

1 типа, II (n=17) – с ГЭРБ и СД 2 типа. Проведена оценка гастроинтестинальных жалоб и результатов фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). Результаты. В I группе, по результатам ФГДС, неэрозивная ГЭРБ обнаружена у 5 (31,2%) больных, ГЭРБ степени А – у 11 (68,8%). Во II группе неэрозивная ГЭРБ обнаружена у 6 (35,3%), степени А – у 9 (52,9%), степени В – у 2 (11,8%) больных. Сочетание ГЭРБ с поражениями ГДЗ наблюдалось у большинства больных с преобладанием эритематозной гастропатии в обеих группах. Более глубокие поражения двенадцатипалой кишки (ДПК) наблюдались у больных II группы. Выводы. Эрозивная ГЭРБ встречается как при СД 1, так и 2 типа в 68,8% и 64,7% случаях соответственно. Среди пациентов с СД 2 типа поражения ГДЗ встречаются на фоне сниженного базального уровня pH желудка. Поражения ДПК сочетаются с ГЭРБ у 68,7% больных с СД 1 типа и у 76,5% с СД 2 типа, но частота развития эрозивной дуоденопатии выше у больных с СД 2 типа.

Summary

PECULIARITIES OF UPPER GASTROINTESTINAL PATHOLOGY IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Radionova T.O.

Key words: diabetes mellitus, gastrointestinal disorders, gastroduodenal area, diabetic gastropathy.

Diabetes mellitus (DM) is known as a disease of the 21 century with increasing prevalence. Some researchers claim that acid-dependent disorders of gastrointestinal tract (GIT) in patients with DM are more common than in non-diabetic patients. The goal of this study was to compare clinical and endoscopic features of esophageal affections and their combination with gastroduodenal (GD) lesions in patients with DM type 2. Design and methods. 93 case histories of inpatients with DM treated in the endocrinology department of Poltava regional clinical hospital were retrospectively analyzed, 43 (46,2%) of them were diagnose to have type 1 DM and 50 (53,8%) – type 2 DM. 33 (35,5%) patients were detected to have gastroesophageal reflux disease (GERD). They were divided into 2 groups: I (n=16) – patients with GERD and type 1 DM, II (n=17) – patients with GERD and type 2 DM. Upper GI complaints and upper endoscopy (UE) findings were evaluated. Results. Non-erosive GERD, according to the results of UE, among patients of the I group was detected in 5 (31,2%) casws, GERD stage A – in 11 (68,8%) cases. Among the patients of the II group non-erosive GERD was diagnosed in 6 (35,3%) cases, stage A – in 9 (52,9%) cases, stage B – in 2 (11,8%) cases. Combination of GERD with gastropathy was prevalent in the patients with predominant erythematous gastropathy in both groups. Deeper duodenal lesions were found in patients of the II group. Conclusions. The prevalence of erosive GERD makes up 68,8% and 64,7% in patients with DM type 1 and type 2 accordingly. GD lesions against decreased basal gastric pH are prevalent in patients with DM type 2. GERD in patients with DM type 1 and 2 combines with duodenal lesions in 68,7% and 76,5% of patients accordingly, however the frequency of erosive duodenopathy is higher in patients with DM type 2.

УДК 616 – 001 – 08:615.38

Рибалка Я.В.

РЕЗУЛЬТАТИ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ В КОМПЛЕКСІ З PRP-ТЕРАПІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ РАН

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Лікування пацієнтів з хронічними ранами часто потребує проведення оперативних втручань із заміщенням дефекту шкірою власного походження – аутодермопластики, методика є технічно та економічно доступною, але частота ускладнень залишається на сталому, відносно високому рівні та досягає 20-35%. Матеріали і методи. Проаналізовано результат лікування 71 хворого з хронічними ранами різного генезу. У пацієнтів основної групи (38 пацієнтів) оперативне втручання аутодермопластика доповнювалось заходами PRP-терапії. Результати. Встановлено, що застосування аутодермопластики в комплексі з PRP-терапією дозволило збільшити площу аутотрансплантату, що прижився на 15,2%, скоротити післяопераційний ліжко-день в 1,48 рази, термін повної епітелізації в 1,53 рази, знизити частоту рецидивів на 15%. Обговорення. Запропонована методика дозволяє в переважній більшості випадків добитися добрих та задовільних результатів. Результати залежать від локалізації та генезу хронічних ран. Відмічено високу частоту рецидивів в групі пацієнтів з хронічними ранами венозного генезу. Висновок. Комбіноване використання аутодермопластики та PRP – терапії під час оперативного відновлювального втручання є клінічно ефективним. Застосований метод дозволив статистично значимо покращити результати лікування пацієнтів з хронічними ранами.

