

## ЛИПОФИЛИНГ КАК ЭТАП КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛЕЖНЕЙ И ХРОНИЧЕСКИХ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН

СПИРИДОНОВ А.А., ТИХОНОВА О.А., РЯБКОВ М.Г.

ГКБ № 30 г. Н. Новгорода, Нижний Новгород  
maxim-ryabkov@yandex.ru

Условия, повышающие риск неудачи при хирургическом закрытии обширных пролежней и трофических язв — небольшое количество подлежащих мягких тканей, близость костных структур, скомпрометированная микроциркуляция, общее истощение пациента. Известные способы полнослойной аутодермопластики перемещенным лоскутом в той или иной мере увеличивают интенсивность воздействия большинства указанных факторов, что ухудшает общие результаты лечения. Таким образом, в практике хирургического лечения пациентов с инфицированными дефектами мягких тканей, в том числе с декубитальными язвами, востребованы новые способы пластических операций, позволяющие снизить натяжение тканей и стимулировать репаративную регенерацию в области перемещения кожного лоскута.

Цель работы — совершенствование способа кожной пластики инфицированного трофического дефекта мягких тканей путем снижения натяжения тканей дермального лоскута и стимуляции репаративной регенерации в околораневых тканях.

Материал и методы. Проведено проспективное контролируемое клиническое исследование хирургического лечения 36 пациентов с пролежнями в области крестца, седалищных бугров и с инфицированными хроническими ранами на нижних конечностях и грудной клетке. В группе контроля 20 пациентов оперированы традиционными способами перемещения полнослойного кожного лоскута на ножке (6 пациентов, из них 2 — способом Dufourmentel, 4 — способом Лимберга) и спицевой дермотензии (14 больных). В основной группе 16 пациентам способом кожной пластики полнослойным лоскутом закрывали дефект мягких тканей в области пролежня либо трофической язвы нижней конечности. При этом у всех пациентов группы применен разработанный способ (заявка на изобретение РФ № 2017126353 от 21.07.2017), включающий комбинацию аутодермопластики и липофилинга. Перед операцией на коже околораневой области размечали участки для мобилизации-липосакции, через разрез кожи 3–5 мм после инфильтрации подкожной клетчатки раствором Клейна с помощью канюли производили липосакцию в размеченных зонах околораневой области: в результате кожный лоскут, выкроенный для перемещения, становился более подвижным, а полученную массу липоаспирата вводили в полость раны для стимуляции репаративных процессов.

Результаты. В контрольной группе отмечены местные осложнения в виде частичного некроза растягиваемого кожного лоскута (3 случая), инфекции в области проведения спиц (2 случая), прорезывания швов и расхождения краев раны (3 случая). Всего в контрольной группе осложненное течение раневого процесса зафиксировано у 8 пациентов из 20 (40%). В основной группе осложнение

в виде прорезывания швов после дермотензии декубитальной язвы отмечено в 2 случаях из 16 (12,5%).

При гистологическом исследовании биопсийного материала из раны установлено, что в течение первых двух суток пересаженный липоаспират стимулировал формирование сосудов и грануляционной ткани. На третьи сутки жизнеспособная жировая ткань занимала 67,3 [55,2; 89,2]%, фиброзная ткань — 14,7 [9,9; 15,3]%. В тканях препарата при этом ясно визуализировались функционирующие микрососуды с единичными микротромбами, сладжем. В течение 10 суток стимуляция раневого процесса способствовала скорейшему, в сравнении с контрольной группой, заживлению раны и снижению риска осложнений послеоперационного периода.

Заключение. Предложенная комбинация аутодермопластики и липофилинга является эффективным и безопасным методом, позволяющим одновременно снизить натяжение кожного лоскута за счет его дополнительной мобилизации и при этом стимулировать репаративную регенерацию в ране благодаря клеточному составу и морфофункциональным свойствам липоаспирата.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА МЕТОДОМ ПУНКЦИОННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ НАВЕДЕНИЕМ

СОБОЛЕВ Ю.А., ДЕМИН Д.Б., СОЛОДОВ Ю.Ю., ФУНЫГИН М.С.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург  
y\_sobolev@mail.ru

В настоящее время во многих хирургических клиниках наблюдается интенсивное внедрение пункционно-дренирующих методик под контролем ультразвука, так как они обладают существенными преимуществами по отношению к открытым классическим методикам оперативного лечения абсцессов брюшной полости.

Цель работы: проанализировать результаты лечения больных с внутри- и внеорганными абсцессами брюшной полости и забрюшинного пространства методом пункционного дренирования, выполняемого под ультразвуковой навигацией.

Материал и методы: нами был проведен анализ хирургического лечения 15 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» с 2016 по 2017 гг. Всем больным выполнялось пункционное дренирование абсцессов под интраоперационным ультразвуковым контролем с помощью диагностического аппарата Medison «SonoAse X8» (Южная Корея) датчиками 6 и 10 МГц в режиме серой шкалы (В-режим) и в режиме цветового доплеровского картирования. Для дренирования абсцессов применялись устройство (игла диаметром 16–18 G, длиной 37 см) для дренирования полостных образований и полиэтиленовые изогнутые дренажи-катетеры с фиксирующей нитью для чрескожного дренирования полостных образований от 9 до 14 СН фирмы ООО «МИТ». Дренирование проводилось по одномоментной методике.

Результаты исследования: все вмешательства выполняли в операционной в асептических условиях. Ультразвуко-