



ЗБІРНИК

**МАТЕРІАЛІВ КОНФЕРЕНЦІЇ
ФЕСТИВАЛЮ МОЛОДІЖНОЇ НАУКИ
«МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ»
18-20 січня 2021 року**





УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків, 18-20 січня 2021р.)
Харків, 2021. – 574 с.*

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов



лапаротомії, а в 3 (3,4%) випадках обмежилися дренажуванням черевної порожнини, у зв'язку з відсутністю довготривалої кровотечі з розривом печінки. Ендовідеохірургічний гемостаз здійснено 7 (8%) гемодинамічно стабільним постраждалим з I ступенем пошкодження печінки за класифікацією E. Moore. При діагностичній лапароскопії пошкодження печінки не було виявлено у 4 (4,6%) постраждалих, у зв'язку з неадекватною оцінкою геморагічного випоту, а також відмовою від дренажування черевної порожнини.

Висновок. Таким чином, інструментальні методи дослідження дозволяють з високою імовірністю встановити діагноз пошкодження печінки. З рентгенологічних ознак в 54,8% відзначається високе стояння купола діафрагми або вільний газ у черевній порожнині при пошкодженнях порожнистих органів. Але відсутність цих рентгенологічних ознак не виключає можливості пошкодження органів черевної порожнини.

Ультразвуковий метод є важливим методом діагностики при підозрі на пошкодження органів живота, зокрема печінки. І на додаток до клінічної картини, виявлення рідини дозволяє в більшості випадків (79,6%) правильно встановити діагноз до операції. УЗД повинно застосовуватися у всіх постраждалих при ЗТЖ.

Діагностична лапароскопія є обов'язковою у діагностиці постраждалих у важкому або вкрай важкому стані та дозволяє в 95,4% випадків своєчасно встановити діагноз.

Дзюба Марія Сергіївна
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КЕЛОЇДНИХ РУБЦІВ

Харків, Україна
Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №2
Науковий керівник: Свірепо Павло Васильович

Актуальність теми. Різні форми рубцевої патології шкіри нерідко є причиною функціональних, косметичних і психологічних порушень. Незважаючи на проведені наукові дослідження з приводу рубцевої патології шкіри, постійні



пошуки оптимальних способів лікування рубців, розвиток ринку фармацевтичної промисловості, проблема досі остаточно не вирішена.

Основна ознака келоїдів – швидке прогресування, поширення на неушкоджені навколишні тканини. Вони відрізняються спонтанним утворенням, навіть при поверхневих ушкодженнях, нестримним збільшенням, різко вираженими явищами запалення і поширенням на неушкоджені ділянки шкіри. Келоїд має пружну консистенцію, нерівну, злегка зморшкувату поверхню; по краях рубець потовщується і розростається, тому площа келоїдних рубців багаторазово перевищує площу попередньої рани. Ймовірність рецидиву келоїдних рубців дуже велика.

Хірургічні методи корекції келоїдних рубців шкіри не втратили свого значення, незважаючи на важкі рецидиви, які зустрічаються досить часто.

В нашому дослідженні запропоновано видалення келоїдних рубців 3 методами: розрізи перпендикулярно лінії натягу рубця з тангенціальним розщепленням келоїдної тканини з утворенням «черепичних» захитих клаптів, просте видалення келоїду, висічення келоїду за методом Конвея . Нами було відібрано 3 групи по 20 пацієнтів.

Першій групі проводили розрізи перпендикулярно лінії натягу рубця з тангенціальним розщепленням келоїдної тканини і паралельно один одному з утворенням «черепичних» захитих клаптів, що призвело до подовження рубцевого канатика і усунення келоїдної контрактури. Застосування цього методу дозволило, попередньо усунувши контрактуру, надійно запобігти вторинній травмі та розтягуванню новоутворених подовжених рубців, що сприяло їх подальшому розсмоктуванню у стані функціонального спокою під дією традиційних консервативних заходів. Рецидив келоїду відмічався у 10 % пацієнтів.

В другій групі проводили просте видалення келоїду хірургічним шляхом (простим розрізом), що призвело до додаткового синтезу колагену та виликало рецидив у 55% пацієнтів.



Третій групі проводили висічення келоїду за методом Конвея, який полягає у висіченні келоїду з частковим збереженням його вузького краю та накладанні внутрішньошкірного шва на краї рани атравматичною голкою, що не травмувало здорову шкіру, значить не стимулювало синтез додаткового колагену і знизило вірогідність рецидиву до 20 % піддослідних.

Потрібно також не забувати, що використовуючи будь-який із запропонованих методів хірургічної корекції келоїдів ми обов'язково маємо враховувати особливості шовного матеріалу. При використанні нами синтетичних шовних ниток у 86,7% пацієнтів сформувалися нормотрофні рубці, тоді як при використанні ниток природного походження в 95,1% у випадках утворилися гіпертрофічні або келоїдні рубці. Крім того, щоб мінімізувати ризик рецидиву, шви слід знімати якомога швидше (якщо шов не розсмоктується), і перевагу слід віддавати внутрішньошкірному шву одним швом, бажано з абсорбуючого синтетичного матеріалу, наприклад, вікрилу.

Висновки: на основі проведених досліджень, можемо стверджувати, що найефективнішим методом видалення келоїдних рубців є розрізи перпендикулярно лінії натягу рубця з тангенціальним розщепленням келоїдної тканини і утворенням «черепичних» захитих клаптів, з подальшою консервативною терапією для мінімізації ризику рецидивів. А також важливе значення в профілактиці рецидивування келоїдів належить правильному вибору шовного матеріалу, перевагу потрібно віддавати синтетичним ниткам.