



**Міністерство охорони  
здоров'я України**  
Ministry of Health of Ukraine



**Національна академія  
медичних наук України**  
National Academy of Medical  
Sciences of Ukraine



**Національна медична академія  
післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика**  
P.L. Shupyk National Medical Academy  
of Postgraduate Education

**17–19 квітня • 2019 • April 17–19**

**VIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС**  
**«Впровадження сучасних досягнень медичної науки  
у практику охорони здоров'я України»**



**VIII INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS**  
**"Introduction of Modern Achievements of Medical Science  
into Healthcare Practice in Ukraine"**

**МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ**  
**CONGRESS PROCEEDINGS**

Україна, Київ  
Міжнародний Виставковий Центр  
Броварський пр-т, 15



Ukraine, Kyiv  
International Exhibition Centre  
15 Brovarskoy Ave.

шкірі між перфорантами, що може свідчити про поліпшення функціонування межперфорантних анастомозів і можливо відкриті шокованих анастомозів.

## ЛІКУВАННЯ РУБЦІВ ШКІРИ МЕТОДОМ ОПТИМІЗОВАНОГО ЛІПОФІЛІНГУ

Баранов І.В.<sup>2</sup>, Слесаренко С.В.<sup>2</sup>, Бадюл П.О.<sup>1,2</sup>, Нор Н.М.<sup>1</sup>, Слесаренко К.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup>КЗ «Дніпропетровська клінічна лікарня №2 ДОР» Центр термічної травми і пластичної хірургії, м. Дніпро

**Мета.** Покращити результати лікування постраждалих з рубцями шкіри за допомогою ліпофілінгу.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз лікування 88 пацієнтів у віці від 18 до 56 років з рубцями шкіри різної локалізації, які лікувались в стаціонарі Центру з 2008 по 2018 роки. Пацієнти були розділені на 2 групи – основну (n=48) та порівняльну (n=40). Пацієнтам основної групи було проведено аутологічну трансплантацію жирової тканини після її подвійного очищення оптимізованим методом. Пацієнтам групи порівняння ліпофілінг проводили за стандартною практикою. Крім стандартних клінічних обстежень пацієнтів для контролю за відсотком приживлення жирових клітин використовували сонографію. Дослідження проводили до хірургічного лікування, на 3-й день після операції, через 3 і 6 місяців після операції.

**Результати та обговорення.** Відзначено, що всі пацієнти мали поліпшення стану своїх рубців після першої стадії аутологічної трансплантації жирової тканини. Щодо приживлення клітин, то через 6 місяців після операції товщина трансплантованої жирової тканини в основній групі склала 3,57±0,2 мм, що відповідає 79,5% приживлення. У групі порівняння це було 2,61±0,1 мм, що відповідало 52,4% приживлення.

**Висновки.** Включення ліпофілінгу до програми хірургічного лікування постраждалих з рубцями шкіри дозволяє покращити очікувані результати вже на першому етапі. Використання оптимізованого методу ліпофілінгу з подвійним очищенням аутоадипоцитів дозволило збільшити відсоток приживлення жирових клітин на 20,5% (p<0,05), з 52,4% приживлення від пересадженого об'єму у хворих групи порівняння, до 79,5% у хворих основної групи (p<0,05).

## ФІЗИЧНІ І БІОЛОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ЛІКУВАННІ РУБЦЬОВИХ ДЕФОРМАЦІЙ ПАЛЬЦІВ КИСТІ

Трутяк І.Р.<sup>1</sup>, Савчин В.С.<sup>1</sup>, Калинович Н.Р.<sup>1,2</sup>

Комунальне некомерційне підприємство «8-ма міська клінічна лікарня м. Львова»  
Медичний центр «Новодерм», м. Львів

**Мета.** Проаналізувати ефективність застосування лазерних технологій з метою корекції рубцьових післятравматичних деформацій пальців кисті.