Ключові слова: аутодермопластика, хронічні рани, плазма збагачена тромбоцитами, PRP-терапія.

Вступ

Вивчаючи проблему поширених дефектів м'яких тканин різного генезу, в т.ч. проблему загоєння хронічних ран (ХР), не можна оминати про-

відну роль відновлювальних шкірно-пластичних втручань. На сьогодні є загальноновизнаним твердження, що комплекс лікувальних заходів у пацієнтів з поширеними дефектами шкіри обов'язково передбачає проведення оперативних втру-

чань із заміщенням дефекту шкірою власного походження – аутодермотрансплантатом.

Існує велика кількість запропонованих методик таких втручань та їхніх модифікацій, які можна розподілити на 2 основних типи: методики пластики із застосуванням повношарового шкірного-жирового клаптя та аутодермопластику вільним клаптем. [2,4]

Перший тип пластики дозволяє повноцінно відновити дефект покривних тканин і звичайно має перевагу. На сьогодні, використання мікрохірургічної техніки дозволяє виконувати вільні пересадки комплексів тканин у будь-яку ділянку тіла.

До складностей і недоліків операцій такого типу відносяться їхня технічна складність, велика тривалість, значна травматичність та крововтрата, тривала анестезія, необхідність наявності мікрохірургічного інструментарію та володіння мікрохірургічною технікою. Частота післяопераційних ускладнень (переважно – гострі ішемічні порушення пересаджених комплексів) досягає понад 30%. Все перераховане вище значно обмежує застосування даних методик. [1,3]

Доступною альтернативою є використання методу аутодермопластики (АДП) розщепленим клаптем. Методика, історія якої налічує близько 150 років, і сьогодні не втратила своєї актуальності і є широко розповсюдженою. Використання дерматомів дозволяє визначати товщину та ширину аутодермотрансплантату. Для трофіки донорського пересаджуваного аутодермотрансплантату, який складається з шару епідермісу та частини сосочкового шару, достатньою є дифузія поживних речовин з рецепієнтної поверхні рани.

Методика лікування поширених дефектів покривних тканин АДП є технічно та економічно доступною, але частота ускладнень залишається на сталому, відносно високому рівні та, за різними даними, досягає 20-35%. Існують декілька класифікацій післяопераційних ускладнень АДП. Найчастіше застосовується термін «лізис», який, на нашу думку, є доволі умовним. Під поняттям «лізис», яке використовується у реконструктивній хірургії покривних тканин для оцінки ефективності виконаного втручання, розуміють змертвіння, відторгнення, деградацію, загибель, розплавлення, нагноєння трансплантату. Отже, поняття «лізис» є протилежним поняттю «прижив-

лення». Загальними ознаками лізису є оголення або тенденція до оголення вже закритих ран, що вимагає подальшого тривалого консервативного лікування в ділянці пластики та/або повторного оперативного втручання. Спільні ознаки мають також скорочення та зміщення трансплантату. [7]

Маркерами клінічної ефективності АДП є відсоток площі пересадженого клаптя, який прижився; частота післяопераційних ранових ускладнень; час, потрібний для повного загоєння ХР. Приживлення аутодермотрансплантату клінічно визна-чається за такими ознаками: колір клаптя, ступінь і характер ексудації, ступінь фіксації клаптя.

На думку науковців, результат АДП вважається добрим, коли відбувається повне приживлення трансплантату (площа якого складає понад 90%), а подальшому спостерігається повна епітелізація рани. [3,8]

Якщо даний показник становить 60-90%, це оцінюється як часткове приживлення. Подальше самостійне загоєння рани шляхом епітелізації вважається задовільним результатом АДП.

Приживлення пересадженого трансплантату менш ніж 50-60% є незадовільним результатом.

