

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«НОВЕ У МЕДИЦИНІ
СУЧАСНОГО СВІТУ»**

28-29 листопада 2014 р.

Частина II

**Львів
2014**

Остапещ М. О., Волковой В. А. ДОКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ БЕЗПЕЧНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СУХОГО ЕКСТРАКТУ З ТРАВИ ГЕРАНІ БОЛОТНОЇ	88
Пастухова В. А., Лук'янцева Г. В., Краснова С. П. ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ МІТОХОНДРІЙ ЛИТКОВОГО М'ЯЗУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ПРИ ФІЗИЧНОМУ НАВАНТАЖЕННІ .	89
Плевинскис П. В. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ЭКСПЕРТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ЖИВЫХ ЛИЦ В СЛУЧАЯХ НАЕЗДА АВТОМОБИЛЯ НА ПЕШЕХОДА	92
Sazonova O. M. AUTONOMIC DISTURBANCES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM OF GIRLS: ANTHROPOMETRIC ANALYSIS OF SELECTED PARTIAL DIMENSIONS AND DERMAL-FAT ROLL	95
Сивко А. И., Кириченко И. Н. ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ВОДОРОСЛИ PLADOPHORA AEGAGROPHILA	97
Shklyar A. S. SOMATOMETRIC INDEX OF BONE MASS AND ITS INTERELLATIONS WITH PHYSICAL DEVELOPMENT OF WOMEN DURING POSTNATAL ONTOGENESIS.....	100
Шкляр А. С., Шаповал О. В. КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ В КОМБУСТИОЛОГІЇ: УРАХУВАННЯ АНОМАЛІЙ СОМАТОТИПУ ТА КОМПОНЕНТНОГО СКЛАДУ МАСИ ТІЛА В ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ	102
Шкляр А. С., Шутов С. В. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ В ОНКОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ: НОМОГРАММЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТКАНЕВОГО ОБЪЁМА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ЕЁ ЛИНЕЙНЫМ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ.....	106
Шурко Н. О., Орлова Л. В., Даниш Т. В. ВІРУСНА БЕЗПЕКА АНТИГЕМОФІЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ	110

Шкляр А. С.
*кандидат медичних наук,
асистент кафедри оперативної хірургії
та топографічної анатомії*

Шаповал О. В.
*кандидат медичних наук,
асистент кафедри загальної та клінічної патології*
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
м. Харків, Україна

КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ В КОМБУСТІОЛОГІЇ: УРАХУВАННЯ АНОМАЛІЙ СОМАТОТИПУ ТА КОМПОНЕНТНОГО СКЛАДУ МАСИ ТІЛА В ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Вступ. Існуючі підходи до профілактики ранових ускладнень у хворих на опікову хворобу базуються на якомога ранньому виконанні хірургічних втручань, які спрямовані на видалення опікового струпа, як джерела інтоксикації та опосередкованого фактора формування загальних та місцевих (ранових) ускладнень [1, 127–129]. Водночас, розвиток нових хірургічних технологій, зокрема ранньої некректомії, дозволяє перетворити опікову рану на операційну, що призводить до зменшення інтоксикаційних проявів, частоти гнійно-септичних ускладнень та термінів лікування [2, 23]. Однак способи виконання ранньої некректомії (РНЕ) у разі глибоких опіків на значній площі не можна вважати досконало опрацьованими, в першу чергу за рахунок високої частоти ранових ускладнень [6, 18], недосконалості способів контролю гемостазу [7, 254–255] та відсутності даних щодо порівняльної клінічної ефективності різних видів заміщення ранового дефекту. Пріоритетним завданням є розробка та удосконалення способів прогнозування, діагностики і комплексного лікування хворих у гострому періоді опікової хвороби [3-5], оскільки саме в цей період, як ні в які інші, можна запобігати розвитку ранових та загальних ускладнень опікової хвороби [1, 127–129].

Мета дослідження полягала у вивченні впливу інфузійного лікування, яким враховуються компонентний склад тіла та наявність аномалій соматотипу, у першому періоді опікової хвороби на частоту і характер ранових ускладнень та опікових дефектів шкіри у віддаленому періоді.

