

дна порожнини рота та верхньої третини шиї [Текст] / С.М. Шувалов, А.О. Малаховська // Альманах сто-

матології. - 2006. - № 3. - С. 15-18. Baron R. Neuropathic pain. The long path from mechanisms to mechanism -

based treatment [Текст] / R. Baron // Anaesthesist. - 2000. - Vol. 49, № 5. - P. 373-386.

Малаховська А.А., Шувалов С.М.

РОЛЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕМЕДИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ

Резюме. В работе предложена схема премедикации для проведения оперативных вмешательств по поводу гнойно-воспалительных процессов в проводниковому обезболивании. К схеме премедикации включен декскетпрофен трометамол. Показана высокая эффективность комбинированной методики: проводной обезболивания на фоне предложенной премедикации. Но ее значение в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: гнойно-воспалительный процесс, проводниковое обезбоживание, премедикация, послеоперационный период.

Malakhovska A.A., Shuvalov S.M.

THE ROLE OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN THE PREMEDICATED OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY PROCESSES

Summary. In the scheme of premedication for surgical interventions for chronic inflammatory processes in the regional anesthesia. By the scheme included premedication dexalgin. The high efficiency of the combined methods: wire on the background of the proposed anesthesia pmedication. But its importance in the postoperative period.

Key words: purulent inflammation, regional anesthesia, premedication, postoperative period.

Стаття надійшла до редакції 26.02.2013р.

Малаховська Анна Олександрівна - канд. мед. наук, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; dr_anna83@mail.ru;
Шувалов Сергій Михайлович - д.мед.н., професор, зав. кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова.

© Нагайчук В.В.

УДК: 616-001.17-089

Нагайчук В.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕРМАЛЬНИМИ ПОВЕРХНЕВИМИ ОПІКАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Резюме. Стаття присвячена питанню ранньої хірургічної некректомії в щелепно-лицевій ділянці при дермальних поверхневих опіках та наступного лікування післяопераційних ран в умовах вологого середовища під силіконовим покриттям з використанням біогальванізації. Основу клінічних досліджень становлять спостереження за 125 хворими з дермальними поверхневими опіками щелепно-лицевої ділянки.

Ключові слова: опіки, раннє хірургічне лікування, силіконове покриття, ксенодермотрансплантат, вологе середовище, біогальванізація.

Вступ

Термічні ураження являють собою актуальну медичну, соціальну та економічну проблему. Опіки щелепно-лицевої ділянки зустрічаються досить часто і складають від 5% до 33% серед інших локалізацій, а їх лікування в плані естетичних результатів, залишається актуальною складною проблемою сучасної хірургії. Це пов'язано з частим ураженням відкритої частини людського тіла, її величезним значенням в естетичному і функціональному плані, складністю і тривалістю лікування потерпілих з даною патологією і частими негативними результатами як консервативного, так і хірургічного лікування [Гуруков, 2005].

Після самостійного відторгнення некрозу, в рані утворюються та ростуть грануляції з фіброзним ша-

ром в основі, товщина якого залежить від терміну існування рани. Чим раніше відновлений шкірний покрив, тим тонший шар грануляцій, а відповідно і менше умов для утворення грубих деформуючих рубців [Зубанова, Шепель, 2011].

Відомий метод лікування опіків, який полягає в самостійному відторгненні некротичних тканин, не тільки не профілактує розвиток рубців, а навпаки, за рахунок формування грануляцій в рані сприяє їх розвитку. В результаті рубцювання м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки виникає вкорочення повік та їх виворіт, утворення стягуючих рубців в області рота і підборіддя, деформація вушних раковин, ротової щілини [Робустова, 2003; Трусов і др., 2004; Короткова і др., 2004;

Huakusoku et al., 2010].

Локалізація дефекту, його примітність або наявність грубого рубцевого дефекту м'яких тканин естетично важливих зон наносять пацієнту фізичні і непоправні моральні страждання, визивають комплекс неповноцінності, тяжкі психоемоційні переживання і зриви. Це значно впливає на формування особистості, а в подальшому і його соціальної адаптації в суспільстві.

