

раны для оценки зоны инфильтрации, которые составили $5,3 \pm 1,0$ и $10,7 \pm 0,92$ мм соответственно. Проводилась динамика болевого синдрома в послеоперационном периоде в обеих группах с помощью визуально-аналоговых шкал боли (VAS). Отмечается более низкий болевой синдром и раннее его купирование у пациентов основной группы. Отмечено снижение сроков стационарного лечения: основная группа – $7,08 \pm 1,5$ и контрольная группа – $9,2 \pm 1,5$ дня. Сроки реабилитации в основной и контрольной группах, соответственно, $21,8 \pm 3,1$ и $31,5 \pm 4,1$ дня. Несостоятельность кожных швов отмечена у 2 пациентов основной группы (4,7%) и у 16 пациентов контрольной группы (23,5%).

Выводы: Все полученные данные свидетельствуют об эффективности предложенной оперативной методики как способа оперативного лечения пациентов с эпителиальной копчиковой кистой.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАЗМАДИНАМИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕЛЕВОЙ МАММОПЛАСТИКИ

МАЧАРАДЗЕ А.Д., ШУЛУТКО А.М., ОСМАНОВ Э.Г.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва
mma-os@yandex.ru

Актуальность: В конце прошлого столетия в РФ и ряде стран СНГ довольно широкую популярность получила контурная пластика молочных желез (МЖ) с помощью полиакриламидного геля (ПААГ). Интерес был связан с тем, что методика проста, не требует хирургической лицензии и больших капиталовложений. Различного рода осложнения не заставили себя долго ждать. На сегодняшний день в пластической хирургии существует проблема, связанная с устранением последствий гелевой аугментации, в том числе септических осложнений.

Материал и методы: За период с 2008 по 2016 годы в УКБ №4 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проходили лечение 18 женщин с воспалительно-гнойными проявлениями гелевой маммопластики. Средний возраст 45,2 года (от 39 до 58 лет). Давность введения ПААГ в ретромаммарное пространство – от 10 до 18 лет. Жалобы и объективные данные во всех случаях были идентичны симптомам острого гнойного мастита.

Всем пациенткам под наркозом выполнялась saniрующая операция. После эвакуации ПААГ из субмаммарного доступа иссечения гелеом и ликвидации затеков образовавшуюся раневую полость дополнительно обрабатывали плазменными потоками в режиме резки-коагуляции. Источники «высоких» энергий: воздушно-плазменный аппарат «Плазон», аргоно-плазменная система Plasmajet. Для ускорения регенераторных процессов всю зону вмешательства в течение последующих 7–8 суток последовательно обрабатывали аргоновым и воздушно-плазменными потоками в режиме стимуляции по разработанной в клинике методике. Проводилась рутинная противовоспалительная и антимикробная терапия. Послеоперационную рану вели

открыто, после ее очищения и прекращения отделяемого по дренажам дефект ушивали.

Результаты и обсуждение: за счет вапоризации гнойно-некротических структур, гелеом и остаточных скоплений ПААГ формировался карбонизированный слой, выполнявший барьерную функцию, снижалась раневая экссудация. После комбинированной некрэктомии с использованием плазменного «скальпеля» показатель микробной обсемененности снижался на несколько степеней, а на фоне регулярной плазмадинамической санации стабильно удерживался на безопасном уровне (до 103 КОЕ) в течение всего периода наблюдений. Болевой синдром купировался на 3–4-е сутки после операции. Примерно в эти же сроки происходила нормализация показателей системной воспалительной реакции.

Обзор литературы показал, что даже адекватно выполненное вмешательство с тщательным отмыванием остатков геля растворами антисептиков, ультразвуковой кавитацией и гидропрессивной обработкой не дает 100% гарантии. По данным Н.О. Миланова с соавт. (2008) и А. Manafi et al. (2010), вновь возможно скопление ПААГ в тканях МЖ после радикальной хирургической обработки гнойного очага с необходимостью повторной некрэктомии (до 30%). В нашей группе таковых всего 2 (11,1%) наблюдения.