Матеріали і методи дослідження

Метод закриття ранового дефекту за допомогою АДП розщепленим перфорованим клаптем використовувався у 38 хворих основної групи та у 33 пацієнтів групи порівняння. Обидві досліджувані групи були поділені на підгрупи в залежності від етіологічного фактору виникнення ХР. До підгруп IA та IIA увійшли пацієнти з ХР на фоні артеріальної патології (14 та 12 пацієнтів відповідно). Підгрупи IB та IIB склались із пацієнтів з ХР венозної етіології (12 та 11 хворих відповідно). Пацієнти з ХР іншої етіології (післяопікові, пролежні, післяопераційні) увійшли до підгруп IC та IIC (12 та 10 хворих).

Середній вік пацієнтів склав 51,4 та 57,2 років відповідно. Площа ранового дефекту перед АДП складала в основній групі 45,5 см², в групі порівняння - 43,4 см². Тривалість ранового процесу складала від 1,5 до 6 місяців. За локалізацією переважали ХР гомілок та стоп – 60 (84,5%), в основній групі – 33 пацієнти (86,8%), в групі порівняння 27 пацієнтів (81,8%). За вказаними параметрами досліджувані групи були співставими.

Таблиця 1.
Розподіл пацієнтів досліджуваних груп за віком, статтю, площею ран

| Ознака | I група – основна (n=38) | | | II група - порівняння (n=33) | | |
|---------------------------|--------------------------|----------|-----------|------------------------------|-----------|-----------|
| | IA(n=14) | IB(n=12) | IC(n=12) | IIA(n=12) | IIB(n=11) | IIC(n=10) |
| Вік, роки | 54,8±7,2 | 49±5,5 | 52,7±10,2 | 62,3±6,5 | 59,4±9,2 | 48,2±8,8 |
| Стать (ч/ж) | 8/6 | 5/7 | 6/6 | 4/8 | 3/8 | 5/5 |
| Площа ХР, см ² | 46,4 | 33,8 | 55,2 | 50,2 | 37,2 | 47,8 |

Безумовно, блискуче виконане з технічної точки зору оперативне втручання (АДП) не гарантує відсутність післяопераційних ускладнень та 100% приживлення аутодермотрансплантату. Багато в чому, успіх АДП залежить від правильно підібраного терміну операції. З точки зору фазності

ранового процесу найсприятливішою є друга фаза ранового процесу, для якої є характерним зниження запальних процесів та активація регенеративних процесів, під час яких з'являється грануляційна тканина та відновлюється периферичний кровоток. Готовність рецепієнтної зони

до АДП визначається як за допомогою клінічної візуальної оцінки стану ХР, яка, звичайно, містить елемент суб'єктивізму, так і за допомогою об'єктивних маркерів процесів ранової регенерації, які визначають подальший прогноз результатів. [3,6]

Клінічними візуальними критеріями до виконання АДП в нашому дослідженні слугували: площа ранового дефекту понад 15 см²; наявність «чистої» гранулюючої рани без некротичних тканин, вираженої серозної та гнійної ексудації та з наявністю яскравої «соковитої» грануляції; поява крайової епітелізації по периметру ХР; висока адгезивність рани.

Для об'єктивного оцінювання стану регенеративних процесів нами використовувалось морфологічне дослідження, а саме аналіз цитограм. Критерієм готовності рецепієнтної рани до оперативного втручання (АДП) є стійка позитивна динаміка цитологічної картини рани, яку характеризує зміна дегенеративно-запального типу цитограми на запально-регенеративний, регенеративно-запальний та регенеративний типи цитограми (IV, V, VI типи).

Наступним чинником, який визначає результат АДП, є інфекційний фактор. Безумовно, надмірна мікробна контамінація та інвазія мікроорганізмів в товщу грануляційної тканини може призводити до невдалих результатів. За більшістю даних, межою допустимого мікробного забруднення є рівень - 10³ на 100 лейкоцитів [1,2,8]

Отже, комплексна оцінка та клінічна інтерпретація вищеперерахованих методів дозволила визначити ступінь готовності ХР до АДП та спрогнозувати покращення післяопераційних результатів.

