

запального процесу (за шкалою Balthazar) та ступінь панкреонекрозу.

**Мета.** Покращити якість діагностики гострого панкреатиту та як результат, якість його лікування.

**Матеріали і методи.** Нами було оцінено історії хвороб 42 пацієнтів із гострим панкреатитом, які лікувалися на базі КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» у період з 2019 по 2022 рр. У першу, основну, групу включили 14 пацієнтів (33,3%) з гострим тяжким панкреатитом, яким було виконано МСКТ черевної порожнини із контрастуванням, а у другу контрольну групу – 28 пацієнтів (66,7%), яким виконувалося лише УЗД ОЧП.

**Результати.** У 8 пацієнтів основної групи дослідження за результатами МСКТ ступінь запального процесу виявлена стадія E за шкалою Balthazar, у 5 з яких ураження паренхіми залози складала більше 20%. Це дозволило вчасно визначити об'єм оперативного втручання, який полягав у розкритті сальникової сумки та накладанні оментобурсостоми. 9 пацієнтам першої групи та 19 пацієнтам другої було проведено лапаротомію за Волковичем-Дьяконовим для дренивання миски малого тазу, у зв'язку із наявністю вільної рідини у черевній порожнині. 8 пацієнтів контрольної групи оперовані повторно через погіршення стану, в об'ємі оментобурсостомії, спричиненого розповсюдженістю процесу в заочеревинному просторі. Летальність серед пацієнтів основної групи – не було, в контрольній групі – 5 пацієнтів, 100% з яких були оперовані повторно.

**Висновки.** Результати досліджень показали, що комплексна діагностика гострого тяжкого панкреатиту – це вчасне встановлення повного діагнозу, що дає можливість, в ранні строки, визначити правильний об'єм оперативного втручання і покращити якість надання медичної допомоги та зменшити кількість летальних випадків.

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ МІСЦЕВОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН В ХІРУРГІЇ. ПИТАННЯ ПРО VAS-ТЕРАПІЮ, КЛІНІЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ МЕТОДУ**

*Голуб Л.*

**Наукові керівники: асистент Прихідько Р.А., асистент Заєць С.М.**

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Хірургічна інфекція, хірургічна рана та рановий процес у сучасних умовах були і є одними з найбільш складних питань

хірургії. У загальній стаціонарній хірургічній практиці відсоткове співвідношення пацієнтів з гнійно-запальними процесами м'яких тканин близько 35%. Актуальність питання гостро висвітлюється в соціально-економічному значенні в масштабах держави в умовах сьогодення, тому лікування гнійних ран повинно ґрунтуватися на мультидисциплінарному підході. Зважаючи на весь спектр можливих стандартних і альтернативних методів лікування ран, прогресу фармакологічної галузі, основними методами лікування є поєднання хірургічної та консервативної терапії. При виборі плану лікування потрібно деталізовано розуміти принципи патогенезу, фаз ранового процесу, а також маючи доступність сучасних методів обрати індивідуальний підхід до лікування, враховуючи всі протипоказання та показання обраного методу, наявність фонових та супутніх захворювань у пацієнта. Цей алгоритм направлений на зменшення термінів перебування пацієнта в умовах хірургічного стаціонару та подальшого прогнозування наслідків у пацієнтів з гнійними ранами.

Активне ведення гнійних ран включає наступні етапи: 1) хірургічну обробку гнійної рани (направлена на зменшення мікробного забруднення рани) або гнійно-запального вогнища з розкриттям карманів та заплівів (скальпелем, лазером, ультразвуковою кавітацією та ін.); 2) контроль місцевого патологічного процесу; 3) застосування дренивання (активне, пасивне, проточно-промивне) для ефективного відтоку ранового ексудату; 4) фармакологічного загального і місцевого антибактеріального супроводу з урахуванням кількісного контролю мікроорганізмів або срібловмісними препаратами; 5) відновлення дефекту тканин за допомогою накладання первинних, вторинних швів, аутодермопластика або місцевими тканинами; 6) усунення факторів, що сповільнюють загоєння ран. На швидкість «повноцінного» загоєння гнійних ран, крім зазначених моментів, великий вплив мають місцеві умови в гнійному вогнищі і загальний стан організму. Аналізуючи способи, які застосовуються протягом багатьох років, для місцевого лікування ран можна виділити дві окремі групи: перша, передбачає відкритий спосіб – з або без застосування пов'язки, другу – закритий спосіб із поєднанням накладання первинного шва і ефективного дренивання. Спосіб «вологого» лікування ран із застосуванням пов'язок має ряд переваг, серед яких: зменшення запальної реакції в рані, збільшення активності ранових протеаз, зменшення больового синдрому та зменшення втрати білків і цитокінів, що характерно відбувається в дегідратійній рані. Але