Биостимулирующий, противовоспалительный и антимикробный эффекты комбинированной плазменной санации в режиме терапии обусловлены воздействием нескольких физико-химических факторов, таких как озон, экзогенный оксид азота (II), «жесткое» ультрафиолетовое излучение, каскад физиотерапевтических эффектов. Динамическое наблюдение с использованием УЗИ спустя 1–3 года не выявило значимых скоплений остатков ПААГ у остальных лиц.

Вывод: высокоэнергетическая обработка и регулярная плазмадинамическая санация – наиболее оптимальный вариант применения плазменной технологии при лечении гнойно-воспалительных осложнений гелевой маммопластики. Плазменная обработка позитивно влияет на регенераторные процессы, позволяет в кратчайшие сроки купировать воспаление и болевой синдром.

БАКТЕРИЕМИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ У ОБОЖЖЕННЫХ

МЕНЬШИКОВА Е.Д., ЖИРКОВА Е.А., ЛАЗАРЕВА Е.Б., СПИРИДОНОВА Т.Г., ЧЕРНЕНЬКАЯ Т.В., МЕНЬШИКОВ Д.Д.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
tgs47@mail.ru

Актуальность: Инфекции кровотока влияют на частоту развития и характер осложнений у обожженных.

Методы. Проанализированы результаты обследования 60 больных с термической травмой и положительными гемокультурами за 2015–2017 гг. Положительные гемокультуры были выделены:

в 2015 году у 24 больных (18 – мужчин и 6 – женщин) в возрасте 35 (29; 56) лет, с общей площадью ожога 30 (22; 50)% п.т., из них глубоких – 15 (7; 20)% п.т. У 22 больных

были ожоги кожи, у 1 больного — комбинированная травма (ожоги кожи сочетались с ингаляционной травмой — ИТ), еще у 1 больного была изолированная ИТ;

в 2016 году у 22 больных (13 — мужчин и 9 — женщин) в возрасте 49 (42; 66) лет, с общей площадью ожога 30 (20; 40)% п.т., из них глубоких — 10 (3; 25)% п.т. У 20 больных были ожоги кожи, у 2 больных — комбинированная травма;

в 2017 году у 14 больных (10 — мужчин и 4 — женщин) в возрасте 42 (39; 57) лет, с общей площадью ожога 35 (30; 50)% п.т., из них глубоких — 7 (5; 30)% п.т. У 13 больных были ожоги кожи, у 1 больного была изолированная ИТ.

Посевы крови брали на фоне гипертермии свыше 38,50 С, соблюдая правила взятия крови. Получено 100 проб. Бактериологическое исследование проводили с помощью автоматического анализатора гемокультур Bactec-9050. Идентификацию выделенных микроорганизмов выполняли с использованием автоматического микробиологического анализатора Walk Away-40. Выделено 114 штаммов микроорганизмов.

Об этиологической значимости выделенных микроорганизмов судили по показателю заражаемости — количеству больных с инфекционными процессами, протекающими с участием микроорганизмов различной таксономической принадлежности, вне зависимости от кратности выявления возбудителя в динамике обследования.

Описательная статистика количественных признаков представлена медианами и квартилями в формате Me (LQ; UQ). Сравнительная оценка проводилась при помощи критериев Стьюдента (ТКС), Манна-Уитни (М-У), Краскела-Уоллиса (К-У). Пороговый уровень значимости принят равным 0,05.

Результаты. Больные статистически значимо не отличались по возрасту (К-У; $p=0,097$), общей площади ожога (К-У; $p=0,506$) и площади глубокого ожога (К-У; $p=0,423$).

Произведена оценка частоты развития сепсиса, пневмонии, тромбозов по годам. У больных с положительными гемокультурами сепсис диагностирован: в 2015 г. у 4 (17%), в 2016 г. у 3 (14%), в 2017 г. у 1 больного (7%). Пневмония выявлена в 2015 г. у 9 (38%), в 2016 г. у 13 (59%), в 2017 г. у 7 (50%) больных. Тромбозы диагностированы в 2015 г. у 6 (25%), в 2016 г. у 10 (45%), в 2017 г. у 4 (29%) больных. Число осложнений в разные годы не зависело от возраста (М-У; $p=0,155$, $p=0,463$, $p=0,710$), общей площади ожога (М-У; $p=0,682$, $p=0,159$, $p=0,516$) и площади глубокого ожога (М-У; $p=1,000$, $p=0,250$, $p=0,945$ в 2015, 2016, 2017 гг. соответственно).

