

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

привести до ускладнень. Базуючись на виявлених закономірностях топографії діафрагмального нерва, нами розроблено малоінвазивний спосіб нейрофренікотомії з використанням відеоторакокопічного 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 торакокопічної 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,