Досягти стійкого приживлення алоклаптів практично неможливо. Лише існує можливість дещо пролонгувати їх перебування на рановій поверхні, тобто відтермінувати їх лізис. Із огляду на це, важливим є підбір донора шкіри. Він повинен мати ту ж групову належність, що й реципієнт. З іншого боку відомо, що чим вище в біологічному ряду знаходиться організм і чим він старше, тим складнішими є його імунні реакції. Чим молодше донор і реципієнт, тим слабшими антигенними властивостями володіють їх тканини. Отже, більш успішною алодермопластика може бути у дітей і осіб молодого віку, особливо, якщо вони перебувають у тяжкому стані внаслідок поширеного глибокого ураження. У таких потерпілих імунітет знаходиться у пригніченому стані. Бажано, щоб і донор шкіри був особою молодого віку, але не молодше 18 років, як і донор крові. Отже, у випадку поширених глибоких термічних опіків, коли немає реальної можливості ліквідувати уражені ділянки аутотрансплантатами, алодермопластика може стати операцією порятунку для опеченого. Як показують наші спостереження, її ефективність є вищою, порівняно з ксенопластикою ліофілізованими клаптями шкіри свині. При значній площі глибокого ураження може бути ефективною і доцільною комбінована аутоалодермопластика за Моулем-Джексоном. Дане оперативне втручання дозволяє одномоментно закрити значну площу опікових ран, а це означає зменшення втрат організмом потерпілого води, білку, мікроелементів і солей.

Щоб уникнути травматизації здорових осіб (донорів шкіри), варіантом алопластики могло б бути використання трупної свіжої або консервованої шкіри. Однак такий підхід є практично неможливим через певні юридичні аспекти. Окрім того, консервована алошкіра може спричиняти сенсибілізацію організму потерпілого. Відомо, чим довше зберігається шкіра, тим гірше її приживлення. З іншого боку, чим довше вона зберігається, тим інтенсивніше втрачає свої антигенні властивості. Тому, якщо такі трансплантати все ж приживають, тривалість їх існування буде вищою.

Оптимальним (простим і дешевим) способом зберігання шкірних клаптів є заморожування, але поступове. У випадку швидкого заморожування кристали льоду можуть пошкоджувати трансплантати. Термін зберігання клаптів у замороженому стані залежно від температури зберігання може становити 2-6 міс. Додаткове висушування шкіри дає можливість її зберігати впродовж кількох років.

Таким чином, основною задачею досліджень у питаннях алопластики шкіри є пошук способів подолання тканинної несумісності. Вирішити цю проблему можна двома шляхами: знизити імунологічну реактивність реципієнта або зменшити антигенну активність трансплантата. Більш виправданим є саме другий шлях подолання тканинної несумісності.

Петрюк Б.В., Попович О.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ПОГРАНИЧНИХ І ГЛИБОКИХ ОПІКІВ

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

Раніше місцеве лікування термічних опіків зводилося до висушування уражених ділянок (відкритий метод) або використання пов'язок із антисептиками (закритий метод) чи їх комбінації. Після цього переходили на мазеві пов'язки, добиваючись поступового очищення ран від некрозу. Поверхневі опіки загоювалися самостійно, а глибокі ліквідовували шляхом вільної шкірної пластики на гранулюючі рани. Таким чином процес лікування при поширених глибоких ураженнях затягувався на кілька місяців.

Проведено аналіз результатів лікування термічних опіків різної глибини. Встановлено, що у випадку епідермальних опіків методом вибору слід вважати використання ліофілізованих клаптів шкіри свині після попередньо проведеного туалету опікової поверхні. Вказаний метод дозволяє значно зменшити больові відчуття, уникнути тривалого висушування уражених ділянок чи щоденних болючих перев'язок. Застосування ліофілізованих ксенотрансплантатів шкіри свині дозволяє прискорити епітелізацію опікової поверхні на 2-3 доби навіть у випадку часткової мацерації клаптів чи їх незначного зміщення.

Поверхневі дермальні опіки потребують більш активної хірургічної тактики – проведення тангенційної некректомії. Утворену ранову поверхню також закривають ксеноклаптями шкіри свині, під якими відбувається епітелізація. Однак така лікувальна тактика неминуче супроводжується використанням наркозу та певною крововтратою. Відповідно у деяких потерпілих можуть бути протипокази до її застосування.

У випадку глибоких дермальних і субфасціальних опіків показана рання некректомія з одномоментною або відтермінованою АДП. На 2-4 добу після пошкодження за допомогою дерматома (при поверхневих дермальних опіках) чи скальпеля (у випадку глибокого ураження) видаляють некроз до життєздатних тканин. Утворені рани закривають ліофілізованими клаптями шкіри свині (при поверхневих дермальних опіках) або проводять вільну АДП (при глибоких опіках). В останньому випадку утворені ранові дефекти тимчасово закривають ліофілізованими ксенотрансплантатами. Така лікувальна тактика дозволяє швидко позбутися основного джерела інтоксикації – опікового некрозу. Таким чином абортується перебіг опікової хвороби, якщо вона має місце, адже практично відсутня гостра опікова токсемія та значно скорочується тривалість опікової септикотоксемії, тому що суттєво прискорюється ліквідація опікових ран.

