



І.А. Тарабан, Т.Г. Григор'єва,  
Ю.І. Ісаєв, Г.І. Гербенко,  
І.Я. Бугаков, С.І. Макєєв,  
Д.С. Єфімов, О.В. Кравцов,  
О.Є. Грязін

*ДУ «Інститут загальної  
і невідкладної хірургії НАМН  
України»*

*КУ «Харківська міська клінічна  
лікарня швидкої та невідкладної  
медичної допомоги  
ім. проф. О.І. Мещанінова»*

*Харківський національний  
медичний університет*

*Харківська медична академія  
післядипломної освіти*

© Колектив авторів

## ШКІРНО-ПЛАСТИЧНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ З ГНІЙНИМИ РАНАМИ

**Резюме.** У роботі ретроспективно проаналізовано результати обстеження та лікування 280 хворих з гнійними ранами різної етіології, які проходили лікування з 2008 по 2011 включно, і яким на заключному етапі виконані різні шкірно-пластичні операції. Визначено, що шкірно-пластичні операції у наших дослідженнях були ефективними у 248 (88,5 %) хворих з інфікованими ранами.

**Ключові слова:** гнійні рани, дермотензія, шкірно-пластичні операції.

В загальній структурі хірургічних захворювань, загальна інфекція спостерігається у 35-45 % хворих і протікає як при гострих, так і при хронічних хворобах, а також при післятравматичних, післяопераційних ранах та термічних ушкодженнях [10, 11].

Чинники хірургічної інфекції різноманітні. Вони включають в себе наступні фактори: збільшення кількості і складності оперативних втручань, зростання травматизму, а також розширення методів інвазивного обстеження хворих [3, 5]. Великий внесок в учення про рани внесли науковці ДУ «Харківський інститут загальної та невідкладної хірургії Національної Академії наук України». Проводились наукові розробки в лікування свіжих і інфікованих ран, в тому числі на етапах санітарної евакуації [6, 7], а також наукові розробки в лікуванні опікових ран [9], запропоновано метод заготовки та використання фібринних плівок для лікування променевих ушкоджень [1]. У 1955 році вперше знайдено ауто-антитіла при опіках [4]. Розроблено і впроваджено сучасну двоступеневу організацію медичної допомоги для населення міста при опіках і триступеневу – для сільського населення [8]. В обстеження хворих впроваджено визначення чутливості мікробів ран до антибіотиків [2]. Застосовано пульсуючий струмінь антисептика при хірургічній обробці інфікованих ран [11].

Школою проф. Б.М. Даценко разом з науковцями Харківської фармацевтичної академії впроваджено колективний досвід вчених у галузі профілактики і місцевого лікування гнійних ран.

На сучасному етапі розвитку хірургії велика роль належить етіопатогенетичному підходу у лікуванні ран. Оперативному лікуванню відводиться важлива роль, тому що оперативне втручання створює об'єктивні умови для ліквідації гнійно-некротичного процесу і загоєння рани. Але виконання адекватної хірургічної обробки патологічного осередку нерідко приводить до виникнення великих післянекротичних ран, що обумовлює великі матеріальні затрати, пов'язані з їх лікуванням і реабілітацією.

Сучасний підхід до лікування хворих з хірургічною інфекцією передбачає хірургічне закриття ранової інфікованої поверхні. Мова йде про застосування різних шкірно-пластичних операцій. Але велика кількість післяопераційних ускладнень являється головною причиною стриманого відношення до шкірної пластики в гнійній хірургії.

### Матеріал та методи досліджень

Робота базується на ретроспективному аналізі результатів обстеження та лікування 280 (100 %) хворих з гнійними ранами різної етіології, які лікувались в МКЛШНД м Харкова з 2008 по 2011 включно і яким на заключному етапі виконані різні шкірно-пластичні операції. Контроль результатів лікування здійснювали з використанням клінічних, лабораторних та інструментальних методів діагностики.

Супутні захворювання виявлено у 213 (76,1 %) хворих. Частіше всього була ішемічна хвороба серця – 106 (37,8) хворих, артеріальну гіпертензію виявлено у 126 (45 %), захворю-



вання легень (пневмосклероз, хронічні пневмонії, хронічна обструктивна хвороба легень) – у 25 (8,9 %), цукровий діабет – у 20 (7,1 %). Другі супутні захворювання виявляли не часто і вони не впливали на результат лікування.

