



Петрюк Б.В., Семенюк І.Є.
УДОСКОНАЛЕННЯ ВІЛЬНОЇ ШКІРНОЇ ПЛАСТИКИ ГРАНУЛЮЮЧИХ ПОВЕРХОНЬ

*Кафедра загальної хірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Вільна шкірна пластика гранулюючих поверхонь використовується у клініці досить часто. Іноді вона проводиться без достатніх показів через свою простоту виконання, коли лікар хоче допомогти природі загоїти гранулюючі рани чи виразки, які не мають реального шансу на спонтанну епітелізацію.

Основним показом до такої пластики є поширені гранулюючі поверхні, які виникли внаслідок глибокого дермального або ж субфасціального опіку. Їх можливо ліквідувати лише за допомогою великих епідермо-дермальних трансплантатів, взятих ручним або електричним дерматомом. Товщина клаптя залежить від показів до трансплантації та місця, звідкіля його беруть. Якщо вільну шкірну пластику виконують у випадку поширених глибоких опіків, коли задача полягає у ліквідації ранової поверхні без урахування майбутнього функціонального навантаження, потрібно брати тонкі клапті. Трансплантати товщиною близько 0,3-0,4 мм за хоруального стану грануляції приживаються добре та дають повноцінний шкірний покрив. Якщо є дефіцит ресурсів аутошкіри, слід брати клапті товщиною не більше 0,2 мм. Вони дуже добре приживаються, а донорські рани швидко загоюються. За крайньої потреби з цих місць можна повторно взяти трансплантат, щоб закрити значні за площею ділянки.

Чим більше механічне навантаження буде нести трансплантат, тим він повинен бути товстішим. Обираючи потрібну товщину клаптя слід врахувати і загальну товщину шкіри донорського місця. На спині, сідницях вона сягає 1,5-2 мм, а на внутрішній поверхні стегна, животі не перевищує 1 мм. Таким чином, клапоть товщиною 0,5 мм, взятий зі спини, включає третину товщі шкіри даної локалізації. Такий же клапоть, взятий із живота, буде включати половину товщі шкіри. Відповідно різною буде глибина донорських ран і терміни їх загоєння. Також має значення вік пацієнта. Відомо, що у жінок і дітей шкіра тонша.

Час від часу вільна шкірна пластика потрібна для закриття невеликих гранулюючих ран, які залишаються під час виконання різних варіантів невідільної шкірної пластики, якщо їх не вдалося ліквідувати місцевими тканинами. У такому випадку перевагу надають клаптям середньої товщини (0,4-0,5 мм), якщо механічне навантаження даної зони буде помірним.

Стан грануляції має важливе значення при виконанні трансплантації шкіри. Чим «молодше» грануляції, тим вони придатніші для пластики, тому слід намагатися її виконувати якомога швидше, до утворення рубцевої тканини. Яскраво-рожеві, дрібнозернисті соковиті грануляції, вільні від товстих нашарувань фібрину та залишків некрозу (з чітким відбитком сітки марлі) дають підстави сподіватися на хороше приживлення. Бліді чи навіть сірі, атрофічні скловидні грануляції мало придатні для шкірної пластики. Однак і надлишкові, набряклі, кровоточиві грануляції також є логаним сприймаючим середовищем для епідермо-дермального клаптя. Вказану обставину слід враховувати, проводячи вільну шкірну пластику. У таких випадках показано видалення патологічних грануляцій за допомогою гострої ложечки або їх зрізання скальпелем або дерматомом. Операцію вільної шкірної пластики проводять через 5-6 діб після появи нових грануляцій.

Проводячи вільну шкірну пластику безпосередньо на грануляції, слід враховувати давність самого патологічного процесу. У випадку наявності тривалий час існуючих ран під грануляціями обов'язково присутній товстий шар сполучної тканини, тобто рубець. Відомо, що рубці не є хорошою основою для сприйняття та подальшого живлення трансплантата, тому там, де є можливість, доцільніше висікти гранулюючу рану разом зі всією товщею рубця і виконати вторинну вільну шкірну пластику. Зрозуміло, що така лікувальна тактика потребує більш інтенсивної передопераційної підготовки хворого та адекватного знеболювання, а також збільшує травматичність оперативного втручання.

Полянський І.Ю.
**СПАЙКОВА ХВОРОБА ЯК ПРОЯВ ГЕНЕТИЧНО ДЕТЕРМІНОВАНИХ ПОРУШЕНЬ ПРОЦЕСІВ
РЕГЕНЕРАЦІЇ**

*Кафедра хірургії № 1
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Зростання кількості оперативних втручань на органах черевної порожнини закономірно супроводжується збільшенням частоти розвитку спайкової хвороби та спайкової кишкової непрохідності. Незадовільні результати лікування таких хворих спричинені недостатньо різнобічним дослідженням причин та механізмів розвитку формування спайок, що унеможливило прогнозування їх виникнення, не дає можливість розробити ефективні методи профілактики та лікування.

Нами проведений аналіз перебігу процесів регенерації після планових та ургентних оперативних втручань на органах очеревинної порожнини у пацієнтів, у яких післяопераційний період ускладнився виникненням спайкової кишкової непрохідності та у віддаленому періоді діагностована спайкова хвороба.

