

інтенсивна предопераційна підготовка. Операція 30.01.06 года начата с грыжесечения в правой подвздошной области, пластики грыжевого дефекта местными тканями. Содержимое грыжевого мешка — большой сальник без признаков ущемления, погружен в брюшную полость. После этого произведена срединная лапаротомия. При ревизии выявлена опухоль 7 × 4 × 4 см селезёночного угла толстой кишки. Метастазы в печень и региональные лимфоузлы не выявлены. Подвздошная, восходящая и поперечноободочная кишки раздуты, переполнены каловыми массами и газами. Нисходящая и сигмовидная кишки спавшиеся. Установлен диагноз: рак селезёночного угла толстой кишки, qт. III, cl.gr. IIa, (T3N0M0), острая кишечная непроходимость. Произведена левосторонняя гемиколонектомия, лаваж приводящего отдела толстой кишки; наложен анастомоз по Г. В. Бондарю после холодовой адаптации приводящей петли толстой кишки.

Во время мобилизации селезёночного угла опухоль перфорировала. Брюшная полость промыта 0,02% раствором хлоргексидина. Перчаточные—трубчатые дренажи в левое поддиафрагмальное пространство, полихлорвиниловый трубчатый дренаж в малый таз. Послойные швы на рану. Йод. Асептическая повязка. Раны

зажили первичным натяжением. Контроль пассажа бария 10.02.2006 — через 24 часа барий в прямой кишке. 11.02.06 УЗИ органов брюшной полости — патологии не выявлено.

С 20.02.06 установлен диагноз: левосторонний плеврит. Излечен с помощью плевральных пункций.

Больная выписана 03.03.06 в удовлетворительном состоянии.

Мы показали пример "холодовой адаптации" у больной старческого возраста потому, что у больных более молодого возраста эта методика проходит без осложнений и элегантно.

В одном случае нами была успешно применена "тепловая новокаиновая адаптация", когда отводящий конец толстой кишки был неподатлив для инвагинации приводящего.

Таким образом "холодовая адаптация" позволяет значительно уменьшить количество больных с колостомами и является социально значимой, недорогостоящей, простой в исполнении и повсеместно доступной. А в сочетании с методикой наложения анастомоза по Г. В. Бондарю и надёжной в плане состоятельности анастомоза при острой толстокишечной непроходимости.

## МОДЕЛЮВАННЯ ЗМІН В БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИНАХ НА ІНТЕГРАЦІЮ КОМПЗИТНОГО СІТЧАСТОГО ІМПЛАНТАТУ ОДНОЧАСНО З ПЛАЗМОЮ, ЗБАГАЧЕНОЮ ТРОМБОЦИТАМИ, В ЕКСПЕРИМЕНТІ НА ЩУРАХ

Четверіков С. Г., Роша Л. Г., Атанасов Д. В., Михайлов О. С.

Університетська клініка ОНМУ

**Актуальність.** Аллогерніопластика поліпропіленовими імплантатами є стандартом герніології. Однак на імплантацію синтетичних матеріалів практично неможливо уникнути розвинення неспецифічної запальної реакції що зазвичай реалізується хронічним запаленням та формуванням грубої сполучної тканини на імплантаті, що спричиняє значні біомеханічні ускладнення. З метою оптимізації тканинних репаративних процесів може бути використана плазма збагачена тромбоцитами (ПЗТ) що вносить такі фактори росту (TGFβ1, PDGF—AB, VEGF), а також матричні білки. Ці фактори спричиняють оптимізацію інтеграції імплантатів та зменшення надмірних рубцевих змін.

**Мета.** Визначити морфологічні зміни біологічних тканин на інтеграцію композитного сітчастого імплантату (КСІ). Та зміни при сумісному використанні імплантату з жировим трансплантатом (ЖТ) та ПЗТ.

**Матеріали та методи.** Експеримент проведений на 36 статевозрілих самцях щурів, масою 160—180 г. Дослідження виконувалось в умовах віварію та університетської клініки ОНМУ. Жирова тканина вилучалась у здорових пацієнтів за медом Coleman, під час ліпосакції.

Для отримання збагаченого тромбоцитами плазми, отримували кров з лівого шлуночка щура, після чого з неї за допомогою системи для концентрації клітин SmartPreP 2 від Harvest (США) центрифугуванням отримували плазму збагачену тромбоцитами (ЗТП). ЗТП, змішували в шприці з раніше обробленою жировою тканиною 1:9. Щурам підшкірно одночасно в IV різних сегмента спини імплантували по: 2 мл ЖТ (I сегмент), фрагмент КСІ 10 × 10 мм (II сегмент), фрагмент КСІ 10 × 10 мм в поєднанні з 2 мл ЖТ (III сегмент), фрагмент КСІ 10x10 мм укладений в оболонку, з 2 мл ПЗТ і ЖТ (IV сегмент). Тварин виводили з дослідження на 30, 60 і 90 добу експерименту. Зі спини тварин виділяли ділянку тканини, що включає імплантат і підлеглі тканини, і готували зрізи. На кожному етапі експерименту виконували патоморфологічне та морфометричне вивчення з метою визначення клітинних та тканинних проявів запальної реакції, середнього значення площі фіброзу, типів колагенових волокон і кількісне зростання структури судинного русла.