Вік хворих варіював від 14 до 83 років. У віці до 20 років було 15 хворих (5,4%), з 21 до 30 років – 62 (22,1 %), з 31 до 40 років – 108 (38,6 %), з 41 до 50 років – 86 (30,7 %), з 51 і більше – 9 (3,07 %).

З приводу нейротрофічних виразок лікувались 96 (34,3 %) хворих, обумовлених лімфовежною недостатністю кінцівок – 57 (59,3 %), з артеріальною недостатністю кінцівок було 23 (23,9 %), з цукровим діабетом, нейропатією – 16 (16,6 %). У 68 (24 %) були післятравматичні рани. 47 (16,7 %) хворим проводилось лікування післяопікових гнійних ран, 36 (12,8%) – з приводу відморожень, 12 (4,2 %) лікувались з приводу некротичного фасциїту, 14 (5 %) – з бешиховим запаленням, з іншими захворюваннями було 7 (2,5 %) хворих.

Площина гнійно-некротичного ураження тканин являлась вирішальним моментом до виконання шкірно-пластичних операцій. Рани площиною від 50 до 100 см<sup>2</sup> були у 146 (52,1 %) хворих, 100-200 см<sup>2</sup> – у 114 (40,7 %), більше 200 см<sup>2</sup> – у 20 (7,1 %) пацієнтів.

Для оцінки загального стану хворих використовували загальноклінічні методи, а також оцінювали стан тканин в зоні рани, динаміку ранового процесу, мікробіологічний пейзаж рани.

Усі шкірно-пластичні операції виконували після затихання запального осередку процесу і переходу ранового процесу у 2 фазу.

Комбіновану пластику (місцеві тканини + щеплений клапот) виконано у 36 (12,81 %), вільну шкірну пластику щепленим шкірним клаптом – у 154 (55 %), гостру дермотензію – у 62 (22,1%), дозовану дермотензію – у 12 (4,2%), італійську пластику – у 10 (3,5 %), індійську пластику – у 6 (2,1 %) пацієнтів.

Таким чином, для закриття ран у хворих з хірургічною інфекцією найчастіше виконувалася вільна пластика розщепленим клаптом – 154 (55 %).

### Результати досліджень та їх обговорення

При аналізі одержаних даних, ефективність шкірної пластики залежить від віку і стану хворих, патологічного процесу, його площини і локалізації. Залежність шкірної пластики від розташування ранового дефекту пов'язана з анатомічними особливостями шкірного покриву в різних областях шкіри людини. Також на результати шкірно-пластичних операцій впливають пластичні резерви шкіри, яка розташована біля рани, її спроможність до роз-

тягування в потрібному напрямку, виконання механічних навантажень. Значні пластичні резерви має шкіра передньої стінки живота, а також шкіра стегна і верхньої третини гомілки при умові її розтягування в поперечному напрямку по відношенню до осі кінцівки. В області спини, ступні, нижньої третини гомілки пластична спроможність шкіри обмежена.

На позитивні результати шкірно-пластичних операцій впливали етіологія і патогенез патологічного процесу. Наприклад при некротичному фасциїті створювались умови для закриття післяопераційних ран методом дозованої дермотензії. В цих випадках рани утворювались в зв'язку з некретомією підшкірно-жирового шару і фасції.

У хворих з нейротрофічними виразками, котрі розташовувалися у п'яточній області, на підшвенній поверхні, зовнішньому та внутрішньому краї ступні, майже завжди на дні виразки знаходилась кістка з ознаками остеомиєліту.

В таких випадках проводили комплексну терапію, включаючи некретомію, а потім повношарову шкірну пластику місцевими тканинами, а за наявності дефіциту тканин пластику проводили переміщенням шкірним клаптом.

Ефективне лікування хворих з відмороженнями базується на патогенетично підтвердженій тактиці, яка враховує ступінь, локалізацію, поширення відмороження, час від початку впливу холоду, супутні захворювання.

Хірургічні методи лікування відморожень 4 ступеню передбачають виконання ранніх некретомій з подальшим місцевим лікуванням післянекротичних ран і реконструктивно-пластичними операціями. При відсутності можливості збереження кінцівки показано проведення первинної ампутації.

Некротична бешиха в наших спостереженнях приводила до некрозу великих ділянок шкіри. У таких випадках методом закриття післянекротичних ран була вільна шкірна пластика щепленими клаптями.

