

6. Kliot M., Slimp J. (1994) Techniques for assessment of peripheral nerve function at surgery. *Intraoperative Monitoring Techniques in Neurosurgery N. Y. McGraw-Hill Inc.* 275–285.
7. Moran, Steven L., Cooney, William P. (2009) Master Techniques in Orthopaedic Surgery: Soft Tissue Surgery, 1st Edition. *Lippincott Williams & Wilkins*, 17-36.
8. Prichayudh S., Verananvattna A., Sriussadaporn S., Sriussadaporn S., Kritayakirana K., Pak-art R. (2009). Management of upper extremity vascular injury: outcome related to the mangled extremity severity score. *World J Surg*, (33). 857-863.

УДК 616-001.31-08-035

О. В. Пономаренко

ЛКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ЗАКРИТТІ РАНОВИХ ПОВЕРХОНЬ МЕХАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Запорізький державний медичний університет, Україна

Summary. Ponomarenko E. V.. **TREATMENT TACTICS WHEN CLOSING THE WOUND SURFACES OF THE MECHANICAL GENESIS.** – *Zaporozhye State Medical University, e-mail: alena.ponomarenko@gmail.com*. The objective: to improve the results on treatment on the patients with wounds, functional and aesthetic defects on mechanical origin by developing a comprehensive program on surgery to restore the form and function on the body and limbs. Materials and methods: for 2013 – 2015 years on the clinic was operated on 211 patients with defects on epithelial tissues on mechanical origin. Of them men - 110, women - 91. The age on patients ranged from 17 to 76 years. Assessment on the severity on damage was determined by the classification of A. Kaplan, A. Markova. All the patients had been distributed to 4 groups. Group I – 69 (32,7 %) patients with isolated soft tissue injury (to the fascia). Group II – 71 (33,6 %) patients with lesions on epithelial tissues moderate who selivelihoods disrupted in a limited area with pararanovoy uzoneface (below the fascia). Group III – 39 (18,5 %) patients (tissue damage for a considerable distance). Group IV – 32 (15,2 %) patients, which was followed by the defeat on vascular injury – nerve bundle.

Key words: injury, traumatic injury, epithelial tissue, flap

Реферат. Пономаренко Е. В.. **ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТИИ РАНЕВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ МЕХАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.** Цель работы: улучшить результаты лечения больных с ранами, функциональными и эстетическими дефектами механического генеза путем разработки комплексной программы хирургического лечения для восстановления формы и функции тела и конечностей. Материалы и методы: за 2013 – 2015 годов в клинике было прооперировано 211 пациент с дефектами покровных тканей механического генеза. Из них мужчин - 110, женщин - 91. Возраст больных колебался от 17 до 76 лет. Оценка тяжести повреждений определялась по классификации А.В. Каплана, А.М. Марковой. Все больные в соответствии с ней были разделены на 4 группы. I группа – 69 (32,7%) больных с изолированным повреждением мягких тканей (до фасции). II группа – 71 (33,6%) больных с повреждениями покровных тканей средней тяжести, жизнедеятельность которых нарушена на ограниченном участке с парараневой зоной ушиба (ниже фасции). III группа – 39 (18,5 %) больных (повреждение тканей на значительном протяжении). IV группа – 32 (15,2 %) больных, у которых травма сопровождалась поражением сосудисто - нервного пучка, частичным или полным отчленением конечности.

Ключевые слова: рана, травматическое повреждение, покровные ткани, лоскут

Реферат. Пономаренко О. В. **ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ЗАКРИТТІ РАНОВИХ ПОВЕРХОНЬ МЕХАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ.** Мета роботи: покращити результати лікування хворих з ранами, функціональними та естетичними дефектами механічного генезу шляхом розробки комплексної програми хірургічного лікування для відновлення форми та функції тулуба й кінцівок. За 2013– 2016 рр. в клініці було прооперовано 211 пацієнтів з дефектами покривних тканин механічного генезу. З них чоловіків – 110, жінок - 91. Вік хворих коливався від 17 до 76 років. Оцінка важкості пошкоджень визначалася за класифікацією А.В. Каплана, О.М. Маркової. Всі хворі відповідно їй були розподілені на 4 групи. I група – 69 (32,7%) хворих з ізольованим пошкодженням м'яких тканин (до фасції). II група – 71 (33,6 %) хворих з пошкодженнями покривних тканин середньої важкості, життєдіяльність яких порушена на обмеженій ділянці з парарановою зоною забою (нижче фасції). III група – 39 (18,5 %) хворих (пошкодження тканин на значному протязі). IV група – 32 (15,2 %) хворі, в яких травма супроводжувалася ураженням судинно – нервового пучка, частковим або повним відчленінням кінцівки.

Ключові слова: рана, травматичне пошкодження, покривні тканини, клапоть

В структурі хірургічних хворих 5,3% становлять патологічні стани, які супроводжуються формуванням дефектів шкіри й м'яких тканин. Значну частину з них становлять посттравматичні ранові дефекти тулуба та кінцівок і останнім часом відмічається тенденція до подальшого збільшення їх частоти.