Недоліком даної тактики є також необхідність використання загального знеболювання, власне операційна травма та досить значна крововтрата, що потребує адекватної компенсації компонентами чи препаратами крові. Окрім того, нерадикальне видалення некротизованих тканин погіршує приживлення трансплантатів. З огляду на це, можливі протипокази до проведення ранньої некректомії.

Таким чином, у вирішенні питання щодо місцевого лікування дермальних і субфасціальних опіків, повинен бути індивідуальний підхід.

Плегуца І.М., Сидорчук Р.І., Плегуца О.М.*, Хомко О.Й.*

ДЕЯКІ ЗМІНИ ЕНДОКРИННОЇ ГУМОРАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА РІЗНИХ ЛАНОК ГОМЕОСТАЗУ ПРИ ТРАВМАТИЧНІЙ ХВОРОБІ

Кафедра загальної хірургії,
*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти**
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

За травматичної хвороби (ТХ) змінюються різні ланки регуляції та метаболізму, однак чітких комплексних даних по даному аспекту розвитку ТХ немає. Це призводить до недооцінки тяжкості стану хворих, невірному вибору лікувально-діагностичної тактики і, відповідно, незадовільним результатам лікування.

Метою дослідження є вивчення окремих змін ендокринної гуморальної регуляції метаболічних процесів та різних ланок гомеостазу постраждалих з травмами скелетно-м'язової системи різного ступеня тяжкості.

Дослідження охоплює 87 хворих на різні форми травматичної хвороби, віком 18-76 років (45,03±5,37). Контрольну групу склали 23 пацієнтів, яким виконувались планові оперативні втручання, не пов'язані з патологією скелетно-м'язової системи. Усі хворі основної групи були розподілені на 3 групи відповідно тяжкості стану. Для вивчення порушень гормонально-месенджерної регуляції гомеостазу використовували визначення в плазмі крові трийодтироніну (Т-3), тироксину (Т-4), імунореактивного інсуліну та кортизолу методом радіоіммуного аналізу.

Встановлено, що травма будь-якої тяжкості супроводжується вірогідним зростанням концентрації кортизолу плазми крові в усіх постраждалих. Збільшення концентрації кортизолу плазми певною мірою відповідало ступеню тяжкості перебігу ТХ, однак достатньо вірогідної залежності між рівнем кортизолу і ступенем тяжкості ТХ, що дало б змогу рекомендувати цей параметр для діагностики та прогнозу, виявлено не було. Тільки у хворих з тяжким перебігом ТХ відмічали вірогідне зниження концентрації тироксину у плазмі крові. Найнижча концентрація спостерігалась на початковому етапі розвитку ТХ. Для контрольної групи хворих характерним було вірогідне зниження концентрації адреналіну на 3-тю добу післяопераційного періоду, яке у подальшому змінювалось тенденцією до нормалізації цього показника через 5-7 днів спостереження. Загалом, у групах спостереження, за виключенням групи хворих з тяжким перебігом ТХ, спостерігали тенденцію до зростання рівня адреналіну у плазмі крові.

Зниження концентрації адреналіну у хворих з тяжким перебігом ТХ і, певною мірою, хворих з ТХ середнього ступеня тяжкості можна розцінювати, як ознаку виснаження катехоламіндепонуючої функції еритроцитів. У таких хворих, на відміну від пацієнтів з помірною тяжкістю перебігу ТХ (субклінічна форма), доцільно застосовувати катехоламіни для компенсації зниження артеріального тиску та розвитку циркуляторних розладів. Нестабільна динаміка змін концентрації адреналіну при ТХ не дозволяє рекомендувати визначення цього показника з діагностичною або прогностичною метою.

Як засвідчують отримані дані, травматизація тканин та зумовлені цим патофізіологічні ефекти, призводять до активація найбільш важливих ланок систем організму, включаючи систему гормональної регуляції, призводять до широкої гами змін гомеостазу та функціонального стану практично усіх органів та систем організму.

Плегуца О.М., Сидорчук Р.І.*, Хомко О.Й., Плегуца І.М.

ЗМІНИ СИСТЕМНОГО ПРОТЕОЛІЗУ-ФІБРИНОЛІЗУ ЗА АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти,
*Кафедра загальної хірургії**
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Одним з найважливіших різновидів хірургічного сепсису є абдомінальний сепсис (АС). Водночас, окремі питання етіології, патогенезу, морфогенезу АС, розробки методів профілактики, лікувальної тактики при цій важливій патології залишаються поза увагою дослідників.

Метою дослідження є встановлення динаміки змін системи протеолізу-фібринолізу в умовах абдомінального сепсису.

Об'єктом дослідження були 47 дорослих щурів, середньою масою 253,19±12,68 г. АС моделювали за власною методикою (патент України №39686 А). Через 6-24-48-72 год. проводили евтаназію з дотриманням вимог біоетики і забирали матеріал для дослідження. Стан фібринолітичної активності (ФА) визначали на основі реакції з азофібрином. При цьому визначали сумарну (СФА), ферментативну (ФФА) та неферментативну фібринолітичну активність (НФА). Стан протеолітичної активності (ПА) щодо різних білкових фракцій оцінювали за реакцією з азоальбуміном, азоказеїном та азоколагеном.

У продовж доби спостерігали суттєве зниження протеолітичної активності плазми крові щодо основних білкових фракцій. Через 48 год. спостерігали незначне зростання ПА плазми відносно альбуміну та подальше зниження цієї активності у 3,38 рази відносно колагену. Зміни ПА високомолекулярних білків були