

Нагайчук В.І., В.Г. Макац, В.В. Нагайчук БІОАКТИВАЦІЯ ЛІОФІЛІЗОВАНИ КСЕНОДЕРМО ТРАНСПЛАНТАТІВ ТА ЇХ ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ХВОРИМ З ПОВЕРХНЕВИМИ ОПІКАМИ

Завдяки сучасним методам і принципам лікування, впровадженню у практику нових препаратів для парентерального введення, засобів місцевої дії, тимчасових замінників шкіри, досягнуто позитивного ефекту в лікуванні опікової хвороби [4, 9].

Разом з тим лікування опечених все ще тривале. Навіть при сприятливому перебігу опікової хвороби процес лікування триває не менше 1–2 місяців з часу отримання опіків [2].

Запальний процес, який супроводжує опікові рани, веде до розвитку на дні рани грубого фіброзного шару, який перетворюється в рубцеву тканину, товщина якої зростає по мірі тривалості існування рани [1].

Утворення товстого фіброзного шару призводить до ретракції пересаджених вільних шкірних трансплантатів, що в свою чергу веде до формування грубих рубцевих деформацій, контрактур, гіпертрофічних рубців [6,7].

Традиційна методика лікування потерпілих з термічною травмою, яка розрахована на самовільне відторгнення опікового струпа і поетапну безкровну некректомію, недостатньо ефективна в основному із-за тривалого процесу лікування, що приводить до генералізації інфекційного процесу, ранового виснаження та найбільш спотворюючих рубців [10]. які найчастіше розвиваються на місцях поверхневих опіків з глибиною ураження ПІА ст. [3,5].

В останні роки в комбустіології отримали загальне визнання ліофілізовані ксенодермотрансплантати [8], які використовують з метою тимчасового закриття опікових ран.

В той же час. публікацій по пластичі опікових ран попередньо біо-активованими. з метою мобілізації біофізичних процесів, ксенодермот-рансплантатами, в доступній нам літературі ми не зустрічали. Матеріали та методи.

Порівняльному аналізу були піддані результати лікування опіків у 380 пацієнтів Вінницького опікового відділення. 143 пацієнтам на 2-3 добу проводили ранню некректомію і закривали рани ліофілізованими та біо-активованими ксенодермотрансплантатами (основна група). Біоактивацію ліофілізованих ксенодермотрансплантатів проводили за 30 хв. до їх трансплантації з допомогою пристрою (патент 506 Мг 1-шу контрольну групу склали 87 пацієнтів, рани яких після ранньої некректомії (2-3 доба) закривали ліофілізованими ксенодермотрансплантатами. 2-гу контрольну групу склали 150 хворих, некректомію яким проводили на 6-10 добу з моменту травми з послідуною самостійною епітелізацією поверхневих ран.

В процесі лікування за хворими велось клінічне спостереження, загально прийняте лабораторне обстеження. Хворі всіх груп отримували прийняту у відділенні медикаментозну терапію. Аналізували загальний стан хворих (сон, апетит, рухливість), тривалість функціонування ксенодермотрансплантатів на ранах, середнє перебування хворого на ліжку. Результати досліджень та їх обговорення.

Метою нашого дослідження є покращення результатів лікування хворих з поверхневими опіками шляхом проведення на 2-3 добу після травми некректомії з одночасним закриттям рани ліофілізованими та біоактивованими ксенодермотрансплантатами, 143 пацієнтам основної групи, віком від 6 місяців до 70 років проводили тангенціальну некректомію з одномоментним закриттям рани ліофілізованими та біоактивованими ксенодермотрансплантатами. 1-шу контрольну групу склали 87 аналогічних хворих, некректомія яким також проводилась на 2-3 добу з одночасним закриттям ран ліофілізованими ксенодермотрансплантатами без проведення біоактивації. В 2-гій контрольній групі лікування проводилось традиційним методом - некректомія на 6-10 добу з моменту травми з послідуною самостійною епітелізацією поверхневих ран.

Аналізували загальний стан хворих (сон. апетит, рухливість). Тривалість функціонування ксенодермотрансплантатів на ранах, середнє перебування хворого на ліжку. Авторами проведений аналіз результатів

раннього оперативного лікування хворих з поверхневими опіками з одночасним закриттям операційних ран ліофілізованими та біоактивованими ксенодермотрансплантатами (основна група), ліофілізованими ксенодермот-рансплантатами без біоактивації (1-ша контрольна група) та хворі, лікування яким проводилось традиційним методом—некректомія на 6-Ю добу з моменту травми з послідуною самостійною епітелізацією ран (2-га контрольна група).