АДП виконувалась розщепленим перфорованим клаптом за методикою Тирша. Для взяття трансплантату застосовували електричний дерматом. Вільний шкірний клапоть забирався з передньо-зовнішньої поверхні стегна. При локалізації ХР на гомілці, донорська ділянка шкіри стегна відповідала стороні ураження гомілки (права гомілка – праве стегно). Забор аутоотрансплантату проводився під місцевою інфільтраційною анестезією.

Враховуючи рекомендації та дані медичної літератури, товщина аутодермотрансплантату в нашому дослідженні складала 0,3-0,4 мм, що забезпечує задовільні результати щодо лізису та відторгнення клаптя та уникає надмірної травматизації донорської ділянки. При виконанні АДП в ділянці кісток, суглобів, опорних або контактних поверхонь (ділянки з програмованими підвищеними навантаженнями) товщина трансплантату складала 0,5-0,6 мм. [3,5]

Зазначимо, що з точки зору пластичної хірургії дуже важливим моментом є відповідність розташування перфорацій-насічок за ходом силових ліній. Це дозволяє покращити косметичний ефект, запобігає формуванню грубих рубців, а

також знижує частоту рецидивів виникнення дефектів. Отже, аутоотрансплантати перфоровались за допомогою скальпелю за ходом силових ліній Лангерса. Коефіцієнт перфорації складав 1:1 – 1:3. Перфорації забезпечували щільний контакт аутодермотрансплантату із рановою поверхнею та сприяли адекватному відтоку ранового ексудату. [2,4]

Розщеплений шкірний клапоть поміщався на область дефекту, фіксувався в одній зі своїх точок і розправлявся анатомічним пінцетом по всій площині дефекту. Дотримувалось збереження орієнтації дистальної та проксимальної частин аутодермотрансплантату при розміщенні його на рецепієнтній поверхні. Краї пересащеного аутоотрансплантату фіксувались рідкими вузловими швами до країв рецепієнтної поверхні. На ранову поверхню накладали губку «Метуракол» (має анаболічну активність, гемопоетичну, лейкопоетичну, імуностимулюючу, протизапальну дію, нормалізує нуклеїновий обмін, прискорює процеси клітинної регенерації в ранах, прискорюючи зростання грануляційної тканини та епітелізацію. При накладенні на рану губка щільно прилягає до її поверхні, вбирає ранові виділення, набухає і поступово лізується).

При виконанні оперативного втручання вважали неприпустимим та уникали загортання країв клаптя, укладання клаптя вниз епідермісом, укладання клаптя з перекриванням країв («внахльост»), надмірного натягу трансплантату, великих проміжків між трансплантатами.

Якщо рецепієнтна зона була розташована у функціонально активній ділянці, додатково використовувалось адекватне позиціонування та іммобілізація кінцівки.

У пацієнтів основної групи операція АДП додатково доповнювалась застосуванням аутологічної PRP, яку отримували безпосередньо перед маніпуляцією шляхом центрифугування крові протягом 10 хвилин при 3000об/хв., після якого в пробірках відбувалось пошарове розділення крові. Середній шар забирали в окрему пробірку.

Отриману PRP поділяли на 2 рівні частини, перша з яких прикладалась у вигляді аплікації на ранову поверхню підготовлену до пересадки, другу вводили шляхом ін'єкцій в навколишні тканини по периферії рани (від 10 до 20 ін'єкцій по 0,1 мл) безпосередньо перед накладанням асептичної пов'язки. Відстань між місцями ін'єкцій складала 1-2 см.

В післяопераційному періоді пацієнтам обох груп призначались знеболювальні препарати, продовжувалось призначення антибактеріальних засобів, вазоактивних препаратів, дезагрегантів.

Однією із причин ускладнень АДП є зміщення клаптя під час перев'язки, тому перша зміна пов'язки з метою уникнення цього виконувалась нами на 3-4 післяопераційну добу. Перші результати пластики оцінювались на 10 післяопераційну добу.

Результати та їх обговорення

При виконанні АДП післяопераційних ранових ускладнень з боку донорської рани у пацієнтів обох досліджуваних груп не спостерігалось.