В останні роки в Україні активно впроваджується раннє хірургічне лікування обпечених. Радикальна хірургічна некректомія виконана на 2-3 добу після отримання опіку з одномоментним закриттям післяопераційних ран ліофілізованими ксенодермотрансплантатами є першою і останньою операцією у хворих з дермальними поверхневими опіками незалежно від площі та локалізації опікових ран. Вона перериває або полегшує перебіг опікової хвороби, покращує естетичні і функціональні результати лікування [Козинець і др., 2008; По-встенко, Коваленко, 2000; Таран, 2001].

Водночас дискусійними залишаються питання застосування методів лікування дермальних поверхневих опіків щелепно-лицевої ділянки - консервативні чи хірургічні, відкриті (без пов'язки) чи закриті (пов'язочні), вологі чи сухі. Вищенаведене свідчить про високу соціальну і медичну значущість проблеми підвищення якості лікування хворих з опіками щелепно-лицевої ділянки.

Мета дослідження - підвищити ефективність лікування хворих з дермальними поверхневими опіками щелепно-лицевої ділянки шляхом поліпшення умов перебігу ранового процесу на основі ранньої хірургічної некректомії та удосконалення технологій місцевого лікування післяопераційних ран.

Матеріали та методи

Клінічне дослідження включає результати лікування 125 хворих, серед яких 85 (68,0 %) чоловіків та 40 (32,0 %) жінок. Основну кількість обпечених (89 хворих - 71,2 %) становили хворі віком від 21 до 50 років. Разом з тим, серед хворих було 8 (6,4 %) обпечених віком до 20 років та 28 (22,4 %) хворих віком понад 50 років. Найбільш частою причиною опіків було полум'я (93 хворих - 74,4 %). Значно меншим був відсоток потерпілих з опіками рідиною (14 хворих - 11,2 %), кислотою (11 - 8,8 %) та паром (7 - 5,6 %). Опіки дихальних шляхів діагностовано у 95 (76,0 %) хворих. Для переважної більшості хворих, тяжкість ураження не перевищувала II-III ст. У 35 (28,0 %) хворих опіки були тяжкі та вкрай тяжкі.

Всі проліковані хворі поділені нами на дві групи. Основну групу склали 90 (72,0%) хворих, контрольну - 35 (28,0%) хворих. Основна група хворих, в залежності від способів місцевого лікування ран після ранньої хірургічної некректомії була поділена на три підгрупи. I та II підгрупи склали по 20 (32,0%) хворих. В III підгрупі спостерігалось 50 (40,0%) хворих.

На I клінічному етапі розв'язували завдання з розробки технологій ранньої хірургічної некректомії в різних відділах щелепно-лицевої ділянки при дермальних поверхневих опіках. Після надання первинної медичної допомоги, рани лікували в умовах вологого середовища під силіконовим покриттям, що попереджувало їх висихання та давало змогу на 2 добу після травми методом дермабразії, за допомогою скальпеля, видаляти опіковий некроз.

На II клінічному етапі вирішували завдання з розробки технологій найбільш оптимального місцевого лікування післяопераційних ран після проведеної ранньої хірургічної некректомії при дермальних поверхневих опіках щелепно-лицевої ділянки. З цією метою хворі основної групи були поділені на три підгрупи. Хворі, рани яких після ранньої хірургічної некректомії лікували в умовах вологого середовища під силіконовим покриттям з використанням біогальванізації становили 1 основну підгрупу. Хворі, яким в умовах вологого середовища під силіконовим покриттям біогальванізацію післяопераційних ран не проводили, становили 2 основну підгрупу. В 3 основній підгрупі рани, після ранньої хірургічної некректомії, закривали ліофілізованими ксенодермотрансплантатами. В контрольній групі дермальні поверхневі опікові рани лікували під багат шаровими волого-висихаючими пов'язками з бетадином, наступним самостійним відшаруванням некротичних тканин та послідуною епітелізацією ран.

На III клінічному етапі вивчали ефективність раннього хірургічного лікування дермальних поверхневих опікових ран при різних способах місцевого лікування в порівнянні з традиційним методом лікування опікових ран під багат шаровими волого-висихаючими пов'язками з бетадином. Всім потерпілим на етапі евакуації та в стаціонарі опікового відділення здійснювали комплексне загальне та місцеве лікування, об'єм та вміст медикаментів якого визначався в залежності від загальної площі і глибини опіків.

