

- 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., Кривonos 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

місці ін'єкції та 65 % – на неможливість сидіти, ходити. Серед 20 хворих самолікуванням займалися 6 (компреси – 3, мазь – 1, зігрівання – 1, йодна сітка – 1). Температура тіла коливалась в межах 37,0–38,9 °С, ($37,9 \pm 0,6$) °С, а пульс – 68–92 ($79 \pm 6,5$). Лікарські засоби, що викликали ускладнення: Диклофенак – 6 (50 %), Сечогінний засіб – 2, Анальгін – 2, Цефтріаксон – 1, Дімедрол – 1. Середній розмір ділянки інфільтрату був від 12 см² до 120 см², (60 ± 20) см². Лейкоцитоз був від $3,9 \times 10^9$ до 22×10^9 , ($8,61 \pm 3,15$) $\times 10^9$. 18 із 20 хворих прооперовано, двом проведено консервативне лікування. Кількість виділеного вмісту – від 4 мл до 130 мл. У 14 випадках виявлено *Staphylococcus aureus*, 4 – мікроорганізмів не виявлено (у 2 вміст був серозний, ще у 2 – «олеома»). 14 пацієнтам була проведена антибіотикотерапія, середня кількість ліжко-днів – 9,3.

Отже, ПА складають 7,66 % від усіх гнійно-септичних захворювань м'яких тканин. Основна причина їх розвитку (до 90 %) – недотримання правил асептики та антисептики, техніки виконання цих маніпуляцій в домашніх умовах.

ОБ'ЄКТИВНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ

Шурма А. І.

Одним з критеріїв тяжкості гострого перитоніту (ГП) є його поширеність, що визначають тільки візуально. Відомі методи визначення, засновані на опроміненні очеревини лазерним променем, що, однак, передбачає суб'єктивне оцінювання незміненої ділянки очеревини.

Експериментальні дослідження проведені на 50 білих щурах. Очеревину опромінювали лазерними променями з довжинами хвиль (λ) 0,63 мкм і 0,5 мкм, та визначали ширину зони розсіювання лазерного променя (ШЗРЛП) у міліметрах. Контролем були дані 10 інтактних щурів, групою досліду – 40 тварин з моделями ГП (інтраочеревинне введення 10 мл 20 % розчину автокалу на 100 г маси). Після вимірювання ШЗРЛП очеревину забирали на гістологічне дослідження. У дослідних тварин ШЗРЛП вимірювали через 6, 12, 24 та 48 год від ініціації ГП.

В контролі ШЗРЛП у різних ділянках очеревини суттєво не відрізнялася. ШЗРЛП на $\lambda = 0,63$ мкм – ($6,2 \pm 0,11$) мм, на $\lambda = 0,5$ мкм – ($6,0 \pm 0,15$) мм, співвідношення показників дорівнювало $1,1 \pm 0,03$.

Протягом розвитку ГП ШЗРЛП зростала. Через 6 год показники на $\lambda = 0,63$ були $11,62 \pm 0,16$, $\lambda = 0,5$ – $6,72 \pm 0,12$, співвідношення – $1,752 \pm 0,04$. Через 12 год – на $\lambda = 0,63$ – $13,952 \pm 0,16$, на $\lambda = 0,5$ – $7,622 \pm 0,12$, співвідношення – $1,852 \pm 0,04$. Через 24 год – на $\lambda = 0,63$ – $16,172 \pm 0,16$, на $\lambda = 0,5$ – $9,522 \pm 0,11$, співвідношення – $1,702 \pm 0,02$. Через 48 год на $\lambda = 0,63$ – $17,152 \pm 0,14$, на $\lambda = 0,5$ – $10,272 \pm 0,11$, співвідношення – $1,672 \pm 0,02$. Зміни щоразу статистично істотні.

Гістологічно виявлений серозний ГП через 6 год, а відтак – гнійний.

Викладене свідчить, що використання співвідношення показників ШЗРЛП може бути об'єктивним критерієм наявності ГП без необхідності суб'єктивного оцінювання стану очеревини.