth of microorganisms and terms of re-epithalisation of skin in 42 patients with fractures of bones of distal part of shin, complicated with ischemic bubbles was investigated with results of antibioticograms. Data of researches are identified in relation to the clinic of damages and character of phlyctenas to time of their development after fractures and results of therapy of soft fabrics. Substantial distinctions in the results of treatment of subepidermal bubbles, using different methods, were not found by us. The indexes of microflora's growth and terms of re-epithalisation of skin have only prognosis importance.

Key words: re-epithelisation, fracture, antiseptic.

Введение. В практической деятельности врача-травматолога как в стационаре, так и амбулаторных условиях ведущее место занимает профилактика и консервативное лечение осложнений, возникающих в результате повреждений костей стопы и голени. Нарастающий отек тканей с возникновением субэпидермальных пузырей (фликтен) довольно часто (7,3%) является неизбежным спутником не только переломов костей, но и тяжелых повреждений мягких тканей. Наличие поврежденных ишемических пузырей, которые возникают из-за отека кожи вследствие перелома, препятствует оперативному вмешательству, поскольку велика вероятность развития раневых осложнений [2]. Поэтому раннее оперативное лечение рассматривается как стандарт при лечении больных с неповрежденными субэпидермальными пузырями и без тяжелого отека мягких тканей [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинического развития ишемических осложнений и эффективность консервативного лечения фликтен в остром периоде повреждений костей дистального отдела голени и стопы путем применения современных антисептиков для подавления роста микроорганизмов.

Материал и методы. Материалом исследования был опыт лечения 42 пострадавших в течение последних двух лет, среди которых наблюдали переломы дистального метаэпифиза голени у 14 (33,3%) пациентов, переломы лодыжек – у 20 (47,6%), внутрисуставные переломы пяточной кости – у 8 (19,1%). Данный контингент больных в возрасте от 21 до 72 лет (мужчин – 30, женщин – 12) лечился в травматологическом отделении №1 ГКБ №11, являющейся базой кафедры травматологии и ортопедии Одесского НМедУ.

Мы в остром периоде травмы при клиническом исследовании пострадавших основывались на жалобы больного и объективные данные. При первичном обращении пациентов уточняли обстоятельства травмы, учитывая при этом механизм возникновения повреждений и особенности приложения травмирующей силы. Детально осматривали,

уделяя внимание наличию сосудистых нарушений, кровоподтёков, деформации заднего отдела стопы и ограничению движений в голеностопном и подтаранном суставах.

При поступлении пострадавших в клинику выявляли характер повреждения, степень смещения отломков и сочетание с другими повреждениями костей скелета, на основании чего определяли тактику дальнейшего лечения для каждого конкретного повреждения и план его проведения. В зависимости от повреждения 18 (42,8%) больным была наложена система постоянного скелетного вытяжения. У 24 (57,2%) после одномоментной ручной репозиции и наложения гипсовой повязки (шины) конечности придавали возвышенное положение на ортопедической подушке. Всем поступившим с целью профилактики трофических расстройств проводили противоотечную терапию, назначали ангиопротекторы (L-лизин эсцинат, флебодин, детролекс, трентал).

Нами клинически были идентифицированы три типа пузырей: заполненные серозной тканевой жидкостью (75%), серозно-геморрагической (9,5%) и геморрагической (15,5%). Для лечения фликтен были использованы следующие методы: аспирация жидкого содержимого пузыря в 12 (28,5%) случаях; вскрытие и удаление отслоившегося эпидермиса с последующим наложением традиционных марлевых повязок пропитанных антисептиками (хлоргексидин, димексид) – в 7 (16,7%); вскрытие и удаление отслоившегося эпидермиса с последующим наложением гидрогелевой повязки Aqua-Gel (Польша) – в 16 (38,1%); при спонтанном вскрытии фликтен поверхностная обработка антисептиками (бриллиантовая зелень, повидон-йод, октанисепт) без укрытия повязками – в 5 (11,9%); фликтены были интактными – в 2 (4,8%).

Динамику течения обсеменения и реэпителизации кожи контролировали по клиническим признакам и микробиологическим исследованиям. Всем больным с неповрежденными субэпидермальными пузырями проведен посев экссудата на микрофлору. Унифицированными микробиологическими методами изучали штаммы микроорганизмов и чувствительность к антибиотикам через 24, 48 и 72 часа после вскрытия фликтен.

