

захворюваннями шкіри (розацеа, себореїний дерматит, періоральний дерматит, акне) лабораторно виявлено кількість кліщів Demodex понад 5/1 см<sup>2</sup>. Розподіл хворих за локалізацією висипань: повіки – 17 (28%), вії – 11 (18%), брови – 8 (13%), щоки – 32 (53%), підборіддя – 22 (42%), привушна область – 10 (19%), носогубні складки – 10 (19%), ніс – 17 (37%), лоб – 24 (40%), перенісся – 18 (30%), шия – 3 (5%), волосяна частина голови – 8 (13%), грудей – 5 (8%), спини – 5 (8%). Висипання у вигляді еритематозних лускатих плям – у 40 (67%) хворих, папул – у 50 (76%), пустул – у 42 (70%), інфільтратів – у 6 (10%), елементів абсцесу – у 3 (5%), телеангіектазій – 17 (28%), акне – 2 (3%). Залежно від переважання морфологічних елементів у клінічній картині у хворих виявлено такі клінічні картини: еритемно-сквамозна – 10 (17%) хворих, розацеаподібна – 14 (23%), папуло-пустульозна – 15 (25%), вулгрова – 9 (15%), комбінована – 12 (20 %).

Визначено, що папуло-пустульозні та розацеаподібні висипання є основними клінічними особливостями демодек-асоційованих захворювань (у всіх пацієнтів лабораторно виявлено кількість кліщів Demodex понад 5/1 см<sup>2</sup>). Захворюваність переважає в осіб жіночої статі 41 особа (68,33%). У 10 осіб (88,33%) віком від 16 до 21 років переважали акнеформні прояви, себореїний дерматит був більш притаманний віковим групам від 21 до 40 років 19 осіб (79,2%) з 24 хворих цієї категорії, періоральний дерматит був частіше у жінок 8 осіб (66,67%) всіх хворих на цю патологію.

## **ВИКОРИСТАННЯ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНО-СКАЛКОВИХ ПОРАНЕННЯХ ІЗ М'ЯКОТКАНИННИМИ ТА КІСТКОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНІХ ТА НИЖНІХ КІНЦІВОК**

*Михайлина А., Шибіка О., Свириденко Р., Стребков Є., Покотило О.*

**Науковий керівник: доцент Пелипенко О.В.**

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. В основі методу лікування системами ВАК-терапії лежить застосування слабого від'ємного тиску на всю площу рани, внаслідок чого поліпшується екскреція ранового ексудату, набагато швидше з'являється грануляційна тканина, звужуються краї рани, покращується мікроциркуляція. В Україні методика набула більш широкого розповсюдження з початком військових дій і стала більш

доступною на різних ланках надання медичної допомоги при вогнепальних та мінно-вибухових травмах кінцівок.

Мета роботи. Аналіз використання ВАК-терапії в клінічній практиці травматолога при вогнепально-осколкових пораненнях верхніх та нижніх кінцівок при ранньому закритті тканинного дефекту.

Матеріали та методики. Проаналізовано результати лікування 54 військових з вогнепальними пораненнями кінцівок різної локалізації. У 28 (51,9%) з них були вогнепальні поранення нижніх кінцівок, у 26 (48,1%) – вогнепальні поранення верхніх кінцівок з дефектами кісток та м'яких тканин. Вік поранених складав 21-58 років, серед них переважали молоді люди до 30 років. Термін лікування складав від 5 до 20 днів.

Результати та їх обговорення. Перед встановленням системи ВАК виконувалась первинна чи вторинна хірургічна обробка поранень, некректомії. Негативний тиск встановлювали на рівні 125 мм рт.ст. у режимі non stop для дефектів м'яких тканин нижніх кінцівок та змінний тиск в режимі 70-100 мм рт.ст. для ран верхньої кінцівки та кисті. Аргументація вибору різних режимів базувалась на попередженні компартмент-синдрому та компресійно-ішемічних ускладнень ушкоджень кінцівки з врахуванням анатомічних особливостей розташування нервово-судинних утворень. Заміна систем проводилась не рідше одного разу на кожні 3 доби. Критеріями для припинення терапії були: очищення рани від некротизованих тканин та фібрину, покращення клінічних показників, виповнення ранового дефекту грануляційною тканиною.

Застосування зазначеного методу лікування дозволило провести закриття ранових дефектів шляхом аутодермопластики у 13 (24%) пацієнтів, вторинних швів – у 27 (50%) та пластики місцевими тканинами – у 14 (25,9%). Ускладнення після терапії у вигляді повторного нагноєння рани, кровотечі з великих судин не спостерігалось.

Висновки. Використання вакуумної терапії дозволяє значно підвищити ефективність комплексного лікування поранених із ушкодженням м'яких тканин верхніх та нижніх кінцівок – швидко очистити ранову поверхню, заповнити рановий дефект грануляційною тканиною і підготувати рану до пластичного закриття.