



Нами запропоновано «Спосіб селективної канюляції холедоха» (патент України на корисну модель № 117568), що має на меті покращення результатів виконання голкової папілотомії при неможливості селективної канюляції холедоха та при повторних випадкових канюляціях головної панкреатичної протоки шляхом зменшення ризику виникнення специфічних ускладнень, зокрема перфорації дванадцятипалої кишки (ДПК) та гострого панкреатиту.

За даними центру ендоскопічної хірургії м. Чернівці проаналізовано 201 ендобіліарне втручання. У 19 хворих із складною анатомічною будовою сосочкової ділянки використано запропоновану техніку селективної канюляції холедоха. За нашими даними використання запропонованого способу ендоскопічної папілосфінктеротомії має ряд переваг, що вигідно відрізняють його від запропонованих раніше. По-перше, запропонована методика дозволяє виконувати ендоскопічні транспапілярні втручання в один етап не очікуючи зменшення ознак запалення в ділянці ВДС після невдалих спроб селективної канюляції холедоха. Відмічено зменшення кількості повторних операцій у 1,9 рази. По-друге, глибину виконання супрапапілярної холедоходуоденостомії оцінюють по залишеному провіднику, що зменшує ризик перфорації ДПК та гострого панкреатиту. Дані ускладнення не спостерігалися в прооперованих запропонованим методом хворих. По-третє, немає необхідності додаткового стентування протоки підшлункової залози, що зменшує тривалість та вартість не тільки операції, а й самого лікування. Нами відмічено зменшення ліжко-дня у прооперованих хворих в 1,5 рази.

Отже, запропонований спосіб дає змогу попередити пошкодження протоки підшлункової залози, знижує ймовірність гострого панкреатиту та перфорації дванадцятипалої кишки завдяки виконанню підконтрольній оку супрапапілярної холедоходуоденостомії орієнтуючись на провідник залишений в протоці підшлункової залози. Це дозволяє збільшити частоту селективної канюляції холедоха, зменшити тривалість та вартість оперативного втручання.

Петрюк Б.В.

ЛІКУВАННЯ ДОНОРСЬКИХ РАН ПІСЛЯ ВІЛЬНОЇ ШКІРНОЇ ПЛАСТИКИ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад

«Буковинський державний медичний університет»

Потреба у вільній шкірній пластичі виникає у випадку будь-якого достатньо значного за розмірами дефекту шкіри, коли спонтанна епітелізація з країв та рубцеве стягнення дна не можуть вирішити проблему ліквідації ранової поверхні. Таке трапляється при механічних пошкодженнях, ранах, які утворилися після відторгнення некротизованих тканин, трофічних виразках, а також у випадку глибоких опіків. Операція вільної шкірної пластики супроводжується утворенням донорських ран на рівні епідермісу та сосочків дерми. Вони вирізняються доволі інтенсивним болем, відчуттям стягнення і свербіжем. Заподіяні дерматомом донорські рани можна вести відкритим методом, вкривши ранову поверхню двома шарами стерильної марлі та постійно висушуючи пов'язку за допомогою тепловентилятора чи фена. Це найпростіший спосіб, однак він має низку недоліків.

Ефективним методом лікування донорських ран є використання ліофілізованих ксенотрансплантатів шкіри свині. Після зняття епідермо-дермального клаптя з метою зменшення кровотечі з донорської рани доцільно наложити стерильну серветку і зсирити її натрію хлоридом із адреналіном у співвідношенні 4:1. Забезпечивши гемостаз, на рану накладають ксенотрансплантат, ретельно розправляючи його по контуру рани та закриваючи її повністю з напуском до 0,5-1 см. Його попередньо замочують у розчині антисептика (декасан, хлортексидин, мірамістин тощо). При цьому значно зменшуються больові відчуття, немає потреби утримувати донорське місце постійно відкритим і висушувати його, що є особливо проблематичним у дітей. Окрім того, як показали наші спостереження за перебігом ранового процесу, на 3-4 доби прискорюється епітелізація донорських ран. Однак така лікувальна тактика є доволі коштовною. Крім того, під ксеноклаптем можуть утворюватися дрібні гематоми, тому на наступний день після операції виконують контрольну перев'язку, під час якої, за потреби, видаляють скопичення крові.

За даними літератури, бранолінд із перуанским бальзамом сприяє швидкому заживленню ран, прискорює процес відтоку ексудату, попереджує інфікування. Пов'язка не перешкоджає циркуляції повітря та прискорює регенерацію тканин. Із огляду на вищезазначене, пропонуємо наступний спосіб лікування донорських ран. Після зняття епідермо-дермального клаптя та забезпечення ретельного гемостазу на донорську рану накладають пов'язку «Бранолінд», закриваючи її повністю з напуском не менше 1 см. При цьому краще користуватися серветками розмірами 20×10 см, адже їх можна легко розкрити за потреби. Її фіксують марлевым і еластичним бинтом. При цьому також значно зменшуються больові відчуття, немає потреби утримувати донорське місце постійно відкритим. Також під такою пов'язкою не утворюються гематоми. Як показали наші спостереження, епітелізація донорських ран прискорюється на 2-3 доби. Таким чином, пов'язка «Бранолінд» та її подібні матеріали можуть вважатися непоганою альтернативою ксенотрансплантатам шкіри свині в лікуванні донорських ран після вільної шкірної пластики.