Результати раннього хірургічного лікування хворих з дермальними поверхневими опіками вивчались та аналізувались нами як в процесі лікування, так і після виписки хворих із стаціонару. Основними критеріями оцінки результатів лікування 90 хворих основної та 35 хворих контрольної груп були середні терміни перебування опікового некрозу на ранах, інтенсивність больових відчуттів в ділянці ран обличчя, середні терміни епітелізації ран щелепно-лицевої ділянки, ускладнення та функціональні й естетичні результати лікування як найближчі (при виписці), так і віддалені (через рік).

Для суб'єктивної оцінки інтенсивності больових відчуттів користувались візуально-аналоговою шкалою болю, модифікувавши її під опікових хворих, де: 0 - відсутність больових відчуттів; 1 - легкі больові відчуття; 2 - больові відчуття середньої інтенсивності; 3 - сильні больові відчуття; 4 - нестерпні больові відчуття. Тестування проводили о 10 годині ранку до застосування

Таблиця 1. Результати лікування обпечених основної та контрольної груп (ліжко-дні, $M \pm m$).

Дермальні поверхневі опіки (n=125)							
Основна група (n=90)						Контрольна група (n=35)	
I підгрупа (n=20)		II підгрупа (n=20)		III підгрупа (n=50)		Термін закінчення етапної некректомії	Термін повної епітелізації ран
До операції	Після операції	До операції	Після операції	До операції	Після операції		
1,3±0,04	5,4±0,14	1,5±0,05	7,1±0,16	1,4±0,06	12,9±0,18	11,7±0,25	21,6±0,61
Разом		Разом		Разом		Разом	
6,7±0,14*		8,6±0,16*		14,3±0,18*		21,6±0,61*	

Примітка: Достовірно з даними контрольної групи (* $p < 0,001$).

знеболюючих препаратів.

Результати хірургічних методів лікування оцінювали безпосередньо анкетуванням. Фотоматеріал отримано за допомогою цифрового фотоапарату "Panasonic" з подальшою оцифровкою зображення на персональному комп'ютері. Додаткова корекція графіки не проводилась. Друк матеріалів проводився на принтері HP Color Laser Jet CP1215.

Статистична обробка отриманих результатів здійснювалась за допомогою програм STATISTICA (Stat Soft Inc, США) та Ms Excel у середовищі Windows-2007 (Microsoft, США) з обчисленням середньої величини M , середньої похибки середньої величини m , критерію достовірності t .

Результати. Обговорення

Кращий перебіг ранового процесу у хворих з дермальними поверхневими опіками щелепно-лицевої ділянки після ранньої хірургічної некректомії з наступним лікуванням післяопераційних ран в умовах вологого середовища під силіконовим покриттям з використанням біогальванізації.

Всього було виконано в області щелепно-лицевої ділянки 125 операцій у 125 хворих трьох основних підгруп і контрольної групи. Всі хірургічні втручання виконували під загальним знеболенням, частіше за все ендотрахеальним.

В I основній підгрупі 20 (16,0 %) хворим проведено ранню хірургічну некректомію в області щелепно-лицевої ділянки з наступним лікуванням післяопераційних ран в умовах вологого середовища під силіконовим покриттям з використанням біогальванізації. В II основній підгрупі ранню хірургічну некректомію проведено також 20 (16,0 %) хворим з наступним лікуванням ран в умовах вологого середовища, але без біогальванізації. В III основній підгрупі після ранньої хірургічної некректомії у 50 (40,0 %) хворих післяопераційні рани закривали ліофілізованими ксенодермотрансплантатами. В контрольній групі із 25 (28,0 %) хворих опікові рани лікували традиційно під волого-висихаючими пов'язками з бетадином, етапними некректоміями та самостійною епітелізацією ран.

