

— 71 хворого з ішемією верхніх кінцівок (35) і синдромом Педжетта — Шреттера (36);

— 64 хворих з оклюзійно—стенотичним ураженням ниркових артерій (32) і екстравазальною компресією лівої ниркової артерії (32);

— 60 хворих з хронічною постемболічною (30) і венозною (30) легеневою гіпертензією;

— 40 хворих з патологією черевної частини аорти (20) і нижньої порожнистої вени (20);

— 28 пацієнтів з ішемічною хворобою органів таза (14) і венозною гіпертензією в органах малого таза (14).

Обов'язковими методами дослідження були: ультразвукова доплерографія, пряма й непряма ангиографія, дуплексне сканування артерій і вен, комп'ютерна чи магніторезонансна томографія внутрішніх органів.

Хворі розподілені на 2 групи: з хронічною ішемією (ХІ) і хронічною недостатністю венозного відтоку (ХНВВ). Розроблені критерії критичної ішемії і характеристик венозного відтоку для всіх судинних басейнів, у 350 хворих відзначене поєднання артеріального і венозного ураження та ізольованих трофічних змін, зумовлених венозною гіпертензією. Розроблений алгоритм діагностики ХІ та ХНВВ ор-

ганів і тканин на основі вивчення діагностичної цінності інвазивних та неінвазивних методів дослідження.

Результатом проведених досліджень було опрацювання уніфікованої схеми патогенезу трофічних змін при ХІ та ХНВВ органів і тканин.

Відповідно до наведеної схеми, основним компонентом комплексу засобів корекції патологічних змін слід вважати препарати вітчизняного виробництва: ксилат, реосорбілакт, сорбілакт. Реосорбілакт — комплексний інфузійний розчин на основі багатоатомного спирту та натрію лактату. Він має реологічну, протишокову, дезінтоксикаційну, дезагрегантну дію, покращує мікроциркуляцію та перфузію тканин. Реосорбілакт рекомендують застосовувати в передопераційній підготовці та післяопераційному періоді, при тромбооблітеруючих захворюваннях судин. Реосорбілакт застосований нами у передопераційній підготовці в дозі 400 мл (6 — 7 мл/кг), крапельно, одноразово та після операції з розрахунку 8 — 10 мл/кг на одну інфузію, крапельно, через день. На курс лікування 5 інфузій. Використання зазначених препаратів сприяло значному покращанню гемодинаміки та мінімізації трофічних розладів як артеріального, так і венозного походження.

РАННЄ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОТЕРПЛИХ З ПРИВОДУ ДЕРМАЛЬНИХ ПОВЕРХНЕВИХ ОПІКІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

В. В. Нагайчук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Опіки голови та шиї можуть бути ізольованими або поєднуються з опіками іншої локалізації. Одномоментне пошкодження кількох периферійних аналізаторів (зору, слуху, нюху, ротової порожнини), яке часто поєднується з опіками дихальних шляхів, відсутність єдиної тактики лікування дермальних поверхневих опіків, висока частота незадовільних естетичних і функціональних результатів лікування свідчать про актуальність проблеми якомога швидшого відновлення шкіри голови та шиї.

В останні роки в Україні з'явилися публікації, присвячені ранньому хірургічному видаленню некротизованих тканин з одномоментним закриттям операційних ран голови та шиї з використанням ліофілізованих ксенодермотрансплантатів. Проте, деякі хворі сьогодні фінансово нездатні їх закупити, що спонукало нас до пошуку альтернативних, економічно значно вигідніших та не менш ефективних способів лікування.

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування хворих з приводу дермальних поверх-

невих опіків голови та шиї шляхом їх швидкого загоєння після раннього хірургічного видалення некротизованих тканин в умовах вологої камери з використанням біогальванізації.

Проведені клінічні спостереження за 35 потерпілими з дермальними поверхневими опіками голови та шиї, які розподілені на основну (20) та контрольну (15) групи. В основній групі після раннього хірургічного видалення ділянок опікового некрозу шляхом дермабразії чи з використанням електричного дерматома до "кров'яної роси", надійного забезпечення капілярного гемостазу рани лікували в умовах вологої камери з застосуванням біогальванізації. В контрольній групі операційні рани закривали ліофілізованими ксенодермотрансплантатами. Ефективність лікування оцінювали за даними мікробіологічних досліджень, шляхом вивчення ранових відбитків, строків епітелізації, естетичних і функціональних результатів.

