

Збільшення об'ємної швидкості кровотоку було виявлено лише у 5 (7,4 %) пацієнтів основної групи. В групі порівняння частота виявлення даного показника істотно не відрізнялась і виявлена у 3 (5,6 %) хворих. Оцінка об'ємної швидкості кровотоку має специфічність 94,4 %.

Висновки. Ультразвуковий метод діагностики є не достатньо ефективним при виявленні аутоімунного тиреоїдиту. За даними нашого дослідження найбільшою чутливістю в діагностиці даного захворювання володіє наявність фіброзних змін паренхіми щитоподібної залози 58,8 %. Оцінка об'ємної швидкості кровотоку дозволяє з найбільшою ймовірністю виключити діагноз аутоімунного тиреоїдиту при ультразвуковому дослідженні, зі специфічністю 94,4 %.

ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Ляховський В.І., Красноє О.Г., Красноє О.І.

Полтавський державний медичний університет

Мета дослідження. покращити результати лікування хворих на синдром діабетичної стопи (СДС) за рахунок дослідження перебігу ранового процесу та удосконалення місцевого лікування ран.

Матеріали та методи. Нами проведено комплексне обстеження та лікування 55 хворих на СДС з ІВ –ІІІ ст. за Meggit–Wagner, які знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні №1 КП «2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» впродовж 2019-2020 років. До І групи включили 27 хворих, яким проводилось лікування за допомогою сучасних ранових пов'язок. У ІІ групу ввійшло 28 пацієнтів, яким проводилось лікування ран за традиційними методиками. Усім хворим проводили комплексне клінічне обстеження, яке включало ультразвукове ангіосканування нижніх кінцівок, доплерометрію, бактеріологічне, цитологічне дослідження та рН-метрію ран на 1, 11–12, 23–24 добу після операції. Формування груп відбувалося на підставі суцільної вибірки протягом рівних проміжків часу. За віково-статевим складом, характером ураження стопи, тривалістю цукрового діабету склад обох груп майже не відрізнявся.

Результати. Основні етапи місцевого лікування діабетичної виразки у хворих І групи включали механічну обробку, промивання розчинами антисептиків, з наступним накладанням пов'язки з лікувальним засобом або ранового покриття. При цьому використовували сучасні ранові покриття в залежності від ступеня ексудації та фази ранового процесу з урахуванням принципу вологого загоєння рани. На різних фазах перебігу ранового процесу застосовували різні засоби місцевого лікування. Так, на 1 добу після механічного очищення переважала рясна мікрофлора, рН рани свідчили про виражений ацидоз (рН 5,0-6,0), а цитологічна картина у таких хворих відповідала некротичному та дегенеративно-запальному типам цитогам, використовували препарати на гідрофільній основі і пов'язки з водних розчинів антисептиків та антибіотиків. При вираженій ексудації використовували сорбційні, пінні та альгінатні пов'язки. При сухих хронічних ранах використовували гідрогелі. У стадії очищення на 11-12 добу, при підвищенні рН рани до 6,0-7,0, спостерігався дегенеративно-запальний, запальний та запально-регенеративний типи цитогам, були ефективними гідроколоїдні пов'язки. У стадії регенерації рН була лужна (7,5-8,0), визначався запальний та запально-регенеративний типи цитогам, використовували препарати, які прискорюють епітелізацію ран, в тому числі й напівпроникні плівкові пов'язки. З метою усунення поліфазно-дискординантного типу перебігу ранового процесу у хворих з СДС ми запропонували новий метод місцевого лікування цієї категорії хворих – застосування багатокомпонентної аплікаційної терапії з використанням декількох медикаментів. На різні ділянки рани в залежності від локальної фази ранового процесу. Ми намагались максимально приблизити рН рани до 7,0-7,5. Зникнення гіперемії навколо рани і значне зменшення набряку м'яких тканин спостерігалось у пацієнтів І групи у середньому на 3,2±1,4 добу, а у ІІ групи – на 5,2±1,6 добу (р <0,05). Стерильний посів з рани на 11-12-у добу в І групі був визначений у 29,6% пацієнтів, у ІІ групі – тільки у 7,1%. При цьому, у І групі у цей термін мікробні асоціації не визначались, а в ІІ групі – були у 32,1% хворих. Дегенеративно-запальний тип цитогам визначався у 7,4% хворих І групи та у 21,4% пацієнтів ІІ групи.. На 23–24 добу у 11,1% хворих І групи рани загоїлися, у інших – спостерігався запально-регенеративний та регенеративний типи цитогам. При цьому у 14,3% хворих ІІ групи був запальний тип цитогам з субкомпенсованим ацидозом.