В основній групі, підгрупі IA (пацієнти з ХР на фоні ХАН) повне приживлення аутоотрансплантату (площа приживлення понад 90%) спостерігалось у 78,57% випадків (у 11 з 14 пацієнтів), що трактувалось як добрий результат. Ускладнення (лізис аутоотрансплантату, крайові некрози, площа приживлення – 60-90%) спостерігались відповідно у 3 пацієнтів - 21,43%. Випадків повного відторгнення, тотального лізису клаптя (незадовільний результат) не було.

В групі порівняння, підгрупі IIA повне приживлення клаптя (добрі результати) ми спостерігали у 66,67% випадків (у 8 з 12 пацієнтів). Задовільні результати (частковий лізис клаптя до 40% його площі) спостерігались відповідно у 2 пацієнтів – 16,67%. В 2 випадках (16,67%) відбулось масивне (понад 60% площі) відторгнення аутоотрансплантату.

В основній групі, підгрупі IB (пацієнти з ХР венозного генезу) повне приживлення аутоотрансплантату спостерігалось у 75% випадків (у 9 з 12 пацієнтів). Ускладнення спостерігались від-

повідно у 3 пацієнтів - 25%. Структура ускладнень виглядала таким чином: 1 випадок (8,33%) – тотальне відторгнення аутоотрансплантату (незадовільний результат), 2 випадки (16,67%) – частковий лізис клаптя (приживлення 60-90%, задовільний результат).

В групі порівняння, підгрупі IIB повне приживлення аутоотрансплантату відбулось у 45,45% випадків (5 з 11 пацієнтів). Серед ускладнень у 4 випадках (36,36%) спостерігався частковий лізис клаптя (задовільний результат), та у 2 випадках (18,18%) результат був незадовільним, відбулось тотальне відторгнення аутоотрансплантату.

В основній групі, підгрупі IC (ХР іншої етіології) повне приживлення аутоотрансплантату спостерігалось у 100% випадків, ускладнень не спостерігалось.

В групі порівняння підгрупі IIC повне приживлення пересаженого клаптя відбулось у 8 з 10 пацієнтів (у 80% випадків) – добрий результат. Ускладнення спостерігались відповідно у 3 пацієнтів (20%). У всіх випадках спостерігався частковий лізис, крайові некрози аутоотрансплантату, що оцінювалось як задовільний результат.

Результати АДП представлені в таблиці 2.

Таблиця 2.

| Результат АДП | Досліджувані підгрупи | | | | | |
|---------------|-----------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | IA(n=14) | IIA(n=12) | IB(n=12) | IIB(n=11) | IC(n=12) | IIC(n=10) |
| Добрі | 78,57% | 66,67% | 75% | 45,45% | 100 | 80 |
| Задовільні | 21,43% | 16,67% | 16,67% | 36,36% | 0 | 20 |
| Незадовільні | 0 | 16,67% | 8,33% | 18,18% | 0 | 0 |

Відсоток площі аутоотрансплантату, що прижився, в основній групі склав $90,6\% \pm 3,8$, в групі порівняння $75,4 \pm 6,8$, що на 15,2% більше ($p < 0,05$).

При спостереженні за результатами протягом 1 року в групах IB та IIB у пацієнтів з добрими та задовільними результатами рецидив трофічної виразки спостерігався в 2 з 11 випадків (18,18%) та в 3 з 9 випадків (33,33%) відповідно.

Терміни загоєння та епітелізації донорської рани у пацієнтів обох досліджуваних груп були порівнянні терміни ($p > 0,05$), та складали від 15 до 20 діб.

Термін стаціонарного лікування після АДП в основній групі склав $13,2 \pm 4,2$ ліжко-дня, в групі порівняння - $19,6 \pm 6,6$ ліжко-дня, що на 6,4 ліжко-дня менше ($p < 0,05$). Для повного загоєння ХР у пацієнтів основної групи знадобився $25,6 \pm 7,4$ день, в групі порівняння цей показник склав $39,2 \pm 10,2$ день ($p < 0,05$). Таким чином, застосування PRP-терапії дозволило скоротити післяопераційний ліжко-день після АДП в 1,48 рази, а термін повної епітелізації ХР в 1,53 рази.