дотепер залишається відкритим питання пошуку нових та більш ефективних способів місцевого фізичного впливу на перебіг ранового процесу та створення сприятливого клімату рани. Серед існуючих доступних фізичних методів впливу на рану клінічні ефекти показує застосування VAC-терапії. NPWT-терапія (Negative-pressure wound therapy) або VAC-терапія (Vacuum Assisted Clousur) – це альтернативний метод лікування ран, який передбачає використання негативного тиску. У її основі лежить принцип безперервного або дискретного вакуумного розрідження в ділянці рани, що може поєднуватись із переміжним промиванням рани антисептиками чи без нього. Показанням для застосування цього методу є лікування гнійних та в'ялогранулюючих ран. Клінічними ефектами застосування є: зникнення болю, регресія набряку, очищення ран від фібрину та некрозу, зменшення бактеріального забруднення рани, скорочення площі й глибини ран, посилення місцевого кровотоку, підсилення ефекту медикаментозного лікування, формування повноцінних грануляцій та прискорення крайової епітелізації. Варто зазначити щодо абсолютних протипоказань до VAC-терапії: злоякісні захворювання, несанований остеомієліт, нориці в органах або порожнинах тіла, некротичні рани та рани з вираженою рубцевою тканиною, рани, стінками яких є внутрішні органи, судини, зв'язки, нерви. До відносних протипоказань відносять прийом антикоагулянтів або рани, що активно кровоточать.

**Мета.** Аналіз існуючих методів місцевого лікування гнійних ран з визначенням сучасних перспективних альтернативних підходів у контексті комплексного хірургічного лікування.

**Матеріали і методи.** Нами було оцінено історії хвороб 24 пацієнтів наявними гнійними ранами м'яких тканин, які лікувалися на базі КП «З-я МКЛ ПМР» у період з 2021 по 2022 роки. Хірургічну патологію склали пацієнти: основну частку – діабетичні виразки стопи II-III ступеня (за Вагнером), абсцеси сідниць та стегон, нагноєна кіста куприка. У першу, основну, групу ми включили 10 пацієнтів (41,6%), лікування яких передбачало використання VAC-терапії, в другу, контрольну, групу – 14 пацієнтів (58,4%), яким проводилося місцеве хірургічне лікування гнійних ран без застосування VAC-терапії. Вакуум-терапія здійснювалася в режимі постійного чи попереминого негативного тиску в діапазоні 75-125 мм рт.ст. Динамічно враховувалися: місцеві процеси, суб'єктивні відчуття пацієнтів та терміни стаціонарного лікування пацієнтів.

Результати. Середня тривалість вакуум-терапії при гнійно-запальних захворюваннях м'яких тканин до 3-5 діб у пацієнтів з абсцесами сідниць та стегон, що дорівнювало загальному об'єму ексудату, відповідно до врахування площі дефекту, в діапазоні – 15-50 мл. Під час динамічного спостереження відмічено зменшення локального набряку вже через 2-3 доби. Середня тривалість перебування пацієнтів становила 4,5 ліжко-днів. При лікуванні діабетичних нейропатичних виразок стоп тривалість вакуум-терапії склала до 10 днів із одноразовою заміною пов'язки в середньому через 4-5 діб. За цей час відбулося наповнення ранового дефекту грануляційною тканиною та зменшення площі ураження вдвічі за рахунок ретракції країв рани та початкової крайової епітелізації. Загальний об'єм ексудату становив до 10 мл. Основний ефект у даному випадку здійснювався за рахунок процесів грануляції тканин, процесів макро- та мікродеформації ранового ложа. У порівнянні з контрольною групою, кількість ліжко-днів скоротилася в середньому на 3-5,5 діб. Вакуум-терапія допомагає зменшити загальну кількість перев'язок у порівнянні з контрольною групою у 4 рази. А також, зменшує кількість механічних факторів від місцевих перев'язок, які мають небажані властивості прилипання до ран та додаткової травматизації здорових грануляцій, що також додає болючих відчуттів у пацієнтів. Пацієнти в подальшому були переведені на амбулаторне лікування.

Висновки. Наявність можливостей комплексного підходу в місцевому лікуванні гнійно-запальних ран в сучасній хірургічній практиці, з вибором домінантного методу, ґрунтуються на індивідуалізації відповідно до ретельного врахування патогенезу, фазності ранового процесу, протипоказань та показань обраної терапії для отримання сприятливих результатів лікування. Застосування вакуум-терапії є перспективним методом у місцевому лікуванні гнійно-запальних ран, гострих та хронічних ран м'яких тканин, що прискорює процеси загоєння ран та зменшує терміни перебування пацієнта в стаціонарних умовах.