

Отримані попередні результати досліджень розкривають нові напрямки лікування таких пацієнтів і запобігання розвитку різних післяопераційних ускладнень, зумовлених *H. pylori*.

GENETIC ASPECTS OF THE PROGRESS AND COURSE OF SOME ACUTE SURGICAL DISEASES: FROM PROGNOSIS TO CHOOSING INDIVIDUAL TREATMENT METHODICS

Polyansky I., Melnyk I.

Chernivtsi, Ukraine, Bukovinian State Medical University

The individual expressiveness of the manifestations of surgical diseases and the nature of complications prompts the analysis of their causes and mechanisms, the study of the connection with gene variants that regulate these processes.

We have investigated some aspects of the genetic determinism of the course of some acute surgical diseases and their complications.

The dependence of the severity of alteration, exudation and proliferation, inflammatory and destructive tissue changes in acute peritonitis with variants of the interleukin 1- β genotype, which is the basis of the spread of inflammation.

In acute pancreatitis, the nature of destructive processes of the pancreas correlates with polymorphism variants of genes that regulate the intra-acinar activity of proteolytic enzymes.

Violation of the motor-evacuation function of the intestines after operations on the cavitar organs of digestion and the occurrence of parietic intestinal obstruction is highly likely to be correlated with variants of the gene that regulates serotonin reuptake and its activity.

The probability of early sebaceous intestinal obstruction directly depends on gene variants that regulate individual mechanisms of fibrinolytic and collagenase activity of tissues.

The same genetic determinism is characteristic of wounds healing.

The revealed regularities of the genetic determinism of the mechanisms of the occurrence and development of these surgical diseases create the possibility of highly probable prediction of the nature of their course and the development of a new, effective treatment strategy, which consists in the preventive application of a complex of intraoperative measures and drug correction of these processes at the beginning of the disease, before their clinical and laboratory manifestations.

This makes it possible to prevent the progression of damaging mechanisms, reduce their severity, and reduce the risk of various complications.

Such tactics are personalized and allow to significantly improve the results of treatment of patients.

ЛІКУВАННЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ КІНЦІВОК У ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОМУ КЛІНІЧНОМУ ЦЕНТРІ

Трутяк І. Р., Прохоренко Г. А., Лось Д. В., Медзин В. І., Сельменський А. І.

м. Львів, Військово-медичний клінічний центр Західного регіону

Поранення кінцівок в умовах війни становлять 53–70 % від загальної кількості бойових травм, з яких 25–35 % складають переломи (Заруцький Я. Л. і співавт., 2018; Король С. О., 2019). Серед загальної кількості поранених, які поступили у Військово-медичний клінічний центр Західного регіону (ВМКЦ ЗР) з лютого по вересень 2022 року поранення кінцівок були у 63,3 %. Із них 17,8 % мали вогнепальні переломи (2,5 % з дефектами кісткової тканини), поранення тільки м'яких тканин були у 34,5 %, поранення кінцівок з ушкодженням магістральних судин – у 1,9 %, множинні переломи – у 59,4 %, а у 10,9 % – бойова травма кінцівок поєднувалась з порожнинними ушкодженнями. З ампутаційними куксами проліковано 5,8 % поранених, з них у 4,3 % ампутації були виконані за первинними показаннями а у 1,5 % – за вторинними, з приводу ускладнень. Нижні кінцівки були ампутовані у 74 % поранених, верхні – у 26 %, а у 3,5 % – дві і більше. Кульові поранення стали причинами бойової травми кінцівок у 10,4 % поранених, осколкові і мінно-вибухові – у 68,1 %, вибухова травма – у 21,5 %.

Лікування бойової травми кінцівок у ВМКЦ ЗР (III, IV і V рівні) полягало у наступному:

- третій етап контролю пошкоджень у поранених з поєднаною травмою,
- корекція апаратів зовнішньої фіксації (АЗФ),
- повторні і вторинні хірургічні обробки рани з фасціотомією (за потребою), пульс-лаваж, визначення мікробної флори і контамінації рани,
- терапія ран негативним тиском, антибактерійні спейсери, ультразвукова кавітація ран,
- застосування біотехнологій, пластичне закриття ран і дефектів м'яких тканин,
- заміна методу фіксації перелому кісток,
- антибактерійна терапія і загальне лікування,
- реабілітація.