Отже, ретельне дотримання описаних вище критеріїв вибору строку виконання втручання по закриттю ХР розщепленим клаптем та технічних принципів операції дозволяє в переважній більшості випадків добитися добрих та задовільних результатів приживлення трансплантату.

Аналіз результатів показав також залежність

останніх від локалізації ХР. Найкращий результат спостерігався при локалізації рецидивної зони на м'язовому масиві. Навпаки, закриття рани в зоні крупних суглобів, на контактних або опорних поверхнях, частіше супроводжувалось незадовільними результатами, а в подальшому - утворенням рецидивів та рубцевих деформацій.

Висока частота рецидивів трофічних виразок в групі пацієнтів з ХР венозного генезу та гірші, порівняно з іншими групами, результати АДП, доводять, що навіть вдале загоєння ранового дефекту без корекції венозної гіпертензії приречене на невдачу. Основним патогенетичним чинником флебогіпертензії є горизонтальний рефлюкс крові через неспроможність перфорантних вен, та (в меншому ступені) недостатність клапанів підшкірних вен. Отже, є необхідною подальша її (флебогіпертензії) оперативна корекція, яка передбачає диссекцію неспроможних перфорантних вен.

Відомо, що наявність відкритої трофічної виразки з ознаками інфікування у пацієнтів з ХВН є одним з відносних протипоказань до проведення коригуючих оперативних втручань на венозній системі. Але можливість закрити хронічний рановий дефект (навіть тимчасово), закрити вхідні ворота для інфекції, створює умови для виконання оперативної корекції венозного кровотоку під час періоду ремісії.

Таким чином, не дивлячись на велику кіль-

кість сучасних методик лікування ХР, аутодермопластика залишається «золотим стандартом» повноцінного відновлення шкірного покриву з високою частотою приживлення клаптя.

Висновки

Результати відновлювальних втручань не завжди є задовільними. Важливу роль в успіху АДП відіграють ретельна передопераційна підготовка ранового дефекту, яка спрямована на стимуляцію утворення грануляційної тканини та епітелізації, зменшення мікробної контамінації до прийнятного рівня, компенсацію супутньої соматичної патології. Вибір термінів відновлювального втручання вимагає чіткого дотримання маркерів готовності реципієнтної ділянки.

Комбіноване використання АДП та PRP – терапії під час оперативного відновлювального втручання – є клінічно ефективним. Застосований метод дозволив статистично значимо покращити результати лікування пацієнтів з ХР: скоротити термін передопераційної підготовки, скоротити терміни післяопераційного стаціонарного лікування, скоротити терміни повного загоєння ранового дефекту, знизити частоту післяопераційних ускладнень у вигляді незадовільних результатів АДП, зменшує кількість рецидивів.

Отже, застосування в запропонованому комплексі лікувальних заходів PRP – терапії дозволяє нам назвати цей метод патогенетичним,

оскільки в процес залучаються природні фактори росту тромбоцитів, тим самим стимулюється ангиогенез та загоєння ХР. Запропонована методика сприяє швидшому загоєнню поширених ХР, дозволяє підвищити ефективність лікувальних заходів, а також є економічно доступною.

Література

1. Біляева О.О. Аутодермопластика в комплексному лікуванні хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок в стадії трофічних порушень / О.О. Біляева, В.М. Роговський, В.В. Яцун // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. – Т.14, №4. – С. 20-23.
2. Чорна І. О. Регуляція перебігу ранового процесу за допомогою сучасних гідрофільних мазей / І. О. Чорна, О. В. Лігоненко, М. І. Кравців // Клінічна хірургія. – 2006. - №11/12. - С.73-74.
3. Лігоненко О. В. Прогнозування перебігу загоєння гнійних ран / О. В. Лігоненко, І. І. Дігтяр, М. І. Кравців // Хірургія України. - 2011. - № 2. - С. 60-64.
4. Кравцов А. В. Возможности стимуляции приживления свободных аутодермотрансплантатов при глубоких ожогах / А. В. Кравцов, А. А. Цогоев, Ю. И. Козин [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2017. - № 1(82). – С. 103–108.
5. Герасимов Г. Н. Результаты модифицированного способа аутодермопластики вялогранулирующих ран и трофических язв нижних конечностей / Г. Н. Герасимов // Экспериментальная і клінічна медицина. – 2015. - №3(68). – С. 135-138.
6. Дужий І. Д. До проблеми лікування трофічних виразок нижніх кінцівок / І. Д. Дужий, В. П. Кисляков, В. М. Попадинець [та інш.] // Харківська хірургічна школа. – 2017. - № 1(82). – С. 96–99.
7. Лыхман В. Н. Опыт применения аутоплазмы обогащенной тромбоцитами для стимуляции репаративных процессов у больных с трофическими язвами венозной этиологии / В. Н. Лыхман, И. И. Арсений, К. Р. Мардамян [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2017. - № 2(83). – С. 159–161.
8. Рубанов Л. М. Аутодермопластика в лечении хронических ран: критерии эффективности подготовки к пластическому закрытию и прогнозирование результата / Л. Н. Рубанов, Ю. И. Ярец, З. А. Дундаров // Хирургия. Восточная Европа. – 2016. – Т.5, №3. – С.455-466.