**Матеріали та методи.** За період часу з березня по грудень 2018 року звернулося 8 пацієнтів з віддаленими наслідками травми кисті. Гендерний розподіл: чоловіки – 7 (87,5%), жінки – 1 (12,5%). Вік пацієнтів становив від 32 до 57 років, медіана – 41,7 р. У 6 пацієнтів були рубцьові масиви, що обмежували рухи 1-2 суглобів одного пальця, у 2 – двох пальців в 3 суглобах. Об'єм рухів в суглобах пальців кисті у всіх пацієнтів був в межах 75-95% від норми, що відповідає доброму результату за класифікацією A.Swanson et all.. Оцінку рубців проводили за Ванкуверського шкалою. У наших пацієнтів цей показник становив від 9 до 11 балів.

**Результати та обговорення.** Усім пацієнтам був проведений комплекс функціонально-естетичної реабілітації за наступною послідовністю. Сублімацію рубцьових тяжів проводили із застосуванням апарату Plexr шляхом часткового розсічення рубця у вигляді Z- чи W-подібної лінії до основної осі. В подальшому проводили СО2-фракційне лазерне шліфування рубцьових масивів. Інтервал між шліфуванням становив 1 місяць. Кількість процедур лазерного шліфування – 4-6. Після цього виконували мікроін'єкції збагаченої тромбоцитами плазми в рубець. Препарат вводили з інтервалом 1 місяць. Усі пацієнти в часі між проведенням вказаних процедур і після процедур протягом 3 місяців носили компресійні пов'язки з додатковою аплікацією силіконових пластин в ділянках рубцьових тяжів. Після проведеної реабілітації пацієнтів отримали повне відновлення функцій кисті у 7 (87,5%) пацієнтів – об'єм рухів >95%. У 1 (12,53%) пацієнта такий результат отримали після повторного курсу реабілітації. Естетичний вигляд кисті був розцінений пацієнтами як «дуже добрий» у 6 (75%), «добрий» у 2 (25%). Оцінка стану рубців за Ванкуверською шкалою після лікування становила від 2 до 3 балів.

**Висновки.** Отримані результати засвідчують про ефективність використання лазерних технологій в реабілітації пацієнтів з контрактурами пальців кисті і можуть бути рекомендовані для широкого використання у медичній практиці.

## ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ТЯЖКИМИ ТА ВКРАЙ ТЯЖКИМИ ОПІКАМИ

Сорокіна О.Ю., Коваль М.Г., Тацюк С.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро  
КУ «Одеський обласний клінічний медичний центр», м. Одеса

**Мета.** Провести ретроспективний аналіз частоти септичних ускладнень у хворих з тяжкими і вкрай тяжкими опіками.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано 283 історії хвороби, розподілених в залежності від віку хворих на дві групи: I, n=82 – 6 міс.-18р., II, n=201 – 19р.-80р.

**Результати та обговорення.** У 283 (45%) хворих був діагностований сепсис, з них у 106 пацієнтів (37,5%) розвиток септичних ускладнень супроводжувався синдромом поліорганної недостатності (СПОН).

В I групі діагностовані ускладнення з боку сечовивідної системи (СВС) 35,4%, n=29; серцево-судинної системи (ССС) 24,4%, n=20; шлунково-кишкової кровотечі 13,4%, n=11; ДВЗ-синдром 6,1%, n=5; дихальної системи (ДС) 26,8%, n=22. У 15 померлих дітей на тлі обтяженого анамнезу спостерігався одночасний розвиток ускладнень з формуванням СПОН. 2/3 померлих, 12,2% (n=10) в групі склали діти до 1 року. В II групі діагностовано ускладнення з боку ССС 40,7%, n=82; ДС 51,2%, n=103; СВС 31,8%, n=64; травної системи 24,9%, n=50, що при ранньому розвитку сепсису призвело до формування СПОН у 43,8% (n=88) хворих, і зумовило високу летальність в групі – 64,7%. Опіки в поєднанні з термоінгаляційною травмою (ТТ) зумовили ранні ускладнення з боку ДС (пневмонія, бронхіт, набряк легень) – 68,7% (n=138).

**Висновки.** У пацієнтів з тяжкими і вкрай тяжкими опіками перебіг опікової хвороби супроводжувався розвитком сепсису з подальшим формуванням СПОН в 37,5% випадків, що зумовлює високу летальність – 51,2%.

У дітей визначено меншу частоту розвитку СПОН порівняно з дорослими – 22% проти 64,7%.

Встановлено, що 2/3 померлих дітей зі СПОН становили діти віком до 1 року.

