

ЗАСТОСУВАННЯ БІОЛОГІЧНОГО МЕТОДУ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК, ЩО ТРИВАЛО НЕ ЗАГОЮЮТЬСЯ

М. Д. Желіба, В. І. Нагайчук, А. М. Поворозник, В. В. Нагайчук, І. Н. Ошовський
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Висока частота виявлення варикозної хвороби нижніх кінцівок, ускладненої трофічними виразками, поширеність та сумнівна простота оперативного втручання, а також незадовільні віддалені результати консервативного й оперативного лікування хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок свідчать про не-

обхідність пошуку нових і вдосконалення існуючих методів лікування таких хворих. Під нашим спостереженням перебували 22 пацієнта з варикозною хворобою нижніх кінцівок, ускладненою трофічними виразками, які розподілені на дві групи. До основної групи увійшли 14 хворих, у яких трофічні виразки лікували з

використанням біологічного методу: над трофічною виразкою утворювали вологу камеру за допомогою полівінілхлоридної плівки типу "Стретч" з одномоментним використанням біоактивації та біофореузу лікарських речовин. У 8 хворих трофічні виразки лікували під волого-висихаючими пов'язками (контрольна група). Строки підготовки трофічних виразок до оперативного лікування були об'єктивним критерієм оцінки ефективності лікування. Інфузійну терапію, спрямовану на лікування посттромбофлебійного синдрому, проводили в обох групах однаково, відповідно до вимог судинної хірургії. В основній групі у хворих з вираженим больовим синдромом біль зник після першої перев'язки, у контрольній групі — тільки після закриття рани вільними аутодермотрансплантатами. Протягом першого тижня у хворих основної групи на ранах з'являлись розові, соковиті грануляції, що давало можливість здійснювати аутодермопластику на 14 — 18-ту добу після госпіталізації. У хворих контрольної групи очищення ран, появу розових, пружних грануляцій спостерігали наприкінці другого — на початку третього тижня, отже, аутодермопла-

стику проводили на 28 — 32-гу добу. У хворих основної групи приживлення аутодермотрансплантатів було кращим. Тільки в одного хворого виник крайовий лізис аутодермотрансплантата. У контрольній групі приживлення трансплантатів було гіршим, протягом тривалого часу вони не присмоктувались до рани, були блідими. Ускладнення у вигляді нагноєння та лізису аутодермотрансплантатів виникло у 3 хворих.

Сьогодні основним методом лікування трофічних виразок є видалення варикозно-змінених підшкірних вен, що само по собі, на тлі існування трофічних виразок, може спричинити гнійно-некротичні ускладнення в післяопераційному періоді. Застосування біологічного методу дозволяє в найкоротші строки, з високою ефективністю накласти на трофічні виразки вільні аутодермотрансплантати з подальшим видаленням варикозно-уражених підшкірних вен. Подібна тактика дозволяє уникнути ймовірних гнійно-некротичних ускладнень в післяопераційному періоді, пов'язаних з наявністю інфікованих та нелікованих трофічних виразок.

ІТАЛІЙСЬКИЙ ТА ІНДІЙСЬКИЙ МЕТОДИ ПЛАСТИКИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕФЕКТІВ М'ЯКИХ ТКАНИН

М. Д. Желіба, В. І. Нагайчук, А. М. Поворозник, В. В. Нагайчук, І. Н. Ошовський
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Великі за площею дефекти м'яких тканин самостійно загоїться не можуть.

Закриття оперативним шляхом в найкоротші строки і обмежених, і значних за площею дефектів м'яких тканин дозволяє зберегти глибокі структури від руйнування, значно поліпшити косметичні та функціональні результати. За 2000 — 2004 рр. в опіковому відділенні лікували 47 хворих з дефектами м'яких тканин, у яких здійснювали пластику з використанням італійського чи індійського методів. У 16 хворих для закриття дефектів тканин застосований італійський метод, у 31 — здійснено індійську пластику ран. Показаннями до пластичного закриття дефектів м'яких тканин з використанням як італійського, так і індійського методу були: оголення глибоких функціональних структур (м'язи, сухожилля, кровеносні судини, нервові стовбури) та кісток; загроза виникнення ерозивної кровотечі; ураження функціонально-активних ділянок. Під час формування шкірно-жирових трансплантатів та їх пересадження на ранові дефекти ми дотримуємося наступних правил: співвідношення ширини і довжини шкірно-жирових клаптів повинне бути 1 : 2; збереження осьових судин з метою забезпечення в подальшому належної мікро- та макроциркуляції; кут переміщення трансплантатів не повинен перевищувати 70 — 80°; не повинно бути ніякого натягу шкірно-жирових трансплантатів; забезпечення повного гемостазу в рані; максимально можливе видалення нежитте-

здатних тканин з рани; при застосуванні італійської пластики забезпечення повної іммобілізації шкірно-жирового клаптя. В усіх спостереженнях рани дренивали гумовими випускниками. Після операції життєздатність клаптів контролювали за клінічними критеріями. У 40 (85,1%) хворих відзначене повне приживлення трансплантатів без ускладнень, у 4 (8,5%) — виник крайовий некроз, у 3 (6,4%) — після пересадження повношарового клаптя виникла кровотеча з магістральних судин. Як правило, протягом 2 тиж, особливо при застосуванні італійської пластики, спостерігали помірні виділення з рани. За даними мікробіологічних досліджень, з ран виділяли стафілокок, протей, синьогнійну паличку, а також грампозитивні коки в різних поєднаннях. У 85% хворих виявлені представники нормальної мікрофлори шкіри людини, що свідчило про відсутність запального процесу. Вид та кількість мікрофлори у 16% потерпілих свідчили про наявність запалення, що проявлялось і клінічними ознаками. Усім пацієнтам проводили протизапальну терапію, за наявності ознак запалення використовували 2 — 3 антибактеріальних препарата. Таким чином, пластика дефектів м'яких тканин з використанням шкірно-жирових трансплантатів за італійським чи індійським способом є методом вибору лікування, яка забезпечує скорочення тривалості лікування, зниження частоти ампутації, інвалідності, поліпшення косметичних та функціональних результатів.