Проведені дослідження свідчать про суттєві зміни у таких пацієнтів вираженості процесів пероксидного окиснення, антиоксидантного захисту, фібринолізу, протеолітичної активності, особливо до високомолекулярних сполук. Виявлені вагомі зміни проявів неспецифічної резистентності та імунологічної



реактивності, метаболічних процесів формування сполучної тканини та її інградієнтів. Встановлені генетичні чинники, які зумовлюють порушення процесів формування сполучної тканини, що призводить до формування різних видів спайок. Виявлені деякі передумови виникнення спайкової непрохідності та запропонований комплексний підхід для профілактики цього ускладнення. Запропоновано патогенетично обґрунтовані методи профілактики спайкової хвороби та її ускладнень, що дозволить значно покращити результати лікування таких хворих.

Польовий В.П., Нурдінов Х.Н.*

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПІЗНІХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Кафедра загальної хірургії

*Кафедра догляду за хворими та ВМО**

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

В останні роки проблема гострих уражень травного тракту у постраждалих з важкими травмами набуває все більшої актуальності. На сьогоднішній день політравма ускладнюється кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, за даними різних авторів, у 18-25% випадків. Загальна летальність при ускладнених гострих ерозіях і виразках травного каналу залишається дуже високою і коливається від 35 до 95%, залежно від важкості травм та супутніх захворювань, віку постраждалого, кількості та локалізації виразок, важкості кровотечі. Тому метою дослідження було покращити результати лікування постраждалих з поєднаною абдомінальною травмою на основі вивчення та оцінки функціонально-морфологічних посттравматичних змін верхніх відділів шлунково-кишкового тракту шляхом удосконалення існуючих і запропонованих способів їх прогнозування розвитку, профілактики та лікування.

Основу даного дослідження склали клінічні спостереження 149 постраждалих, у яких після травми виникли ерозивно-виразкові ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у пізньому періоді перебігу травматичної хвороби ускладнилися кровотечею. У вибірку постраждалих, які в анамнезі хворіли на виразкову хворобу не брали. Усі пацієнти поділені дві групи: дослідну (78 постраждалих). Групу порівняння склав 71 постраждалий, ефективність лікування яких оцінювали ретроспективно за медичними картами з 2005 по 2015 рр. Особам дослідної групи лікування проводилося за власними розробками. За показаннями постраждалим проводили фіброгастроскопію. При цьому – у 12 потерпілих виникли гострі виразки та ерозії, які ускладнилися кровотечею. У половини від загальної кількості – 50% постраждалих мала перший ступінь крововтрати. Водночас тяжкі крововтрати і крововтрати середнього ступеня тяжкості склали половину випадків.

Найчастіше ерозивно-виразкові uszkodження локалізувалося у шлунку та дванадцятипалій кишці. Кількісно зустрічалися у вигляді поодиноких стресових виразок, численних стресових виразок та гострих ерозій. Стресові виразки та ерозії локалізувалися в тілі шлунка у 60% випадків. Більшість стресових виразок та ерозій були розташовані на задній стінці шлунка, у декількох постраждалих при численних uszkodженнях були уражені дві стінки, значна кількість uszkodжень локалізувалося на малій кривизні.

За отримання травми в ранні терміни перебігу травматичної хвороби відбувається утворення множинних дрібних вогнищ деструкції в зоні максимальної кислотопродуруючої або найбільш вираженого зниження рН, на фоні гіперацидного стану і запальної реакції слизової оболонки ділянки шлунку. Кислотно-пептичний фактор на даному етапі відіграє провідну роль в перші 10 діб перебігу травматичної хвороби та обумовлює розвиток 80% виразок, які виникають у даній категорії хворих.

У якості предиктора поважання стану постраждалих та розвитку ускладнень, скористались біологічним тестом з клітинним біосенсором *Dunaliella viridis*, що представляє собою культуру поодиноких рухливих клітин, розміром 15-60 мкм

Серед обстежуваних постраждалих шлунково-кишкові кровотечі розвинулась у 12 хворих. Езофагогастродуоденоскопія давала можливість оцінити локалізацію, розміри виразкового дефекту, а також ступінь кровотечі за класифікацією Forrest. Серед постраждалих 9 лікувалося консервативно, а 3 було прооперовано.

При дифузних ерозивно-виразкових кровотечах найбільш часто використовується поєднання інфільтрації та методу ендоскопічної піддіафрагмальної медикаментозної блокади блукаючого нерва. Застосування в якості основного способу в ланці комплексної гемостатичної терапії саме інфільтраційного способу обумовлена тим, що більшість постраждалих, які нами спостерігались мали розміри дефектів більше середніх з глибиною більше 1-2 мм.

На основі проведеного дослідження нами розроблений алгоритм лікувальної тактики ерозивно-виразкових уражень шлунково-кишкового тракту у постраждалих із травматичною хворобою. Ефективність первинного гемостазу при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту фізичними методами впливу в пацієнтів з кровотечами невиразкової етіології в постраждалих контрольної групи склала майже 90%. Рецидиви кровотеч спостерігались в 11% випадків. Тоді як поєднане застосування коагуляційно-інфільтративних методів з ендоскопічною піддіафрагмальною медикаментозною блокадою блукаючого нерва сприяє підвищенню якості гемостазу до 98 % у постраждалих і знизити частоту рецидивів захворювання до 8%.