**Результати.** В результаті проведеного морфологічного дослідження визначено що в основній групі

дослідження (імплантат + ЖТ+ ЗТП) спостерігається менша площа фіброзу та краща васкуляризація на кожному з етапів дослідження.

Висновки. З використанням ЖТ та ПЗТ в зоні імплантації протезу створюються клітинні та гуморальні умови для швидкої інтеграції та ранньої васкуляризації що зменшує ішемізацію тканин. Як наслідок — менш вира-

жене в віддаленому періоді після імплантації (2 — 3 місяці) хронічне запалення, менший ступінь гіперфіброзу. Все це створює умови для формування на композитному синтетичному імплантаті тонкої, еластичною, добре васкуляризованої сполучної тканини, наближеної до природного непошкодженого апоневрозу.

## ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ВРОСЛОГО НІГТЯ

Шевчук А. Г., Василюк С. М., Федорченко В. М., Криса Б. В., Попадюк Б. П.,  
Попадюк В. О.

Івано-Франківський національний медичний університет,  
Черчецька амбулаторія загальної практики та сімейної медицини, Хмельницької області

Врослий ніготь (ВН) є найбільш частою причиною звернення до хірурга від 5 до 10% амбулаторних хворих. Проблема інкарнації нігтя, незважаючи на великий арсенал існуючих методів лікування, наслідки яких не завжди є втішними, так як рецидиви ВН коливаються від 10 до 30%, залишається актуальною. Для цього захворювання характерна хронічна патологічна компресія краєм нігтевої пластинки епоніхіального валика та розвиток у ньому хронічного запалення, нерідко, з формуванням некрозів та гіпергрануляцій (Сокольник С. О., 2006; Вергун В. Н., 2008).

Нами проведено аналіз хірургічного лікування врослого нігтя в умовах хірургічного стаціонару МКЛ № 1 у (127) за період 2005—2015 роки та в стаціонарі дільничної лікарні і амбулаторії у (53) хворих. Із 170 з них чоловіків було 50, жінок — 120, в основному, працездатного віку (19— 60 років), а 16 з них були старшого віку. Переважно вражався галюкс лівої стопи — 123, а правої у 35. Виділено 3 групи хворих: першу складала 73 (43,35) — з неускладненим врослим нігтем, з незначно вираженими інфільтративними змінами епоніхеального валика; в другій групі — 53 (31,25), були хворі з хронічним запаленням і формуванням вогнищевих некрозів та параепоніхеальних гіпергрануляцій; а у 44 (25,55) хворих третьої групи діагностовано епоніхеальний абсцес. При цьому візуально було виявлено три варіанти змін краю нігтевої пластинки: нігтьова шпора, зазубрений край з потовщенням і розшаруванням нігтьової пластинки та явищами маргінального оніхолізісу, шатроподібна деформація краю нігтя з компресією м'яких тканин. Поліморфізм макроскопічних змін був зумовлений насамперед гіперкератозом, перегинанням нігтя по усій довжині зі сторони вrostання, некротичного ураження: початкову — з незначною гіперемією і набряком валика, другу стадію хронічного запалення з явищами гіпергрануляції та третю стадію — нагноєння і абсцедування. В

залежності від стадії захворювання хворим було виконано адекватні оперативні втручання із застосуванням у 705 провідникової анестезії розчином новокаїну, або лідокаїну за Оберстом—Лукашевичем, а в 30% використовували анестетик ультракаїн, який забезпечував надійний гемостатичну та тривалу (до 2 год.) знеболюючу дію. У 87 хворих (в початковій та частково в II стадіях) виконували операцію резекції нігтьової пластинки, та парціальну матриксектомію з накладанням 2—3 швів через м'які тканини та нігтьову пластинку із формуванням нового валика за принципом операції Хаджистанова. У другій групі (39 хворих) крайову резекцію нігтьової пластинки та матрикса виконували без накладання швів і формування нігтьового валика за принципом операції Макшакова (Ванденбоса). Із 44 хворих з абсцесами ділянки нігтьової фаланги: у 29 виконано розкриття гнійника і крайову резекцію пластинки, у решти (15) операцію Дюпюїтрена — видалення нігтьової пластинки. У більшості хворих призначалась адекватна антибіотикотерапія. Операцію доповнювали застосуванням поляризованої поліхроматичної світлотерапії (ППС), апаратом "Біоптрон", у вигляді щоденних сеансів з експозицією 8—10 хвилин, протягом 6—7 днів, дія якої прискорює перебіг усіх фаз ранового процесу, або аналогічно сеансів УВЧ. Таким чином вид оперативного втручання залежав від стадії захворювання: при відсутності гнійно—некротичних змін виконували операцію маргінальної резекції нігтьової пластинки та матрикса з формуванням епоніхіального валика шляхом накладання швів; при наявності нагноєнь — виконували таку ж операцію без формування валика, а при тотальному ураженню нігтьового ложа нігтьову пластинку видаляли. Для покращення результатів слід застосовувати сеанси поляризованої поліхроматичної світло терапії, або УВЧ. Все це дало ефект виздоровлення, без рецидивів в 92% пролікованих