Резерат

РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ В КОМПЛЕКСЕ С PRP-ТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РАН

Рыбалка Я.В.

Ключевые слова: аутодермопластика, хронические раны, плазма, обогащенная тромбоцитами, PRP-терапия.

Лечение пациентов с хроническими ранами часто требует проведения оперативных вмешательств с замещением дефекта кожей собственного происхождения - аутодермопластики, методика технически и экономически доступна, но частота осложнений остается на постоянном, относительно высоком уровне и достигает 20-35%. Материалы и методы. Проанализировано результаты лечения 71 больного с хроническими ранами различного генеза. У пациентов основной группы (38 пациентов) оперативное вмешательство аутодермопластика дополнялось мерами PRP-терапии. Результаты. Установлено, что применение аутодермопластики в комплексе с PRP-терапией позволило увеличить площадь аутодермотрансплантата, который прижился на 15,2%, сократить послеоперационный койко-день в 1,48 раза, срок полной эпителизации в 1,53 раза, снизить частоту рецидивов на 15%. Обсуждения. Предложенная методика позволяет в большинстве случаев добиться хороших и удовлетворительных результатов. Результаты зависят от локализации и генеза хронических ран. Отмечена высокая частота рецидивов в группе пациентов с хроническими ранами венозного генеза. Вывод. Комбинированное использование аутодермопластики и PRP - терапии при оперативного восстановительного вмешательства клинически эффективным. Применяемый метод позволил статистически значимо улучшить результаты лечения пациентов с хроническими ранами.

Summary

RESULTS OF AUOTODERMOPLASTY INTEGRATED INTO PRP-THERAPY OF CHRONIC WOUNDS

Rybalka Ya.V.

Key words: autodermoplasty, chronic wounds, plasma enriched with platelets, PRP-therapy.

Treatment of patients with chronic wounds often requires surgical interventions to replace the defect with autologous skin, autodermoplasty, the technically and economically available technique, but the incidence of its complications has a constant, relatively high rate and reaches 20-35%. Materials and methods. The treatment results obtained from 71 patients with chronic wounds of various geneses have been analyzed. In the patients of the main group (38 patients), operative intervention of autodermoplasty was supplemented with PRP-therapy measures. Results. It was found that the use of autodermoplasty in combination with PRP-therapy enabled to increase the autograft area, to reduce the postoperative staying at the hospital by 1.48 times, and the period of complete epithelisation by 1.53 times, to reduce the relapse rate by 15%. Discus-

sions. The proposed methodology allows in most cases to achieve good and satisfactory results. The results depend on the localization and genesis of chronic wounds. There was a high incidence of relapses in the group of patients with chronic wounds of venous geneses. Conclusion. Combined use of autodermoplasty and PRP-therapy in case of surgical restorative intervention has been found out as clinically effective. The applied method enables to reach statistically significant improvement of the treatment outcomes for patients with chronic wounds.

УДК: 616-06-036.3:613.25

Рокутова М.К., Тищенко І.В., Бондарева О.О., Дольник М.Ю.

ОЖИРІННЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНИМИ СТАНАМИ: СТАВЛЕННЯ ДО ФАКТОРІВ РИЗИКУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

З метою оцінити відношення пацієнтів терапевтичного стаціонару до ожиріння опитано за допомогою оригінальної анкети 42 хворих на ожиріння. Пацієнти були госпіталізовані з приводу артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу, ішемічної хвороби серця, пневмонії, гіпотиреозу та хронічного пієлонефриту. Проаналізовані особливості харчової поведінки, режиму фізичних навантажень хворих, анамнез ожиріння, анамнез корекції ваги тіла. Головними чинниками ожиріння у опитаних виявились нераціональне харчування, гіподинамія, обтяжений сімейний анамнез, порушення режиму сну, окремими факторами - вікові особливості у жінок, зміни стереотипу життя. Встановлено, що хворі мають уявлення про наслідки тривалого ожиріння для здоров'я, але майже не приділяють уваги зниженню маси тіла. Спроби лікування мають несистемний характер, переважно шляхом самостійної корекції харчового раціону, без значного ефекту.

Ключові слова: ожиріння, фактори ризику, харчова поведінка, фізичне навантаження, спосіб життя, корекція надмірної ваги, мотивація.

Кафедральна науково-дослідницька тема «Особливості коморбідних станів при ендокринних захворюваннях» (Шифр ІН.02.16.).

Вступ

Поширеність ожиріння наприкінці ХХ ст., за даними статистики, набула характеру глобальної епідемії. Кількість людей в світі, які мають надлишкову вагу, сьогодні складає близько 1,6 млрд., ще майже 700 млн. хворіє на ожиріння [11]. Від ожиріння страждають понад 50% жителів розвинених країн. Ожиріння має аспекти естетичні, соціальні, але насамперед це проблема медична [10]. Внаслідок ожиріння страждають кістково-м'язовий апарат, печінка, змінюються моторика та секреція шлунково-кишкового тракту, функція легень, вражаються серце та судини [1,3], порушується адаптація людини до соціуму. Ожиріння та його ускладнення, як правило, не виділяють як головні причини смертності, але воно, беззаперечно, є найважливішим фактором ризику головних причин смертності населення у світі (серцево-судинні хвороби, деякі види раку, цукровий діабет) [1,3,5]. З цієї точки зору, серед причин смерті, яким можна запобігти, ожиріння посідає друге місце (після куріння) за частотою смертельних випадків у світі [10]. Фактори ризику ожиріння добре відомі. Серед зовнішніх причин це значне споживання калорій, недостатня фізична активність, стреси. Не менш значущими є внутрішні фактори: порушення регуляції апетиту, ліпідного обміну, вікові зміни в організмі, гормональні порушення (гіперінсулінемія, гіперкортизолемія, недостаток естрогенів) та змінена спадковість [2,4,6,7].

Патологічні процеси, пов'язані з ожирінням, становлять важливу проблему не тільки для па-

цієнта, а й для всієї системи охорони здоров'я [1,8]. Лікування ожиріння - складне завдання. В лікуванні даного захворювання головними та патогенетично обґрунтованими є зусилля, спрямовані на нормалізацію метаболічних зрушень та зниження ваги [1]. Кожному пацієнту необхідно скласти індивідуальну конкретну програму не тільки для зниження зайвої ваги, а ще й для стійкого утримання досягнутого оптимального результату [1,8]. Ефективність лікування хворих на ожиріння залишається дуже низькою [1,8]. Терапевтичні навчальні програми спрацьовують далеко не у всіх випадках, тому при тяжких формах може постати питання навіть про хірургічні методи лікування [8]. Все одно терапевтичне навчання залишається основним методом боротьби. Головна мета – формування усвідомленої медичної мотивації до тривалого лікування, зміни звичного способу життя, підвищення особистої відповідальності хворого за своє здоров'я та життя [1,8,9].

Досягти суттєвого зниження ваги досить складно. Найбільшим фактором успіху є стійка внутрішня мотивація хворого та бажання лікаря допомогти [4,8,9]. На жаль, незважаючи на те, що ожиріння є фактором ризику багатьох захворювань, на те, що розроблені офіційні профілактичні програми та методи лікування, велика кількість людей надалі не звертають увагу на зайву вагу та не вважають її проблемою.

Мета дослідження

Проаналізувати фактори ризику розвитку ожиріння у хворих з соматичною патологією та