Протягом 1 доби після травми хворі як основної, так і контрольної груп відчували сильні та нестерпні болі в

ранах щелепно-лицевої ділянки (3,25-3,3 бала). Після проведення ранньої хірургічної некректомії на 3 добу після травми 4 (6,66 %) пацієнти основної групи болі не відчували (табл. 5.3). Незначні больові відчуття відмітили 28 пацієнтів (46,66 %) основної групи, 28 (46,6 %) назвали свої больові відчуття середніми за інтенсивністю. В контрольній групі на 3 добу після травми 9 пацієнтів (45 %) назвали свої больові відчуття середніми за інтенсивністю, 10 пацієнтів (50 %) відмічали сильні болі, 1 пацієнт вказав на нестерпний біль в ділянці травми. За інтенсивністю пацієнти основної групи відмічали легкі болі (1,3-1,45 бала), у той час як пацієнти контрольної групи страждали від сильних болі (2,6 бала) і потребували медикаментозної допомоги знеболюючими засобами. Відповідно до бальної оцінки болю, він був у 2 рази слабшим у хворих I основної підгрупи, у 1,8 раза слабшим у хворих II і III основних підгруп порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$).

На 8 добу після травми всі пацієнти I-II підгруп основної групи болі не відчували. Незначні больові відчуття відмітили 17 пацієнтів (85 %) III підгрупи основної групи, 1 (5 %) назвав свої больові відчуття середніми за інтенсивністю, 2 пацієнти (10 %) болі не відчували. У контрольній групі на 8 добу після травми 5 пацієнтів (25 %) назвали свої відчуття середніми за інтенсивністю, 13 пацієнтів (65 %) відмічали сильні болі, 2 пацієнти (10 %) вказали на нестерпний біль у ділянці травми. За інтенсивністю пацієнти основної групи відмічали відсутність больових відчуттів (66,66 %) або

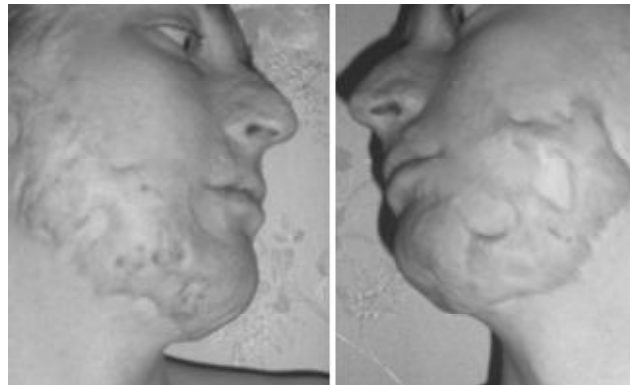


Рис. 1. Хворий К., 25 років, через 1 рік після опіку популям II-III ст.



Рис. 2. Хворий Г., 31 рік, медична карта № 1284, опік полум'ям II-III ст. Пацієнт на 90 добу після виписки із стаціонару; Через 1 рік після виписки із стаціонару.



Рис. 3. Хвора С., 42 роки, медична карта № 4233, опік полум'ям II-III ст. Проведення ранньої хірургічної некректомії. Накладання апарату для біогальванізації та закриття ран силіконовою плівкою (2 доба).



Рис. 4. Хвора С., 42 роки, медична карта № 4233, опік полум'ям II-III ст. Епітелізація ран на 6 добу лікування; Пацієнтка через 1 рік після травми.

легкі болі (0,95 бала), у той час як пацієнти контрольної групи страждали від сильних болей (2,9 бала).

Таким чином, протягом 1 доби після травми хворі як основної, так і контрольної груп відмічали сильні та нестерпні болі в ранах щелепно-лицевої ділянки (3,25-3,3 бала). Відповідно до бальної оцінки болю на 3 добу він був у 2 рази слабшим у хворих I основної підгрупи, у 1,8 рази слабшим у хворих II і III основних підгруп,

порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$). На 8 добу після травми всі пацієнти I-II підгруп основної групи болей не відмічали. У пацієнтів III основної підгрупи він був у 3,05 рази слабшим, порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$).

Згідно табл. 1, середній термін перебування опікового некрозу в основній групі скорочено у 8,36 рази, порівняно з контрольною групою ($1,4 \pm 0,16$ проти $11,7 \pm 0,25$ л/дня - $p < 0,001$). Середній термін загоєння дермальних поверхневих опікових ран обличчя, шиї в I основній підгрупі скорочено в 3,22 рази, порівняно з контрольною групою ($6,7 \pm 0,14$ проти $21,6 \pm 0,61$ л/дня). В II основній підгрупі він скорочений в 2,57 рази ($8,4 \pm 0,16$ проти $21,6 \pm 0,61$ л/дня), а в III основній підгрупі в 1,52 рази ($14,3 \pm 0,16$ проти $21,6 \pm 0,61$), порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$).