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ данных наблюдений позволил отметить, что клиническая картина при переломах пяточной кости и дистального метаэпифиза голени была разнообразной и зависела от степени тяжести повреждения. Ведущей жалобой больных была боль в области пятки и голеностопного сустава, полная или частичная утрата осевой нагрузки на конечность. При осмотре больного выраженность изменений заднего отдела стопы и дистального метаэпифиза голени находилась в прямой зависимости от степени повреждения костей. Обращали внимание на отёчность стопы, которая появлялась не сразу и отмечалась вначале под лодыжками, затем распространялась на область голеностопного сустава, переходя на свод стопы достигала верхней трети голени. Из обследованных больных наибольшее нарастание отёка наблюдалось на 2–3 сутки после травмы. В течение последующей недели тенденции к уменьшению отёчности, как правило, не отмечалось. Через 2–3 недели после травмы наблюдалась пастозность тканей в области голеностопного сустава и стопы, больше выраженная в заднем её отделе. Выраженность кровоподтёка зависела от тяжести внутрисуставного повреждения и времени, прошедшего с момента травмы.

Нарушения крово- и лимфообращения с возникновением на стопе и голени субэпидермальных пузырей отмечены в различные сроки при поступлении пострадавших в стационар. Так, субэпидермальные пузыри развились у 9 больных, госпитализированных в первые сутки после повреждения, до 3 суток – у 22, в течение недели – у 10, позже одной недели – у 1.

Процесс санирования фликтен оказался эффективным относительно всех изученных методов. При сравнительном анализе нами не найдено существенного различия в используемых методах лечения фликтен. Стерильные посевы дали микробиологические исследования пунктата с прозрачной жидкостью. В одном случае высеян негемолитический стрептококк в пунктате, заполненным кровью, через трое суток после травмы.

Однако, качественная оценка воздействия антисептиков на рост микроорганизмов показала некоторые отличия. По данным нашего исследования микробиологические посевы в случаях спонтанного вскрытия пузырей продемонстрировали колонизацию патогенных микроорганизмов кожи вскоре после разрыва пузыря у больных, в лечении которых использовали антисептики – бриллиантовую зелень, хлоргексидин и димексид. В случаях,

где использовали повидон-йод и октанисепт исследования были с незначительным или без роста колоний микроорганизмов.

Применяя гидрогелевую повязку Aqua-Gel процесс реэпителизации кожи протекал значительно быстрее (7-10 дней), чем при использовании традиционных повязок (до 3 нед). Это позволило на несколько дней раньше провести запланированное лечение (иммобилизация циркулярной гипсовой повязкой или хирургическое вмешательство). После санации фликтен у 14 пациентов произведена открытая репозиция с внутренней фиксацией, чрескостный остеосинтез – у 8, остальные лечились в гипсовой повязке. Проблем с заживлением ран не возникло. Среди оперативных методов лечения чрескостный остеосинтез имел преимущества перед погружным, поскольку в раннем периоде позволял проведение спиц вне как поврежденных фликтен, так и при наличии неповрежденных.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии существенных различий в эффективности использования различных методов лечения ишемических повреждений кожи.

При лечении фликтен наиболее целесообразны для практического применения в остром периоде травмы повидон-йод и октанисепт, а для сокращения сроков реэпителизации кожи – гидрогелевая повязка Aqua-Gel.

Литература:

1. Giordano C.P. Treatment of fracture blisters: a prospective study of 53 cases. / C.P. Giordano, K.J. Koval // J. Orthop. Trauma. – 1995. – Vol. 9, №2. – P.171-176.
2. Varela C.D. Fracture Blisters: Clinical and Pathological Aspects. / C.D. Varela, T.K. Vaughan, J.B. Carr, B.K. Slemmons. // J. Orthop. Trauma. – 1993. – Vol.7, №5. – P.417-427.

УДК 618.14-089.87:612.662.9:612.013.004.12

З. В. Чумак, М. В. Шаповал, В. В. Артьоменко

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК З ХІРУРГІЧНОЮ МЕНОПАУЗОЮ

Одеський національний медичний університет

Реферат. З. В. Чумак, Н. В. Шаповал, В. В. Артеменко **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ.** В работе проводилось изучение показателей качества жизни и менопаузального индекса у женщин с хирургической менопаузой (гистерэктомия с овариэктомией – I группа, гистерэктомия с сохранением одного или обоих яичников или части яичника/ яичников – II группа, овариэктомия без гистерэктомии – III группа) и женщин климактерического возраста без хирургических вмешательств в анамнезе (IV группа). Было установлено, что любой вид хирургической менопаузы, независимо от объема оперативного вмешательства, снижает показатели качества жизни как физический, так и психический компоненты, а также осложняет течение менопаузального синдрома.

Ключевые слова: качество жизни, менопаузальный индекс, хирургическая менопауза, гистерэктомия.

Реферат. З. В. Чумак, М. В. Шаповал, В. В. Артьоменко **ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК З ХІРУРГІЧНОЮ МЕНОПАУЗОЮ.** В роботі проводилося вивчення показників якості життя та менопаузального індексу у жінок з хірургічною менопаузою