

материал был использован в клинике для активизации остеогенеза у 4 больных с псевдоартрозом ладьевидной кости запястья, 2 – с ложным суставом большеберцовой кости, 2 – с нестабильностью ацетабулярного компонента и дефектом костной ткани вокруг протеза после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, а также у 12 больных – с постостеомиелитическими дефектами. Высокие пластические и биостимулирующие свойства предложенного биоматериала, а также разработанная техника его применения позволяют использовать его как в клинических, так и в амбулаторных условиях при остеогенно дефицитных состояниях (ложные суставы, дефекты трубчатых и губчатых костей). Его можно ввести в зону повреждения инъекционным путем под визуальным или рентгенологическим контролем. В случае комбинированного применения “osteomatrix-forte” в виде пасты и пластин, его вводят по ходу операционного вмешательства. Применение биоматериалов в виде пасты или в комбинации с костными пластинами является эффективным способом стимулирования костной регенерации при псевдоартрозах и при дефектах костной ткани. Осложнений при применении биопрепарата в клинике не отмечено.

УДК 616.37-002.1-085.246.2

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

*А.С.Паляниця, О.І.Іващук, О.О.Карлійчук,
П.М.Воляннюк, Дарахмех Мохаммед*

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Мета дослідження – узагальнити діагностичні та лікувально-тактичні аспекти ведення хворих на гострий панкреатит (ГП). Хворі були розділені на 2 групи – основну та контрольну. Для діагностики ГП та диференціальної діагностики гострої хірургічної патології органів черевної порожнини у всіх хворих застосовували ультразвукове дослідження підшлункової залози (ПЗ) на 1-у добу з моменту поступлення хворого в стаціонар. У випадках неможливості уточнення діагнозу та при прогресуванні захворювання, незважаючи на проведення інтенсивної терапії, з метою діагностики форми ГП застосовували лапароскопію, що дозволяло виявити наявність ексудату з підвищеною активністю ферментів, більшою жировою некрозу, інфільтрації великого сальника, парезу поперечної ободової кишки, супутнього гострого холециститу. Незалежно від ступеня тяжкості перебігу ГП призначали загальноприйняте консервативне інтенсивне лікування. У комплексі лікування використовували сорбент “Ентеросгель” з опроміненням ПЗ та крові. У хворих основної групи вже на 2 добу знижувалася амілаза крові, діаста-

за сечі, трипсин крові, ліпаза та лужна фосфатаза, АСТ та АЛТ; швидше нормалізувалася температура тіла, зникали симптоми подразнення очеревини, відновлювалася моторно-евакуаційна функція кишечника. При цьому зменшувався біль, інтоксикація, що підтверджувалося характерними змінами в крові. У тих випадках, коли консервативна терапія неєфективна і наростають явища інтоксикації, показано оперативне лікування. Обсяг оперативного лікування залежить від характеру пошкодження ПЗ та суміжних тканин і органів.

УДК 616.381-002-053.2-083.98

ЛІКУВАННЯ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТУ В ДІТЕЙ

І.І.Пастернак

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Частота перитоніту, за даними різних авторів, сягає 25,6%, а летальність – до 33,1%. Одним з головних чинників у розвитку запалення очеревини є стан імунологічної резистентності організму. У зв'язку з цим виникає необхідність у комплексній оцінці систем імунного захисту, що дозволяє раціональніше проводити комплексну терапію, оцінювати перебіг та прогнозувати наслідки захворювання. Нами проведено комплексне лікування гострого запалення очеревини у дітей апендикулярного генезу. Застосування еферентних методів лікування (гіпербаричної оксигенації, плазмаферезу) сприяє зменшенню токсичного впливу, усуває імунодепресію, покращує гемодинамічні показники. Одним з важливих етапів лікування хворих на перитоніт є ефективна санація очеревинної порожнини. Проведена ультразвукова кавітація промивної антибактеріальної рідини, що сприяє очищенню поверхні очеревини від нашарувань, введенню лікарських речовин у тканини організму, прискоренню загоювання рани. Встановлено, що в дітей з перитонітом мають місце клініко-імунологічні зміни, ступінь вираженості яких залежить від поширеності гнійного процесу. Інтраопераційна ультразвукова кавітація черевної порожнини, еферентні методи, медикаментозні імуностимулятори покращують перебіг гострого перитоніту, знижують летальність і частоту ускладнень.