Матеріали та методи дослідження. До першої групи віднесено 117 пацієнтів з глибокими опіками, які у гострому періоді отримали інфузійне лікування згідно до існуючих загальноновизнаних стандартів та яким виконано 363 хірургічних втручань: ранні некректомії – 117, аутодермопластика – 246. До другої групи віднесено 87 хворих з глибокими опіками, які у гострому періоді отримали інфузійне лікування згідно до існуючих стандартів та яким виконано всього 325 хірургічних втручань (некректомії, ксенодермопластика – 65 та аутодермопластика – 173) у т.ч. 87 ранніх некректомій за удосконаленою технологією, яка передбачає додатковий контроль якості виконання РХВ та гемостазу на етапах лікування. До третьої групи віднесено 40 хворих з глибокими опіками, котрим у

гострому періоді опікової хвороби проводилось інфузійне лікування, спрямоване на керування зоною паранекрозу та яким виконано 199 хірургічних втручань. Схема інфузійного лікування хворих цієї групи у гострому періоді опікової хвороби доповнювалась препаратами гідроксиетилкрохмалю; вказані препарати вводилися у добовій дозі (500,0÷1000,0) см³. Добова доза цих препаратів визначалася важкістю термічної травми, загальним станом хворого та ступенем гемоконцентрації; темп інфузії складав (1,5-2,0) см³/ кг / год. При визначенні площі опікового пошкодження шкіри враховано існуючі аномалії соматотипу та компонентний склад маси тіла хворих.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами виконано дослідження кореляційних взаємозв'язків між показниками структури опікової рани та факторами, які впливають на формування РУ (вік, наявність поєднаної патології, загальна площа та структура опікової рани, а також фактори лікувальної тактики).

При аналізі лікувальної тактики визначено, що за ступенем впливу (середнє значення кореляційних зв'язків фактора) на першому ранговому місці знаходиться «термін первинної інфузії» (0,858±0,032); на другому – «колоїдний індекс інфузійного середовища», який відображає його склад (0,760±0,096); на третьому – «темп інфузії», який відображає швидкість введення інфузійних засобів у розрахунку на масу тіла хворого впродовж доби (0,715±0,077).

Засобами профілактики таких ранових ускладнень (РУ), як неприживлення трансплантата, формування під ним гематом та гнійних осередків в першу чергу є удосконалення технологій РХВ. Сутність розробленого нами способу полягає у тому, що на тлі забезпечення компенсації загального стану хворого виконують некректомію, а ранову поверхню закривають тимчасовим покриттям (ТП).

Частота клініко – технологічних видів РУ серед хворих, при лікуванні яких було застосовано удосконалений спосіб РХЛ (друга група) становила: неприживлення трансплантата (13,6±3,7)%, формування під ним гематом – (12,0±3,0)%, гнійних осередків (14,9±3,8)%, тоді як частота клініко-морфометричних видів РУ достовірно не змінилася. Частота РУ за клініко-морфометричними ознаками серед хворих другої групи склала 48,3%, а частота РУ клініко-технологічного характеру – 33,3%.

В залежності від структури опікової рани виявлені достовірні ($p < 0,05$) розбіжності у частоті РУ. Так, якщо при $S_{ЗАГ} < 30,0\%$ кількість РУ становить (53,5±7,6) у розрахунку на 100 хворих, то при $S_{ЗАГ} > 30,0\%$ – їх кількість достовірно ($p < 0,05$) збільшується – (109,0±2,1) на 100 хворих. Кількість РУ серед пацієнтів другої групи (81,6±4,4 на 100 хворих) достовірно ($p < 0,001$) менша, ніж у першій групі (100,0±2,0 на 100 хворих), тобто застосування удосконаленого способу РХЛ дозволило знизити частоту РУ на 18,4% за рахунок зменшення на 30,0% кількості клініко-технологічних ускладнень. Удосконалена тактика керування зоною паранекрозу у поєднанні з удосконаленим способом РХЛ застосовані нами при лікуванні третьої групи хворих (40 осіб), а їх ефективність визначена за безпосередніми та найближчими результатами. Оцінка ефективності застосування удосконалених методів профілактики РУ виконана шляхом порівняння даних, отриманих у хворих трьох груп за основними компонентами з використанням клінічних індикаторів.

Так, якщо у першій та другій групі стабілізація центрального венозного тиску (ЦВТ), артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС) у перші 6 год досягнута серед $(17,1 \div 25,6)\%$ хворих, то у третій групі, відповідно у $(55,0 \div 62,5)\%$. У третій групі достовірно ($p < 0,001$) більша частка хворих – $(55,0 \pm 7,9)\%$ з «діуретичним відгуком» в перші 6 год, що є опосередкованою ознакою більш раннього відновлення мікроциркуляції, ніж серед хворих, які отримували традиційне ІЛ. Отже, удосконалене інтенсивне лікування у гострому періоді дозволяє більш ефективно досягати стабілізації загального стану та відновлення функціональної здатності судин мікроциркуляторного русла у зоні паранекрозу. Застосування удосконаленої лікувальної тактики у гострому періоді дозволяє забезпечити початок РХЛ у більшій частки хворих; так, якщо у першій групі РХВ виконані серед $(66,7 \pm 4,4)\%$ хворих, то серед хворих третьої групи достовірно ($p < 0,05$) у більшій кількості – $(90,0 \pm 4,7)\%$.