Висновки. Місцеве лікування СДС необхідно проводити відповідно фаз ранового процесу з урахуванням результатів бактеріологічного, цитологічного досліджень та рН-метрії ран, враховуючи поліфазно-дискординантний перебіг ранового процесу у частини хворих, дотримуватись принципу вологого загоєння діабетичної рани з використанням сучасних ранових пов'язок.

РАННЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОШИРЕНИХ ГЛИБОКИХ ОПІКІВ В ПРОФІЛАКТИЦІ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Носенко В.М.

Одеський національний медичний університет

Мета. Оцінити ефективність раннього хірургічного лікування (РХЛ) тяжкообпечених в профілактиці розвитку синдрому поліорганної недостатності (ПОН), зниженні частоти інфекційних ускладнень і летальності.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 189 тяжкообпечених у віці від 20 до 56 років з глибокими опіками понад 20% поверхні тіла групи порівняння і 97 хворих на глибокі опіки понад 20% поверхні тіла основної групи, яким на 2-5-у добу опікової хвороби було виконано одночасне видалення некротичних тканин на

площі від 10 до 30% поверхні тіла. У 13 пацієнтів основної групи операції виконані вже в перші 48 годин після опікової травми, дотримуючись критеріїв, що дозволяють виконання некретомій вже під час стадії шоку. Висічення проводили з використанням електродерматому пошарово або скальпелем до фасції. В середньому безпечним для хворого вважали об'єм операції, який коригувався доступними засобами анестезіолого-реанімаційного забезпечення, з висіченням некротичних тканин на площі до 20-25% поверхні тіла. Використовували ксенопластику. Автоклаптями закривали рани в функціонально важливих місцях (суглоби, шия, обличчя), намагалися застосовувати цілі або перфоровані клапті з коефіцієнтом розтягування 1×2, а ділянки, що залишилися, закривали ксенодермотрансплантатами. Їх не знімали під час перев'язок, епітелізація ран між осередками відбувалася під біологічною пов'язкою.

Результати. У групі порівняння без РХЛ у 52 (27,51 %) пацієнтів була зафіксована рання генералізація грам-негативної інфекції. 45 (23,81%) тяжкообпечених померли, серед яких чинниками летальності найчастіше був сепсис – у 21 (11,11 %) випадках, один (0,53 %) хворий помер від шлунково-кишкової кровотечі, 8 (4,23 %) постраждалих померли в стадії шоку. Синдром ПОН було зафіксовано у 26 (13,76 %) хворих групи порівняння. Він мав каскадний і багатокомпонентний варіант перебігу і в 15 (7,94 %) випадках закінчився летальним результатом.

У основній групі з РХЛ приживлення ауто- і ксенотрансплантатів було гарним (до 80-98 %). Важливими перевагами застосування активного РХЛ стало зменшення числа легеневих ускладнень і сепсису – провідних чинників летальності серед тяжкообпечених. При використанні РХЛ кількість пневмоній зменшилася більш, ніж в два рази ($p < 0,01$), а плевритів не було взагалі. Аналіз отриманих результатів показав, зниження частоти розвитку ПОН в групі хворих з РХЛ майже в 2,5 рази ($p < 0,01$), що відбилося в значному зниженні летальності з 23,81 % до 8,25 % (ВШ 3,477; 95 % ДІ 1,567-7,715). Активна хірургічна тактика привела до більш швидкого і значного відновлення показників гомеостазу, транспорту кисню, зниження вираженості інтоксикації і загальної запальної реакції, нормалізації метаболізму.