УДК 616-001.17-0.85

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАЛИШКОВИМИ РАНАМИ ПІСЛЯ ОПІКІВ

Б.В.Петрюк, Р.І.Сидорчук, Т.А.Петрюк

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

У лікуванні потерпілих із поширеними опіками після етапних автодермо-, автоало- або автоксенопластик,

коли основна поверхня гранулюючих ран усунена, виникає проблема так званих залишкових ран (ЗР). Враховуючи те, що приживлення епідермодермальних клаптів з кожною наступною пластикою погіршується, усунення ЗР є доволі проблематичним. З огляду на це, у 14-ти обпалених із ЗР загальною площею 2-5% поверхні тіла після шкірної пластики нами застосована гальванізація постійним струмом густиною 0,025-0,03 мА/см² за допомогою апарата “Поток-1”, по 60-90 хв 1-2 рази на добу впродовж 7-10 діб. Під впливом гальванізації видовий склад мікрофлори ЗР істотно не змінювався. До проведення гальванізації число мікробних тіл *S. aureus* коливалося у межах 4,6-5,8 Іг КУО/г тканини, *E. coli* – від 4,0 до 6,1 Іг КУО/г тканини, *P. aeruginosa* – від 3,9 до 6,2 Іг КУО/г тканини. Через 3 сеанси гальванізації ми не виявили значного зниження контамінації ЗР. Через 7 сеансів число мікробних тіл *S. aureus* у ранах зменшилося в 14 разів, *E. coli* – в 3,5 рази, *P. aeruginosa* – в 4,1 рази. До початку гальванізації в мазках-відбитках із ЗР спостерігався запально-регенераторний тип цитограми. Нейтрофільні гранулоцити становили 75-80% усіх клітинних елементів, з них біля 35% мали ознаки дегенерації. Число макрофагів не перевищує вало 4-5%, фібробластів – 3-4%. Фагоцитоз незавершений, нерідко виявляються позаклітинно розміщені мікроорганізми, які часом утворювали скупчення. Через 3 сеанси гальванізації починається крайова епітелізація, завдяки чому ЗР зменшуються в розмірах, грануляції очищаються від залишків некрозу та нашарувань фібрину. Через 7 сеансів гальванізації дрібні ЗР загоюються, великі стають готовими до пластики. Така підготовка ран до операції забезпечує повне приживлення трансплантатів. У потерпілих без гальванізації усунення ЗР затягується на кілька тижнів, що збільшує ймовірність виникнення септичних ускладнень та опікового виснаження.

УДК 616.36-002

ТОРАКОСКОПІЧНА НЕЙРОФРЕНІКОТОМІЯ

І.Ю.Полянський

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Необхідність у денервації діафрагми виникає при різних патологічних процесах у плевральній порожнині. Найбільш часто цей метод використовують для усунення залишкової порожнини при пульмонектомії, ателектазу легень при деструктивних формах туберкульозу, при судомних скороченнях діафрагми тощо. Методи денервації діафрагми, в основному, базуються на різних видах блокади шийного відділу діафрагмальних нервів. Більш ефективним є пересікання нервів у плевральній порожнині, але торакотомія, окрім високої травматичності, може

призвести до ускладнень. Базуючись на виявлених закономірностях топографії діафрагмального нерва, нами розроблено малоінвазивний спосіб нейрофренікотомії з використанням відеоторакокопичного оснащення. Під ендотрахеальним наркозом у положенні хворого на спині у VII-VIII міжреберному проміжку по середній пахвовій лінії у плевральну порожнину вводять перший троакар, через який вводять відеокамеру. Інсуфляцією вуглекислого газу колабують легеню. Другий троакар вводять через IV міжреберний проміжок по передній пахвовій лінії. За допомогою дисектора виділяють *lig. pericardiophrenica* посередині між перикардом та діафрагмою. Надлишок жирової клітковини відділяють від зв'язки коагуляцією. Отвір у зв'язці повинен пропускати браншу кліпатора. На зв'язку накладають дві кліпси, між якими її пересікають. Доказом повного пересічення діафрагмального нерва є релаксація купола діафрагми і відсутність її скорочень при подразненні діафрагмального нерва проксимальніше пересіченої зв'язки. Операцію закінчують дренажуванням плевральної порожнини через один з троакарів. Місце введення другого зашивають герметичним швом. Метод використаний в клініці у хворого з судомними скороченнями діафрагми з вираженим клінічним ефектом. Топографічна обгрунтованість та анатомічна доступність торакокопичної нейрофренікотомії з використанням відеооснащення, відсутність ускладнень дозволяють рекомендувати цей метод для широкого клінічного використання.

УДК 617.55+616.34-007.43-031:611.9573-089

СПОСІБ ЗАПОБІГАННЯ РЕЦИДИВУ ПАХВИННИХ ГРИЖ

Р.М.Портус, В.А.Могильний

*Запорізька державна медична академія
післядипломної освіти*

Аналіз оперативних втручань з приводу рецидивних пахвинних гриж у 82 хворих показав, що рецидиви виникають внаслідок руйнування тканин, використаних для пластики пахвинного каналу. М'язи живота, пришиті з натягом до пахвинної зв'язки під час пластики пахвинного каналу, атрофуються і заміщуються сполучною тканиною, розривають пахвинну зв'язку або відриваються від неї. Щоб запобігти перерозтяганням тканин під час пластики пахвинного каналу, необхідно клапоть апоневроза зовнішнього косоного м'яза живота пришивати до пахвинної зв'язки без натягу. У випадках, коли відстань між ними велика, медіальний клапоть апоневроза треба пришивати вище пахвинної зв'язки до латерального клаптя. Якщо запобігти натяганням тканин неможливо, то потрібно відшарувати латеральний клапоть зовнішнього косоного м'яза живота,