Серед ускладнень, які виникли при лікуванні хворих з дермальними поверхневими опіками щелепно-лицевої ділянки, на першому місці стоять гіпертрофічні рубці підщелепної області - 2 (4,0 %) в основній групі та 4 (11,4 %) в контрольній групі. На другому місці післяопікові рубцеві деформації щелепно-шийної області - 1 (2,0 %) в основній групі та 3 (8,5 %) в контрольній групі. Післяопікова рубцева деформація повік спостерігалась у 1 (2,9 %) хворого, губ - у 1 (2,9 %) хворого, вушних раковин - у 1 (2,9 %) хворого контрольної групи. З наведених результатів видно, що ускладнення в основній групі порівняно з контрольною групою скорочено в 8,69 рази. Результати лікування дермальних поверхневих опіків щелепно-лицевої ділянки під волого-висихаючими пов'язками з антисептиками етапним відторгненням некротичних тканин та послідуною самостійною епітелізацією ран у всіх хворих аналогічні. Утворюються спотворюючі рубці в шийно-щелепній області та обличчі з деформацією шиї, підборіддя, губ та вивертанням повік.

Згідно з даними літератури відомо, що чим довше гояться рани, тим товстіший шар грануляції (основа майбутніх рубців), тим потворнішими є гіпертрофічні рубці та гірші естетичні й функціональні результати.

Як видно із наведених результатів, лікування хворих із дермальними поверхневими опіками щелепно-лицевої ділянки під волого-висихаючими пов'язками з етапними некректоміями та самостійним тривалим загоєнням ран призводить до гірших естетичних і функціональних результатів (рис. 1), які завдають пацієнтам, непоправних моральних страждань, викликають тяжкі психоемоційні переживання і зриви.

Клінічний приклад: хворий Г., 31 рік, медична карта №1284, поступив в опікове відділення 04.08.1999 р. з м. Вінниці. Діагноз: опік полум'ям II-III ст. 20 % голови, шиї, тулуба, верхніх кінцівок. Лікування післяопікових ран проводили під волого-висихаючими пов'язками з бетадином. На 21 добу рани щелепно-лицевої ділянки загоїлись. На тридцять п'ять добу рани повністю загоїлись, хворий виписаний із стаціонару і через два тижні

після виписки направлений на санаторно-курортну реабілітацію в санаторій "Авангард", м. Немирів. На 90 добу хворий приїхав на контрольний огляд (рис. 2).

Розроблена і запропонована система раннього хірургічного лікування дермальних поверхневих опікових ран щелепно-лицевої ділянки дозволяє вирішити актуальну задачу пришвидшеного та якісного відновлення шкірного покриву щелепно-лицевої ділянки, підвищити рівень якості життя потерпілих шляхом профілактики ускладнень, значного поліпшення естетичних результатів, що і підтверджують наведені рисунки.

Клінічний приклад: хвора С., 40 років, медична карта 4233, поступила в опікове відділення 03.03.10 р. з Тростянецького району. Опіки полум'ям II-III ст. на площі 12 % поверхні тіла отримала 02.03.2010 р.

Перша медична допомога надана в Тростянецькій ЦРЛ. Рання хірургічна некректомія виконана 04.03.2010 р. Після некректомії рани на животі та кистях закриті ліофілізованими ксенодермотрансплантатами. Рани на обличчі лікували в умовах вологого середовища з використанням біогальванізації (рис. 3). У процесі лікування хвора почувала себе комфортно. Болі в ранах не турбували.

На четверту добу після операції рани чисті, присутні ознаки епітелізації. Рани щелепно-лицевої ділянки загоїлись на 6 добу. Цинкову мазь ми використовували в якості маркера епітелізації ран (рис. 4). На 19 добу після травми хвора в задовільному стані виписана із стаціонару.