Опікові рани голови і шиї первинно інфіковані сапрофітною грамположитивною мікрофлорою в моно-

культури, зокрема: *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. faecalis*. Після ранньої хірургічної некректомії з подальшим лікуванням операційних ран в умовах вологої камери з використанням біогальванізації кількість хворих, у яких виявляли мікрофлору, була в 1,7 разу менше, ніж у контрольній групі. В основній групі в ранах на 12,4% рідше виявляли сегментоядерні нейтрофільні гранулоцити, на 8,9% частіше — лімфоцити, на 4,5% — моноцити. Строки епітелізації ран в основній групі були в 1,8 разу менші, ніж у контрольній.

Більш високий бактерицидний ефект, який спостерігали в основній групі, вірогідно, зумовлений антимікробною дією біогальванічного струму. Зменшення тривалості лікування хворих основної групи пов'язане, з одного боку, з фізіологічними умовами лікування ран у вологій камері, з іншого боку, пози-

тивним нормалізуючим впливом біогальванічного струму на функціональну діяльність калій—натрієвих насосів, зокрема, та покращанням клітинного метаболізму, загалом.

Естетичні та функціональні результати були хорошими в обох групах. Разом з тим, зменшення строків загоєння дермальних поверхневих опікових ран голови та шиї в поєднанні з мінімальними фінансовими витратами і хорошими естетичними та функціональними результатами дозволяють рекомендувати запропонований спосіб лікування до широкого впровадження в практику опікових відділень.

Запропонований метод економічний, високоефективний, гіпоалергенний, простий у використанні, доступний у кожному стаціонарі.

ФІКСАЦІЯ СІТЧАСТИХ АУТОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТІВ ДО ГРАНУЛЮЮЧИХ РАН З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДУ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН

В. І. Нагайчук, С. М. Бевз, О. А. Дишловий

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Успіх відновлення шкіри при використанні сітчастих трансплантатів у хворих з приводу дермальних глибоких поширених опіків залежить від багатьох чинників, зокрема, надійної їх фіксації до гранулюючих ран.

В останній час набуває широкого впровадження в практику спосіб електрозварювання біологічних тканин, розроблений групою вчених Інституту електрозварювання ім. Є. О. Патона та співробітниками деяких хірургічних клінік України, насамперед, м. Києва. В рамках міжнародного проекту "Зварювання живих біологічних тканин", здійсненого за програмою Міжнародної асоціації "Зварювання" і за фінансової підтримки компанії SCMG (США) розроблене устаткування та проведено апробацію деяких хірургічних методів. Результатом цих наукових досліджень стала розробка у 1993 р. прибора, який дозволяє зварювати живі тканини способом біполярної коагуляції, а також спеціалізованого зварювального хірургічного комплексу ЕК 300 МІ, який з 1998 р. почали впроваджувати у клінічну практику.

Сьогодні електрозварювання живих м'яких тканин з успіхом використовують в таких галузях хірургії, як абдомінальна (в тому числі лапароскопічна) та торакальна, онкологія, урологія, гінекологія, проктологія, нейрохірургія, хірургія щитоподібної залози, травматологія та ортопедія.

Мета роботи — вивчити можливості та перспективи застосування методу електрозварювання аутодермотрансплантатів, ксенодермотрансплантатів та їх фіксації до гранулюючих ран.

В опіковому відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова метод електрозварювання використовують з 2007 р. Проведене спостереження за 42 хворими, з яких у 22 — здійснене зварювання клаптів ксеношкіри один до одного та до грануляцій. Зварювання аутошкіри та фіксацію її до гранулюючих ран проведено у 20 хворих. Ефективність електрозварювання біологічних тканин оцінювали за кінцевими результатами лікування.

Встановлено, що розроблений співробітниками Інституту електрозварювання ім. Є. О. Патона спосіб електрозварювання м'яких тканин внаслідок електрофізіологічних властивостей шкіри в комбустіології неефективний.

Нами розроблені і запатентовані інструменти та способи електрозварювання клаптів ауто-, ксеношкіри один з одним та їх фіксації до гранулюючих ран.

Високочастотний зварювальний імпульс невисокої напруги при дії на живу тканину пошкоджує клітинні мембрани та спричиняє їх часткове руйнування, при цьому у міжклітинний простір виходить рідина, багата на білок, еластин та колаген. Під час