



Петрюк Б.В., Семенюк І.Є.
ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ДЕФЕКТІВ ШКІРНИХ ПОКРИВІВ

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

Ранові дефекти шкірних покривів полі етіологічні: вони можуть виникати у випадку поранень під впливом механічного чинника, внаслідок змертвіння шкірних покривів у результаті дії механічного, термічного чи хімічного агента, порушень гемодинаміки та мікроциркуляції. У переважній більшості випадків поширені ранові дефекти не мають змоги самостійно епітелізуватися. Відповідно виникає потреба у проведенні шкірної пластики. Пластика місцевими тканинами одноосібно може вирішити проблему у випадку відносно невеликих дефектів. У інших випадках можлива її комбінація з вільною шкірною пластикою. Однак поширені ранові поверхні, які виникли внаслідок глибокого дермального або ж субфасціального опіку чи механічного впливу можливо ліквідувати лише за допомогою великих епідермо-дермальних трансплантатів, взятих ручним або електричним дерматомом.

Товщина клаптя визначається показами до трансплантації та донорського місця, тобто ділянки, з якої його беруть. У випадку поширених глибоких опіків за дефіциту ресурсів аутошкіри, слід брати клапті товщиною не більше 0,2 мм. Вони дуже добре приживають, а донорські рани швидко загоюються. За крайньої потреби з цих місць можна повторно взяти трансплантат, щоб закрити значні за площею ділянки. В інших випадках, 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 хорошого стану грануляцій приживають добре та дають повноцінний шкірний покрив.

Стан грануляцій 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. Біліди чи навіть сірі, атрофічні скловидні грануляції мало придатні для шкірної пластики. Однак і надлишкові, набряклі, кровоточиві грануляції також є поганим 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.

Загалом, оперативне лікування ранових дефектів, зокрема й гранулюючих ран, потрібно виконувати у найкоротші терміни. Адже при цьому вирішується потрібна задача: ліквідація дефекту як такого (не лише косметичного, але й функціонального); припинення ексудації і, відповідно, втрат через рану поживних речовин; усунення воріт для проникнення інфекції, у першу чергу внутрішпитальної. Ліквідація рани у найкоротший термін певною мірою профілактує патологічне рубцювання.

Полянський І.Ю.
ГЕНЕТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В ХІРУРГІЇ ЯК ОСНОВА ПЕРЕХОДУ ВІД ДОКАЗОВОЇ ДО
ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ

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

Принципи доказової медицини, що базуються на виборі методів та засобів лікування, які зарекомендували себе як найефективніші за порівняльного застосування у великій когорті пацієнтів, дали можливість обґрунтовано визначати стандарти лікувальної тактики з очікуваним позитивним результатом. Разом з тим, у значній частки пацієнтів досягти цього не вдається. Це зумовлено індивідуальними особливостями ініціації, розвитку та перебігу різних патологічних процесів, які мають генетичну детермінацію. Визначення цих предикторів дають можливість не тільки зрозуміти відмінності проявів захворювання, а й прогнозувати характер його перебігу, що спонукає до зміни існуючих стандартів лікування з метою попередження розвитку різних ускладнень та цілеспрямованої їх корекції. Це складає підґрунтя для персоналізованої медицини, яка базується на виборі лікувальної тактики з врахуванням індивідуальних особливостей характеру патологічних процесів та прогнозування їх перебігу.

Нами у комплексне обстеження пацієнтів з різними хірургічними захворюваннями, окрім стандартних, рекомендованих доказовою медициною, клінічних, лабораторних та інструментальних методів включені генетичні дослідження, направлені на оцінку генетичних передумов виникнення, розвитку та прогресування