

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 некретомії 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-

гляду, так і на думку пацієнтів. Шкірні рубці через 6-12 міс. не носили колоїдного характеру та не спричиняли дискомфорту. Функція покращилася.

Висновок: П-V-П пластика міжпальцевого проміжку, при оперативному роз'єднанні зрослих пальців стопи забезпечує стабільний міжпальцевий проміжок достатньої ширини, може вважатися методикою вибору, а операція, за бажанням пацієнта, доцільна.

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕНТГЕНЕНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ФОРМОЮ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Пузирьов Г.С., Ляховський В.І.

Полтавський державний медичний університет

Критична ішемія нижніх кінцівок у 5 раз частіше спостерігається у пацієнтів з цукровим діабетом. Ендоваскулярна балонна ангіопластика все частіше стає методом вибору при обранні шляху реваскуляризації. Водночас, проблеми ускладнень після проведення ендоваскулярних втручань з приводу хронічної ішемії нижніх кінцівок під час їх виконання недостатньо вивчені. Тому пошук нових, більш ефективних та менш травматичних хірургічних методів лікування облітеруючого атеросклерозу, є актуальною проблемою.

Мета дослідження. Порівняння ефективності проведення стандартної балонної ангіопластики артерій нижніх кінцівок з методикою дозованої поетапної ангіопластики у хворих з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи.

Матеріали та методи. Дане експериментальне дослідження проведене з використанням ампутованих з приводу виникнення ішемічних гангрен стоп, які виникли у хворих з облітеруючим атеросклерозом артерій, нижніх кінцівок. Ампутовані кінцівки для проведення експерименту були розподілені на групи. До першої групи включено 5 (25,0%) нижніх кінцівок, у яких зразу після виконання операції проводився забір ділянок гомілкових артерій з їх стенозом 75% та більше для проведення гістологічного дослідження атеросклеротичнозмінених стінок артерії. До другої групи були включені також 5 (25,0%) ампутованих нижніх кінцівок, на яких зразу після виконання операції проведена експериментальна типова балонна ангіопластика із антеградним (через стегову артерію) заведенням балонну у задню чи передню великогомілкові артерії і проведення одномоментної стандартної пластики під тиском від 8 до 22 атм. Після чого виділялася та препарувалася ділянка артерії де виконувалася пластика, яка видалялася для проведення гістологічного дослідження. У третю групу були включені 10 (50%) ампутованих нижніх кінцівок, на 5 з яких відпрацьовувався спосіб поетапної дозованої балонної ангіопластики, а на решти 5 – виконувалася запропонована ангіопластика з наступним проведенням гістологічного дослідження змін, які відбуваються у стінці артерії. Для проведення даного дослідження використовувалися ділянки задньої чи передньої великогомілкових артерій довжиною до 10 см, що відповідали діаметру обраної судини та становили від 2 до 3.5 мм та довжиною від 20 до 40 мм. Методика проведення розроблена, детально описана у патенті України на корисну модель №141473 «Спосіб профілактики ускладнень, пов'язаних з травматизацією судинної стінки під час проведення балонної ангіопластики» (2020 р.).

Результати. Згідно проведених експериментальних досліджень виявлені гістологічні зміни, які відбуваються в атеросклеротичнозміненій стінці гомілкових артерій при проведенні балонної дилатації різними способами. Встановлено, що при виконанні поетапної дозованої ангіопластики за запропонованим способом ендотеліоцити були витягнуті вздовж судини, субендотеліальний шар складався з тонких еластичних і колагенових волокон. Між волокнами розташовувалися поодинокі гладкі міоцити та малоспеціалізовані сполучнотканинні клітини. При цьому, внутрішня еластична перетинка артерії чітко виражена, має незначні ділянки фрагментації з майже суцільним контуром. Зовнішня еластична перетинка була виражена достатньо добре на всьому протязі, мала не значні ділянки фрагментації і їх було значно менше чим у тих випадках коли виконувалась ангіопластика за стандартною методикою. Причому, зовнішня оболонка була представлена пухкою волокнистою сполучною тканиною, де знаходилися судини судин та нерви судин, які збереглися майже без змін.

Висновок. Поетапна дозована ангіопластика має перевагу у порівнянні зі стандартною методикою ендоваскулярної ангіопластики за рахунок зменшення травматизації стінки артерій і може бути використана як метод вибору при реваскуляризації нижніх кінцівок у хворих з цукровим діабетом.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗМІШАНОГО ГЕНЕЗУ

Сидоренко А.В., Ляховський В.І.

Полтавський державний медичний університет

Мета дослідження. Встановити діагностичні особливості виявлення трофічних виразок нижніх кінцівок артеріального та венозного ґенезу.

Матеріали та методи. Проведений аналіз 492 карт стаціонарних хворих, які протягом 2018-2020 років знаходилися на лікуванні з приводу трофічних виразок гомілок, що відповідає класу С6 згідно класифікації СЕАР (1994). Усі пацієнти обстежені. Крім загальноклінічних і лабораторних методів, їм виконувалися специфічні методи обстеження, такі як: визначення інтенсивності больового синдрому за 10-бальною шкалою болю, визначення