Аналіз ефективності профілактики РУ та кількісна оцінка одержаних результатів дозволили констатувати доцільність застосування удосконаленої лікувальної тактики, якою враховується компонентний склад маси тіла та наявність аномалій соматотипу для зменшення частоти та поширеності РУ. Клінічне впровадження удосконалених способів лікування дозволяє підвищити ефективність профілактики РУ на $62,0\%$ серед хворих, у яких застосовано удосконалений хірургічний спосіб та на $67,0\%$ – у разі комплексного застосування удосконаленої лікувальної тактики, скоротити терміни стаціонарного лікування на $25-30,0\%$ та забезпечити зменшення летальності у $1,7$ рази у порівнянні з традиційними методами лікування.

Висновки. Частота окремих видів РУ у хворих на опікову хворобу становить: погіршення мікроциркуляції в зоні паранекрозу у $(45,0 \pm 4,5)\%$ хворих, коліквація тканин у зоні некрозу – у $(20,0 \pm 3,7)\%$, збільшення зони некрозу за рахунок поглиблення рани – $(17,5 \pm 3,5)\%$. Неприживлення трансплантата, формування під ним гематом чи гнійних осередків і випадки його лізісу зареєстровано з частотою у межах $(10,0 \div 12,5)\%$. Серед РУ, показник частоти яких знаходиться у межах $(5,9 \div 16,4)$ на 100 хворих – формування гематом чи/і гнійних осередків під трансплантатом та його неприживлення. Залежно від структури опікової рани та її загальної площі частота та характер РУ достовірно ($p < 0,05$) відрізняються наступним чином: при $S_{ЗАГ} < 30,0\%$ кількість РУ становить $(54,8 \pm 7,4)$ на 100 хворих; при $S_{ЗАГ} > 30,0\%$ – їх кількість достовірно ($p < 0,05$) збільшується – до $(118,3 \pm 2,4)$ на 100 хворих. Серед факторів, які впливають на ризик формування ранових ускладнень та в цілому на перебіг опікової хвороби, визначені керовані та некеровані. Доведено, що вплив на керовані фактори (термін початку лікування, темп інфузії та якісно-кількісний склад інфузійного середовища з урахуванням компонентного складу маси тіла) є засобом профілактики поглиблення опікової рани у зоні паранекрозу, що дозволяє скоротити строки початку та зменшити обсяг ранніх хірургічних втручань за забезпечити мінімізації дефектів шкіри.

Список літератури:

1. Бігуняк В.В., Галайчук І.Й., Савчин В.В., Гуда Н.В.. Використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів для відновлення втраченого шкіряного покриву // Трансплантологія. – 2003. – Т. 4 – № 1. – С. 127–129.
2. Бойко В.В., Григор'єва Т.Г., Колесник Ю.П., Шаповал О.В., Долгая О.В., Шкляр А.С. Система індивідуалізації кількісно-якісного складу інфузійного середовища при лікуванні хворих на опіковий шок з аномаліями соматотипу // Наукові пропозиції установ АМН України, які рекомендовані до впровадження у практику охорони здоров'я / Журнал АМН України, 2004. – № 19. – С. 23.
3. Пат. 60260 А, Україна, МКІ 7 А61М1/02, А61К35/14. Спосіб лікування опікового шоку / Бойко В.В., Григор'єва Т.Г., Шаповал О.В., Долгая О.В., Шкляр С.П. (UA). – №2003076767; Заявл.18.07.2003; Опубл. 15.09.2003, Бюл. № 9.
4. Пат. 37531 А UA, МКІ А61В10/00 Зайцев В.Т, Григор'єва Т.Г., Ісаєв Ю.І., Цигельницький Е.Г., Шаповал О.В.Спосіб хірургічного лікування глибоких опіків; Заявл.13.04.1999; Опубл. 15.12.1993, Бюл. 12.
6. Пат. 37531 А UA, МКІ А61В10/00 Зайцев В.Т, Григор'єва Т.Г., Ісаєв Ю.І., Цигельницький Е.Г., Шаповал О.В. Спосіб хірургічного лікування глибоких опіків; Заявл.13.04.1999; Опубл. 15.12.2001, Бюл. 12.
7. Таран В.М. Обґрунтування доцільності проведення, методика виконання та ефективність раннього хірургічного лікування хворих з опіками: Автореф. дис. канд.. мед. наук. 140103.-Тернопіль, 2001. – 20 с.
8. Kamolz L., Andel H., Haslik W., Meissl G., Frey M. Use subatmospheric pressure therapy to prevent burn wound progression in human: first experiences // Burns. – 2011. – Vol. 30. – № 3. – P. 253–258.