Таким чином, запропонована технологія раннього хірургічного лікування дермальних поверхневих опікових ран щелепно-лицевої ділянки, яка полягає у ранньому радикальному видаленні некротичних тканин, подальшим лікуванням післяопераційних ран в умовах вологого середовища з використанням біогальванізації дозволила скоротити терміни очищення рани від опікового некрозу в 8,36 рази, середні терміни за-

гоєння ран - у 3,22 рази, запобігти утворенню грубих деформуючих рубцевих ускладнень при значно кращих функціональних і естетичних результатах лікування.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Лікування хворих із дермальними поверхневими опіками обличчя та шиї під волого-висихаючими пов'язками з самостійним тривалим загоєнням ран призводить до утворення грубих деформуючих рубців, які завдають пацієнтам непоправних моральних страждань, викликають тяжкі психоемоційні переживання і зриви.

2. Ведення післяопераційних ран в умовах вологого середовища під силіконовим покриттям із застосуванням біогальванізації створює найкращі умови для епітелізації, що підтверджує скорочення терміну загоєння опікових ран на 14,9 л/дні порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$), на 7,6 л/дні порівняно з III основною підгрупою ($p < 0,001$), на 1,9 л/дні порівняно з II основною підгрупою ($p < 0,001$).

3. Аналіз результатів раннього хірургічного лікування поверхневих дермальних опіків щелепно-лицевої ділянки при різних способах місцевого лікування післяопераційних ран показав доцільність комплексного застосування ранньої хірургічної некректомії, вологого середовища та біогальванізації, що підтверджує зменшення больових відчуттів у 2,0 рази ($p < 0,001$), скорочення періоду очищення ран від опікового некрозу в 8,36 рази ($p < 0,001$), середніх термінів загоєння ран у 3,22 рази ($p < 0,001$), запобігає утворенню деформуючих рубцевих ускладнень ($p < 0,001$) при значно кращих естетичних результатах лікування.

Застосування раннього хірургічного дає змогу скоротити терміни загоєння опікових ран та поліпшити естетичні результати, тому є перспективним методом в лікуванні хворих з поверхневими дермальними опіками щелепно-лицевої ділянки.

Список літератури

- Гуруков Ш. Р. Опыт лечения ограниченных рубцов лица и шеи, пластика местными тканями / Ш. Р. Гуруков // I Съезд комбустиологов России : сб. науч. тр. - М. : Ин-т хирургии им. А. В. Вишневского РАМН, 2005. - С. 228-229.
- Зубанова Т. Є. Особливості хірургічного лікування дефектів м'яких тканин голови та шиї / Т. Є. Зубанова, Л. П. Шепель // Матеріали XXII з'їзду хірургів України. - Вінниця, 2011. - Т. 1. - С. 173-174.
- Козинец Г. П. Состояние оказания комбустиологической помощи населению Украины за 2007 год и задачи по медицинскому обслуживанию населения страны на 2008 год / Г. П. Козинец, М. П. Комаров, А. В. Воронин // II Съезд комбустиологов России : сб. науч. тр. - М. : Ин-т хирургии им. А. В. Вишневского РАМН, 2008. - С. 23-24.
- Повстяной Н. Е. Выбор методов кожной пластики при раннем хирургическом лечении ожогов / Н. Е. Повстяной, О. Н. Коваленко // Международный конгресс "Комбустиология на рубеже веков" : тез. докл. - М., 2000. - С. 149.
- Психоземональные аспекты реабилитации больных с последствиями ожогов лица / [Короткова Н. Л., Поято Т. В., Мезенцева Е. С., Кадатская Е. А.] // Комбустиология. - 2004. - Прил. - С. 203-204.
- Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. Учебник / Под ред. Т. Г. Робустовой. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 2003. - 504 с.
- Таран В. М. Обгрунтування доцільності проведення, методика виконання та ефективність раннього хірургічного лікування хворих з опіками : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 "Хірургія" / В. М. Таран. - Тернопіль, 2001. - 19 с.
- Трусов А. В. Проблемы реконструктивно-восстановительного лечения детей с рубцовыми деформациями лица и шеи / А. В. Трусов, Г. П. Пронин, Н. Р. Бархударова // Комбустиология. - 2004. - Прил. - С. 256-257.
- Color atlas of burn reconstructive surgery / H. Hyakusoku, D. Orgill, L. Teot [et al.] - Springer, 2010. - 499 p.