Задовільними попередніми результатами загоєння ран після шкірно-пластичних операцій вважали загоєння більше 40 % ранової поверхні у 49 (17,4 %) пацієнтів. Хорошим вважали загоєння більше 80 % ранової поверхні – у 199 (71 %) хворих. Незадовільні результати встановлено у 32 (11,6 %) пацієнтів. Хворим з незадовільними результатами пропонували консервативне лікування з подальшою шкірно-пластичною операцією чи консервативне лікування вторинного загоєння ран.

Таким чином, шкірно-пластичні операції у наших дослідженнях були ефективними у 248 (88,5 %) хворих з інфікованими ранами.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Арлозоров З.Г. Новые препараты: фибрино-лейкоцитарные клетки и новый метод массовой заготовки фибриновых пленок / З.Г. Арлозоров: тезисы VIII республик. конф. по переливанию крови, 1962. – С. 34–36.
2. Веллер Д.Г. Значение метода серийных разведений для определения чувствительности микробов к антибиотикам в хирургии / Д.Г. Веллер: сб. научных работ кафедры микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней «Микробиология, эпидемиология и клиника инфекционных болезней». – Вып.100. – Харьков, 1971. – С. 96–98.
3. Использование физических методов в лечении гнойных ран / К.В. Липатов, М.А. Сопромадзе, А.Ю. Емельянов [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 10. – С. 56–60.
4. Краинская-Игнарова В.Н. Иммунологические сдвиги в крови при ожоговой болезни / В.Н. Краинская-Игнарова, Н.М. Воскобойников: тезисы Укр. республиканской конференции по переливанию крови. – Харьков, 1955. – С. 9–10.
5. Милостанов Н.Н. К лечению ран: труды 24 Всесоюзного съезда хирургов / Н.Н. Милостанов. – 1938. – С.167.
6. Милостанов Н.Н. Лечение ран / Н.Н. Милостанов // ВПХ Материалы по военно-полевой хирургии // под ред. Н.Н. Бурденко. – 1940.
7. Милостанов Н.Н. Основные направления в лечении свежих ран на различных этапах санитарной эвакуации войскового района // Н.Н. Милостанов: труды Украинского НИИ переливания крови. Неотложная хирургия. – Вып. 1, 1934. – С. 285-298.
8. Положение о Харьковском ожоговом центре: инструктивно-метод. указания по лечению обожженных в Харьковской области. – Харьков, 1987. – 19 с.
9. Романова Л.Д. Значение характеристики микрофлоры ожоговых ран для проведения рациональной антибиотикотерапии / Л.Д. Романова, Д.Е. Пекарский // Клиническая хирургия. – 1970. – № 11. – С. 62–65.
10. Сучасне медикоментозне лікування ран (Відомча інструкція). – Київ, 2002. – С. 2-36.
11. Теория и практика местного лечения гнойных ран / Под ред. Дашенко Б.М. К: Здоров'я. – 384 с.

#### КОЖНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ РАНАМИ

*И.А. Тарабан, Т.Г. Григорьева,  
Ю.И. Исаев, Г.И. Гербенко,  
И.Я. Бугаков, С.И. Макеев,  
Д.С. Ефимов, А.В. Кравцов,  
А.Е. Грязин*

**Резюме.** В работе ретроспективно проанализированы результаты обследования и лечения 280 больных с гнойными ранами разной этиологии, которые проходили лечение с 2008 по 2011 гг. включительно, и которым на заключительном этапе выполнены разные кожно-пластические операции. Определено, что кожно-пластические операции в наших исследованиях были эффективными у 248 (88,5 %) больных с инфицированными ранами.

**Ключевые слова:** *гнойные раны, дермотензия, кожно-пластические операции.*

#### CUTANEOUS-PLASTIC SURGERY IN PATIENTS WITH PURULENT WOUNDS

*I.A. Taraban, T.G. Grigoriev,  
Yu.I. Isaev, G.I. Gerbenko,  
I.Ya. Bugakov, S.I. Makeev,  
D.S. Efimov, A.V. Kravtsov,  
A.E. Gryazin*

**Summary.** We retrospectively analyzed the results of examination and treatment of 280 patients with purulent wounds of various etiologies, who were treated from 2008 to 2011 inclusive, and who made the final stage of various cutaneous-plastic surgery. It was determined that cutaneous-plastic surgery in our study were effective in 248 (88,5 %) patients with infected wounds.

**Key words:** *purulent wounds, dermatension, cutaneous-plastic surgery.*