Корекцію накладених АЗФ виконували з метою стабілізації перелому і фіксуєчих стрижнів для запобігання стрижньовому остеомієліту, та перемонтаж апарату – для мобілізації суглобів. Завданням повторної хірургічної обробки рани (дебідмент) була оцінка життєздатності м'яких тканини і кісткових уламків, видалення мертвих тканин з ретельним гемостазом, визначення контамінації рани цитологічно і мікробіологічно з чутливістю до антибактерійних препаратів. Підвищували якість дебідменту і ефективно знижували бактерійне забруднення рани пульс-лаваж і ультразвукова кавітація. Основними збудниками ранової інфекції у наших пацієнтів були *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*, *Proteus vulgaris*, *Enterococcus faecalis*. Після хірургічної обробки, ретельного промивання, антисептиками з пульс-лаважем число мікробів на грам тканини знижувалось на 2–3 порядки. Тільки в 0,5 % поранених, які поступили у ВМКЦ ЗР, довелося виконати фасціотомію за показаннями ускладнень ранового процесу. Лікування ран методом терапії негативним тиском значно пришвидшило їх підготовку до пластичного закриття. При невеликих дефектах м'яких тканин і непошкоджених покривах навколо застосовували місцеву пластику зі створенням покривів, аналогічних до втрачених, які дозволили подальші хірургічні втручання на кістках. Розщепленими аутодермотрансплантатами закривали великі ранові поверхні, проте створені покриви не дозволяли виконувати внутрішній остеосинтез. Тому у 7,7 % наших пацієнтів була використана пластика м'язовими, шкірно-жировими і шкірно-фасціальними клаптями. Складним залишається вирішення питання про терміни заміни методу зовнішньої фіксації перелому на інтрамедулярний або накісний остеосинтез. Незважаючи на переваги методу фіксації перелому АЗФ, останній має ряд недоліків: це зменшення стабільної фіксації з часом, ризик стрижньової (шприхової) інфекції, суттєва частота незрощень переломів. З огляду на це внутрішній остеосинтез має значні переваги. Для визначення термінів заміни методу фіксації на внутрішній остеосинтез ми керувались рекомендаціями Національного військово-медичного клінічного центру і враховували розміри вогнепальної рани, тривалість її загоєння, стан покривів ділянки операційного втручання і кінцівки, наявність сторонніх тіл, супутньої патології, структурні кісткові зміни, стан ран у місці видалених стрижнів АЗФ, оцінювали кровопостачання тканин після хірургічного відновлення кровоплину, характер мікрофлори, динаміку температурної реакції пацієнта, лабораторні показники лейкоцитів крові, С-реактивного білка і швидкості осідання еритроцитів. Основними причинами ампутацій кінцівок були поширені дефекти м'яких тканин і кісток, які не підлягали реконструкції, з відсутнім прогнозом щодо зрощення кісток та прогресування інфекційно-некротичного процесу, незважаючи на інтенсивне хірургічне і терапевтичне лікування.

Всі поранені після стаціонарного лікування у соматичному відділенні проходили реабілітацію у спеціалізованому відділенні центру і медичних установах області.

ПІСЛЯІН'ЄКЦІЙНІ ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: СТАН ПИТАННЯ ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Хіміч С. Д., Превар А. П., Рауцкіс В. П., Кателян О. В., Фуніков А. В., Кривонос М. І.
м. Вінниця, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Нами було вивчено причини виникнення, особливості діагностики та лікування пацієнтів з післяін'єкційними абсцесами (ПА). Для цього було проаналізовано історії хвороб 261 пацієнта з гнійними захворюваннями м'яких тканин, які знаходились під нашим наглядом з 2013 по 2020 рр., з них 20 (7,66 %) – з ПА сідничної ділянки [11 жінок та 9 чоловіків віком від 29 до 85 років, середній вік їх склав $(55,2 \pm 18,8)$ років]. У 17 випадках ін'єкції виконувались в домашніх умовах, медперсоналом – 1, ШМД – 1, ЦПМСД – 1. 90 % пацієнтів скаржились на біль, 50 % – на підвищення температури тіла, 85 % – на наявність утворення на сідниці, 60 % – на почервоніння в