Одним з найбільш тяжких наслідків травматизму є інвалідність. За даними ВОЗ у світі нараховується більш ніж 500 мільйонів інвалідів. При цьому причинами інвалідності у пацієнтів молодого віку при травмах тільки у 25 – 30 % випадків є тяжкість самої травми, у 30 – 70% випадків – недоліки діагностики, лікування й організації медичної допомоги.

Лікування політравми пов'язане з вирішенням трьох основних задач: відновлення життєво важливих функцій, профілактики й лікуванню різноманітних ускладнень, обумовлених травматичною хворобою, максимально ранньою мобілізацією хворого для відновлення діяльності всіх органів та систем.

Мета роботи: покращити результати лікування хворих з ранами, функціональними та естетичними дефектами механічного генезу шляхом розробки комплексної програми хірургічного лікування для відновлення форми та функції тулуба й кінцівок.

Матеріали і методи: за 2013 – 2015 рр. в клініці було оперовано 211 пацієнтів з дефектами покривних тканин механічного генезу. З них чоловіків – 110, жінок - 91. Вік хворих коливався від 17 до 76 років.

Оцінка важкості пошкоджень визначалася за класифікацією А.В. Каплана, О.М. Маркової. Всі хворі відповідно їй були розподілені на 4 групи.

I група -69 (32,7%) хворих з ізольованим пошкодженням м'яких тканин (до фасції): 19 (27,5%) – аутодермопластика розщепленим шкірним трансплантатом; 15(21,7%) ксенопластика в ургентному порядку, з наступним закриттям рани розщепленим ауто трансплантатом; 7 (10,1%) – аутодермопластика за Тіршем; 11 (16%) – пластика місцевими тканинами, в 8 (11,6 %) випадках у відстроченому періоді для закриття дефекту використовувалася методика дерматензії. 9 (13,1 %) хворим з нейротрофічними виразковими дефектами на п'яті та ділянці попереку після травми використовували новий спосіб лікування ран, розроблений в клініці.

Застосовували препарат гіалуронової кислоти з натрієвою сіллю янтарної кислоти «Лацирта» 1,0 мл 1,5 % розчину, вводячи внутрішньошкірно навколо виразкового дефекту 1- 2 раз на тиждень 2-4 тижні. Протягом лікування проводили динамічні заміри ранового дефекту.

Всі хворі проліковані за даною методикою були виписані з позитивним результатом, а саме – повним заживленням трофічного дефекту.

Введення препаратів гіалуронової кислоти до позаклітинного матриксу дозволяє забезпечити ділянку оперативного втручання додатковою кількістю гіалуронової кислоти для оптимізації виконання її біологічних функцій у шкірі, а саме: підвищується тургор та пластичність тканин, стимулюються процеси еластогенезу, колагеногенезу та ангиогенезу.

Сукцинат натрію (натрієва сіль янтарної кислоти) діє на рівні мітохондрій – дозволяє активізувати процеси клітинного дихання, синтез АТФ та структурних білків

шкіри.

Дана методика лікування може бути використана не тільки в умовах стаціонару, але й амбулаторно, що значно зменшує терміни лікування й перебування хворого в стаціонарі.

Не зважаючи на те, що редермалізація – це методика, яка потребує спеціального навчання, подальше її використання не потребує специфічного інструментарію, анестезіологічної підтримки чи операційного приміщення.

Проведення щотижневих замірів ранового дефекту дозволяє оцінити результати лікування в динаміці й мати можливість корегувати лікування, що також не потребує спеціального інструментарію, окрім сантиметрової стрічки або кальки.

Таким чином, сукупність вищезазначених позитивних впливів дозволило підвищити ефективність лікування, прискорити одужання хворих, знизити кількість ускладнень і зменшити ліжкодень.

Крім того, що застосування цього способу не потребує спеціальних засобів та залучання спеціалістів іншого профілю, він може використовуватися в амбулаторному режимі з метою лікування тривало існуючих ранових дефектів у комплексі з хірургічними методами втручання.

II група - 71 (33,6%) хворих з пошкодженнями покривних тканин середньої важкості, життєдіяльність яких порушена на обмеженій ділянці з парарановою зоною забою (нижче фасції): у 6 (8,5 %) була виконана ксенопластика з аутодермопластикою розщепленими шкірним трансплантатом, 27 (38 %) пластика розщепленим аутодермотрансплантатом, 11 (15,5 %) аутодермопластика за Тіршем, 20 (28,2 %) пластика місцевими тканинами, 3 (4,2 %) пластика вільним повношаровим клаптом, 4 (5,6 %) комбінована пластика розщепленим й ротаційним клаптом.

III група – 39 (18,5 %) хворих (пошкодження тканин на значному протязі): 32 (82 %) виконували пластику ротаційним шкірно – жировим клаптом на осьовому кровопостачанні, 2 (5,1 %) випадках – закриття ранового дефекту суральним клаптом, у 1 (2,6 %) випадку – закриття ампутаційної кульги верхньої кінцівки шкірно – м'язовим клаптом, у 4 (10,3 %) випадках була використана методика дерматензії.