У дорослих опіки в поєднанні з ТТ зумовлюють ранній розвиток ускладнень з боку ДС.

## ЛІКУВАННЯ ДЕРМАЛЬНИХ ОПІКІВ КИСТІ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Коваленко О.М.<sup>1</sup>, Коваленко А.О.<sup>2</sup>, Францева Е.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

<sup>2</sup>ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

<sup>3</sup>Київська міська клінічна лікарня № 2

Відповідно до статистичних даних Центру термічних уражень і пластичної хірургії частота виникнення опіків кисті складає до 70% від усіх опіків. Локальні опіки кисті спричиняють дуже багато складностей для лікування їх у амбулаторних умовах. Навіть якщо опіки кисті невеликі за площею і неглибокі, функціональний та естетичний результати їх лікування мають велике значення для реінтеграції хворого до повноцінного соціального життя. Перев'язка поверхневих і змішаних опіків дуже болюча для хворого і травматична для молодого епідермісу, тому в комплексі лікування виникає необхідність широкого використання ранових покриттів.

**Мета.** Досягти зменшення інфекційних, функціональних і косметичних ускладнень при лікуванні опіків кисті та його тривалості шляхом застосування сучасних ранових покриттів.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням протягом 2015-2018 років знаходилось 120 хворих віком від 16 до 65 років (із площею опікової травми від 0,2% до 5% поверхні тіла). Всі постраждалі проходили амбулаторне лікування у Центрі термічних уражень і пластичної хірургії Київської міської клінічної лікарні №2. 97 опечених хворих (основна група) потрапили до опікового центру через 1-3 години після отримання травм. Лікування їх ран проводилось із застосуванням ранових покриттів. 23 хворих (контрольна група) потрапили до опікового центру із запізненням через 1-3-5 діб після отримання травми із інфікованими ранами. Лікування ран цим хворим проводилось традиційним накладанням пов'язок із розчином бетадіну та гіперосмолярними антибактеріальними мазями. Для оцінки стану загоєння ран використовувались наступні клінічні і лабораторні показники: строки зникнення набряку і періфокальної інфільтрації м'яких тканин, очищення ран від поверхневого некротичного струпу, поява крайової епітелізації, цитологічне дослідження ранових відбитків, строки лікування.

**Результати та обговорення.** Пов'язки із антисептиками захищали рану від мікробів, призводили до швидкого формування щільного некротичного струпу у хворих контрольної групи. На 3-5 добу після травми при морфологічному дослідженні встановлено, що в рані не тільки відбувалося висушування поверхневого лейкоцитарно-некротичного струпу, а також спостерігався тромбоз капілярів в зоні парабіозу, що, в свою чергу, призводило також до висушування і зони парабіозу, тобто поглибленню некротичного струпу. Періфокальне запалення у хворих контрольної групи зникло до 4,8±0,6 доби після отримання травми, а у хворих основної групи – до 2,4±0,2 доби після отримання травми. При застосуванні ранових покриттів визначено зміну запального типу цитограм на запально-регенераторний і регенераторний тип на 7-9 добу після травми. Перебіг ранового процесу характеризувався зміною показника рН ран. На 4-5 добу після отримання травми у хворих основної групи спостерігалось зменшення рН у порівнянні з контрольною групою (відповідно 7,4±0,8 проти 6,3±0,4). У хворих основної групи ранові покриття захищали рану від інфекції і не давали формуватися некротичному струпу. У рані спостерігалася висококапілярізована тканина з активно проліферуючими клітинами, фібробластами і макрофагами з високою функціональною активністю. Через 9-12 діб після отримання травми в рані спостерігалася добре виражена епітелізація. Бактеріологічний контроль ран показав високу антибактеріальну активність ранових покриттів. Ранові покриття не прилипали до дна ран і зміна її при перев'язці не болюча, що важливо для амбулаторних хворих.

**Висновки.** Вологе середовище рани під рановими покриттями ефективно захищає її від інфікування, перешкоджає висиханню та поглибленню, прискорює зміни рН рани. При лікуванні дермальних опіків під покриттями епітелізація з'являється на чотири доби раніше (вже на 10,3±1,5 добу), розвиток гіпертрофічних рубців зменшується на 30%.