Висновки. Опіковий травматизм залишається однією з найбільш актуальних медичних і соціальних проблем. Основним чинником смерті при глибоких та поширених опіках продовжує залишатися ранній опіковий сепсис з поліорганною недостатністю. Раннє хірургічне лікування цих тяжкообпечених є високоефективним у профілактиці розвитку синдрому поліорганної недостатності, зниженні частоти інфекційних ускладнень і летальності.

ОСОБЛИВОСТІ ШКІРНОЇ ПЛАСТИКИ ПРИ СИНДАКТИЛІЇ ПАЛЬЦІВ СТОПИ

Омельчук В.П., Омельчук І.В.

Івано-Франківський національний медичний університет;

КНП «ОКЛ Івано-Франківської обласної ради»

Якщо різні форми синдактилії пальців кисті у дітей суттєвою мірою турбують батьків і оперуються, як правило, в дитячому віці, то при даній патології стопи, особливо при неповних формах зрощеннях, наприклад на $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{3}$ довжини пальців, звертають меншу увагу. Певна категорія молодих людей, частіше жіночої статі, звертаються за ортопедичною допомогою вже в підлітковому або дорослому віці, часто за косметичними показами або з мінімальними функціональними порушеннями, вимоги до результату зростають.

Мета. Вивчити особливості хірургічного лікування м'якотканинної синдактилії пальців стопи у дорослому віці та віддалені результати, оцінити доцільність даної операції з точки зору ортопеда та пацієнта.

Матеріал та методи. Ми спостерігали 6 пацієнтів молодого віку з м'якотканинною синдактилією основних фаланг (неповне зрощення) 2-го і 3-го та двох – 3-го і 4-го пальців стоп. Із них 4 були жіночої статі і 2 чоловічої. Два хлопці (20 і 21 р.) та дві дівчини (19 і 22 р.) виявили бажання прооперуватися, покази були суб'єктивними: косметичне невдоволення пацієнтів та несуттєве порушення функції стопи, дискомфорт. Виконували функціональне фотографування стоп та рентгенографію.

Результати. Відомо багато методик шкірної пластики міжпальцевого проміжку, які більшою мірою стосуються операцій на кисті та у дитячому віці. Нами у всіх хворих використана так звана П-V-П пластика, що полягала в наступному: 1) по тильній поверхні зрослих пальців на рівні проксимальних міжфалангових суглобів проводили поперечний розріз шкіри до середин їх діаметрів, 2) з крайніх точок проводили проксимально два поздовжні паралельні шкірні розрізи в проекції діафізів основних фаланг до рівня нормальних міжпальцевих проміжків, 3) серединним розрізом розсікали тильну поверхню міжпальцевого зрощення на всьому протязі до рівня нормальних міжпальцевих проміжків, таким чином утворювалися два повношарових П-подібних тильних шкірних клаптів з елементами підшкірної клітковини на живильних ніжках, при цьому їх довжина повинна дорівнювати товщині більш грубого пальця, а ширина основ бути не меншою $\frac{1}{2}$ довжини для забезпечення трофіки на достатньому рівні, 4) на підшвенній поверхні зрощення також розсікали серединним поздовжнім розрізом до рівня проксимальних міжфалангових суглобів, який далі роздвоювався з формуванням V-подібного повношарового клаптя на проксимальній основі, причому розрізи доходили до рівнів нормальних плесно-пальцевих підшвенних складок, 5) в основі сформованого міжпальцевого проміжку достатньої глибини виконували пластику викреними клаптями за типом «ластівкового хвоста», шляхом зустрічного переміщення клаптів у вигляді літер П-V-П, що забезпечувало формування новоствореного міжпальцевого проміжку достатньої ширини і без гострого кута на вершині розсічення. Фіксуючі шви між клаптями накладали атравматичними голками з нитками 3-0, при цьому важливо уникати надмірного натягу шкірних клаптів, 6) на оголених частинах фаланг виконували вільну шкірну пластику повношаровими перфорованими вільними клаптиками, взятими на тильно-латеральній поверхні стопи. На донорську ділянку накладали шви. Операції виконували під СМА з використанням джгута на с/3 гомілки. Шви знімали через 2-3 тижні, після чого використовували гель «Контрактубекс» протягом 2-3 тижнів. У всіх пацієнтів отримали добрі анатомо-функціональні та косметичні віддалені результати, як з ортопедичного по-