Нагайчук В.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕРМАЛЬНЫМИ ПОВЕРХНОСТНЫМИ ОЖОГАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Резюме. *Статья посвящена вопросу ранней хирургической некрэктомии в челюстно-лицевой области с последующим лечением послеоперационных ран в условиях влажной среды под силиконовым покрытием с использованием биогаальванизации. Клинические исследования выполнены на материале наблюдений за 125 больными с дермальными поверхностными ожогами челюстно-лицевой области.*

Ключевые слова: *ожоги, раннее хирургическое лечение, силиконовое покрытие, ксенодермотрансплантат, влажная среда, биогаальванизация.*

Nagaichuk V.V.

CLINICAL EFFICIENCY OF THE EARLY SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DERMAL SUPERFICIAL BURNS OF THE MAXILLOFACIAL AREA

Summary. *The article is devoted to the question of early surgical necrectomy in the maxillofacial area in case of dermal superficial burns and subsequent treatment of postoperative wounds in a wet environment under silicone coating using biogalvanization. The basis of the clinical studies is monitoring of 125 patients with superficial dermal burns in maxillofacial area.*

Key words: *burns, early surgical treatment, silicone coating, liophilized xenograft, wet environment, biogalvanization.*

Стаття надійшла до редакції 29.03.2013 р.

Нагайчук Вікторія - к.мед.н., асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; Vika.nagaychuk@gmail.com.

© Півторак В.І., Одарченко С.П.

УДК: 611.351:611.96:616-006.04:616-089.87

Півторак В.І., Одарченко С.П.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

СИНТОПІЯ ПРЯМОЇ КИШКИ У ЧОЛОВІКІВ В НОРМІ, ПРИ УРАЖЕННІ ЇЇ ПУХЛИНАМИ, ДО ТА ПІСЛЯ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЗА ДАНИМИ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Резюме. *В статті проаналізовані результати обстеження хворих чоловіків на рак прямої кишки з використанням комп'ютерної томографії. Визначено, що в нормі у чоловіків асиметричне розташування сечоводів по відношенню до прямої кишки обумовлено, перш за все, ексцентричним розташуванням проксимальних відділів прямої кишки в порожнині малого тазу. У пацієнтів, які обстежувались з приводу новоутворень прямої кишки, визначалось потовщення стінки кишки з нечіткими контурами та циркулярним звуженням зміненої ділянки у випадках інфільтративного росту пухлини і додатковими м'якотканними утвореннями з нечіткими контурами при діагностиці екзофітного раку. Після операції черевно-анальної резекції прямої кишки в терміни через 30, 180 та 360 днів у чоловіків відбувається достовірне ($p < 0,05$) збільшення відстані від правого і лівого сечоводів на всіх рівнях низведеної кишки та зміна її положення відносно крижової кістки, яка проявляється розширенням пресакарального простору та збільшенням ректокрижового кута.*

Ключові слова: *пряма кишка, синтопія, комп'ютерна томографія, черевно-анальної резекції.*

Вступ

Більшість оперативних втручань на прямій кишці проводиться з приводу раку прямої кишки, який за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я займає 4-5-е місце в структурі онкопатології. За даними Національного канцер-реєстру України на 2013 рік в Україні захворюваність на рак прямої кишки складає 18,6-23,3 випадків на 100 тис. населення, при цьому приріст захворюваності цієї патології перевищує всі інші форми злоякісних новоутворень органів травлення, про що свідчить статистика останніх років [Рак в Україні, 2013].

За останні десятиліття відбувся динамічний розвиток хірургії раку прямої кишки. Прогноз при виявленні хвороби на ранніх стадіях зростає. Не дивлячись на велику кількість робіт по впровадженню нових технологій оперативних втручань та вивченню їх функціо-

нальних результатів [Югов, Чорнобай, 2010], необхідно відмітити відсутність науково обґрунтованої думки, щодо проблеми порушень функції сфінктерного апарату можуть виникати внаслідок післяопераційних топографоанатомічних змін органів малого тазу: зміни анатомічного розташування органу, його форми та функції, які можуть призвести до функціональних та до біомеханічних порушень формування та просування калової грудки. Відомості про стан прямої кишки й навколишніх її тканин у нормі, отримані при використанні комп'ютерної томографії, дають можливість правильно трактувати зміни в цих структурах при уточненні стадії раку прямої кишки [Одарченко, Півторак, 2008].

Метою нашої роботи було встановити за допомогою комп'ютерної томографії топографоанатомічні взаємодії органів малого тазу до та після черевно-