IV група – 32 (15,2 %) хворі, в яких травма супроводжувалася ураженням судинно – нервового пучка, частковим або повним відчленінням кінцівки, в 2(6,2 %) протезування підколінної артерії, декомпресійна фасціотомія гомілки, з подальшою аутодермопластикою ранового дефекту розщепленим шкірним трансплантатом; пластика шкірно – м'язовим клаптом найширокого м'язу спини на судинній ніжці у 1 (3,1 %) випадку; протезування стегнової артерії, декомпресійна фасціотомія, накладання вторинних швів – 2 (6,2 %) випадки; ревізія підколінної артерії з периартеріальноюсимпатекомією й пластикою дефекту складним клаптом. У 5 (15,6 %) хворих - шов задньої великогомілкової артерії, в 2 (6,2 %) випадках – декомпресійна фасціотомія з подальшим накладанням вторинних швів, в 5 (15,6 %) випадках перев'язка тилової артерії стопи. 3 (9,4 %) хворим виконаний шов ліктьової артерії, 3 (9,4 %) – перев'язкапроменевоїартерії, ранові дефекти закривалися в 6(18,9%) випадках за допомогою розщеплених аутодермотрансплантатів, в 3 (9,4 %) випадках виконана пластика місцевими тканинами.

Висновки:

1. Вибір методу корегуючого втручання й закриття дефекту покривних тканин залежав від розміру, глибини рани й гемодинамічних особливостей ділянки пошкодження.

2. Новий метод лікування наслідків травматичних ушкоджень з використанням препарату «Лацерта» розширив перспективи лікування пацієнтів з дефектами покривних тканин.

3. Диференційний підхід до вибору метода закриття ранових поверхонь, які обумовлені механічними пошкодженнями дозволив досягнути задовільних результатів у 98,75 % випадків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Каплан А. В. Повреждения костей и суставов / 3-е изд. А.В. Каплан. М.: Медицина, 1979. - 568 с.
2. Комбінована пластика поширених ранових дефектів / Сапа С. А., Горелов С. В., Сотников А. В., Купченко Я. В./ Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2012. – № 2 - 3. – С. 31.

3. Корж А. А. Комплексное системное лечение тяжелых открытых переломов // Лечение открытых переломов и их последствий. - М., 1985. - С. 12 -18.
4. Оптимизация лечения открытых переломов голени с тяжелой травмой мягких тканей / Петров Н. В., Бровкин С. В., Калашник А. Д., Таджиев Д. Д., Карев А. С., Петрова Е. А. // РМЖ. Хирургия. – 2013. - № 15. – С. 805 – 808.
5. Секела Т. Я. Патогенетичні особливості перебігу тяжкої травми в поєднанні з механічним пошкодженням шкіри та при застосуванні ксенодермопластики: Автореф. дис....к. мед. наук. – Тернопіль, 2010 – 19 с.

References:

1. Kaplan A. C. Damage to bones and joints / 3rd ed. A. V. Kaplan. – Moscow: Medicine, 1979. - 568 p.(Rus.).
2. Combined plastic surgery of the common wounds / Sapa S. A., Gorelov, S. V., Sotnikov V. A., I. V. Kupchenko// Acute and urgent conditions in medical practice. – 2012. – N 2- 3. – P.31 (Ukr.).
3. Korzh A. A. Complex systemic treatment of severe open fractures // The treatment of open fractures and their consequences. - Moscow, 1985. - P. 12 -18 (Rus.).
4. Optimization of treatment of open fractures of the tibia with severe trauma of soft tissues / Petrov N. I., Brovkin, S. V., et al// Surgery. – 2013. - N 15. – P. 805 – 808 (Rus.).
5. Sekelya T. Y. Pathogenetic characteristics of the course of severe trauma in combination with mechanical damage of the skin and in the application of xeno dermanaplasty: Synopsis candid. thesis in medicine. – Ternopil, 2010 – 19 p. (Ukr.).

УДК 616.711.5/.6-001.515-089

М. А. Сайед, В. Ф. Венгер, Ю. Н. Чуйко

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ВЗРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Summary. Saied M. A., Venger V. V., Chuiko J. N. **ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF UNCOMPLICATED BURST FRACTURES THORACIC AND LUMBAR SPINE.** – *Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine.* The article describes the methods of surgical treatment of uncomplicated vertebral burst fractures, to improve outcomes and reduce complications by optimizing the choice of treatment. Highlight 2 groups of patients: group 1 (57 patients) a standard transpedicular fixation, during operations carried out by manipulating the reduction of displaced fragments into the spinal canal through ligamentotaksis; in group 2 (49 patients) conducted ventral corrective spondylodesis. Comparison found that treatment by transpedicular fixation of the performance ligamentotaksisa led to the removal of spinal canal narrowing in 75.4% of cases. To increase the effectiveness of surgical treatment should be performed surgery in the first 4-8 hours after the injury with the use of modern methods transpedicular stabilization and holding closed-sparing hemilyaminektomy.

Key words: explosive uncomplicated fracture, chest, lumbar spine, transpedicular stabilization.