Згідно табл.1, порушення сну в основній групі було незначним. На другу добу після оперативного втручання він приходив до норми у пацієнтів з опіками до 30% поверхні тіла. У хворих з опіками 30% поверхні тіла та більше нормалізація сну спостерігалась на 3-4 добу. Порушення сну у хворих 1-шої контрольної групи було помірним. Нормалізація наступала на 2-3 добу після травми у пацієнтів з опіками до 30% поверхні тіла і на 3-4 добу у хворих з опіками 30% поверхні тіла та більше. Порушення сну у хворих 2-гої контрольної групи були виражені, особливо у хворих з опіками 20-30% поверхні тіла та більше. Нормалізація сну у них наступала на 8-Ю добу з моменту травми. Апетит, як в основній так і в 1-шій контрольній групах, нормалізувався на 1-2 добу після ранньої некректомії. Разом з тим, апетит у хворих 2-гої основної групи був знижений або відсутній на протязі 10-12 дб після травми. Візуально ксенодермотрансплантати на хворих основної групи лежали краще, були м'якшими, що давало можливість хворим рухатись та обслуговувати себе на 2-3 добу після оперативного лікування. Хворі 2-гої контрольної групи із-за некрозу, пов'язок на ранах та вираженої больової імпульсації, особливо при поширених опіках, були сковані, малорухливі, та вимагали догляду за собою. Рухливість у хворих 2-гої контрольної групи відновлювалась на 18-20 добу з моменту травми. Тривалість функціонування ксенодермотрансплантатів на ранах у хворих основної групи 14,3+0.5 л/дня проти 16,6+0,7 л/дня у хворих 1-шої контрольної групи. РО.05. Середнє перебування на ліжку хворих основної групи склало 15,1[±]0,9 л/дня проти 17,9:4.1 л/дня у хворих 1-шої контрольної групи (P>0,05). та 21,8+2.2 л/дня у хворих 2-гої контрольної групи, P<0,05. Функціональні та косметичні результати без сумніву були значно кращими у хворих основної та 1-шої контрольної груп.

Таблиця 1. Ефективність використання ліофілізованих та біоактивованих ксенодермотрансплантатів.

№ п/п	Досліджувані тести	Основна група (п-143)	1-ша контрольна група(п-87)	2-га контрольна група (п- 150)
1	Сон	*	**	***
2	Апетит	*	*	***
3	Рухливість	*	**	***
4	Тривалість функціонування ксенодермотрансплантатів (дні)	14,3	16,6	-
5	Середнє перебування хворого на ліжку (л/дні)	15,1	17,9	21,8

Де: * – зміни незначні. *** – зміни помірні, – зміни виражені. Висновки.

1. Традиційний метод лікування поверхневих опіків не здатний на сьогодні суттєво поліпшити результати лікування опечених.
2. Раннє оперативне лікування хворих з поверхневими опіками значно покращує перебіг опікової травми, скорочує терміни лікування, поліпшує косметичні та функціональні результати.
3. Некректомія на 2-4 добу після травми з використанням біоактивованих ксенодермотрансплантатів за рахунок мобілізації в них біофізичних процесів дозволяє досягти найкращих результатів лікування опечених.

Джерела та література

1. Азолов В.В., Дмитриев Г.И., Жегалов В.А. й др. Новая концепция организации реабилитации обожженных // Травматология и ортопедия России. –1996. – №1. – С. 66-69.
2. Бігуняк В.В., Повстяний М.Ю., Волков К.С. та ін. Використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів у комбустиології // Методичні рекомендації. – Тернопіль, 2003. – 21 с.
3. Вихриев Б.С., Бурмистров В.М. Ожоги // Медицина, 1986. – 272 с.
4. Герасимова Л.И., Смирнов С.В., Гаврилжк Б.К. Опыт применения нового раневого покрытия "Биополь-1" для лечения поверхностных ожогов // Материалы Республиканского семинара специалистов (комбустиологов). Пути совершенствования лечения ожоговых ран". – Хмельницький, 1993. – С. 19-20.
5. Гусак В.К., Повстяной Н.Е., Анищенко Л.Г. Осложнения ожогов у детей, – Киев: Здоров'я, 1992.– 175 с.
6. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция // Медицина. – 1990. – 590с.
7. Масляк Т.Р. Последовательное лечение й реабилитация ожоговых ран // Материалы международной конференции по актуальным проблемам термической травмы. – Санкт-Петербург, 2002. – С.444-446.
8. Таран В.М. Обґрунтування доцільності проведення, методика виконання та ефективність раннього хірургічного лікування хворих з опіками: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.03. – Тернопіль, 2001. – 20 с.
9. Masels M., Perrara M., Gunn S. - Fire disaster and disaster Plannsg and management //Ann. Burn and Fire

Disasters.-1999.- Voi. 12.- H 67-77

10. 10.Roberts A. Bums in Bosnia, post present and future // The first joint Russian-American meeting on bums
ayd fire disaaters. - St.- Peterburg; Moscow. 1997,-P.