Наиболее часто из крови выделяли *Staphylococcus* spp.: 54,2%, 45,5% и 64,3% соответственно. Несмотря на повышение показателя заражаемости в 2017 г., различия не достоверны (ТКС, $p > 0,05$). Показатель заражаемости *Enterobacteriaceae* spp. с 12,5% в 2015 г. повысился до 40,9% в 2016 г., а в 2017 г. снизился до 7,1% (ТКС, $p < 0,05$). Неферментирующие микроорганизмы (*Acinetobacter* spp., *Pseudomonas* spp. и др.) в 2015 г. выделены от 29,2% пациентов, в 2016 г. — от 9,1%, в 2017 — от 14,3%. Похожая картина отмечена и для *Enterococcus* spp.: снижение показателя заражаемости с 20,8% (в 2015 г.) до 9,1% в 2016 и повыше-

ние в 2017 г. до 28,6% (ТКС, $p > 0,05$). Дрожжеподобные грибы рода *Candida* в 2015 г. выделены в 4,2%, в 2016 г. отмечено повышение их показателя заражаемости до 13,6% и в 2017 г. остался примерно на том же уровне — 14,3%.

Выводы. Частота выделения стафилококков из крови больных на протяжении трех лет оставалась на стабильно высоком уровне. Частота выделения энтеробактерий достигала максимума в 2016 г. В этот же период отмечено наибольшее число осложнений в виде тромбозов и пневмоний.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕРНОМЕДИАСТИНИТА

ПОТАПОВ В.А.¹, КОХАН Е.П.², АСАНОВ О.Н.³

¹ Филиал №1 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского», Красногорск, МО

² ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского», п. Новый, МО

³ Кафедра хирургии неотложных состояний и онкологии филиала Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Москва
slava_potapdoc@mail.ru

Актуальность. Послеоперационный стерномедиастинит (ПСМ) — одно из самых серьезных осложнений у пациентов, перенесших операции на сердце, с частотой от 1% до 3%. Несмотря на значительные успехи, уровень смертности остается высоким — в пределах от 10% до 25%.

Материалы и методы. В рамках научно-исследовательской работы проводится исследование, основанное на материалах центров сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» и ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» (ретроспективно — 2010–2015 гг.; проспективная группа — с сентября 2015 г.). Проанализированы результаты хирургического лечения 78 пациентов с ПСМ. Средний возраст пациентов составил 63,7 лет (от 45 до 81 года). Клиническая картина зависела от типа и тяжести ПСМ, срок верификации которых после первичной кардиохирургической операции составил $22,4 \pm 13,2$ дня.

Результаты и обсуждение. У 69 пациентов осуществлялось хирургическое лечение ПСМ. В связи с рецидивирующим течением стерномедиастинита у ряда больных для достижения ремиссии требовалось до 6 оперативных вмешательств в течение двух лет. Всего выполнено 133 операции: в 44% случаев — вторичная хирургическая обработка (ВХО), включающая, в зависимости тяжести протекания стеральной инфекции, удаление инфицированных проволочных лигатур, остеонекрэктомия грудины, резекцию ребер, реостеосинтез грудины, последующее наложение вторичных швов (НВШ) и закрытое проточно-промывное дренирование; в 20,3% — ВХО, отсроченный реостеосинтез грудины и НВШ; в 13,6% — иссечение лигатурных свищей с санацией очагов деструкции грудины и НВШ; в 11,9% — отсроченная на 2–3 месяца ВХО с иссечением сформированных лигатурных, реберных свищей, удалением инфицированных инородных тел (лигатур, креплений, электродов), закрытием раневого дефекта; в 8,5% — НВШ на гранулирующую постстернотомическую рану после местного лечения; в 1,7% — оментопластика, пластика большой грудной мышцей.