

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-

вой датчик стерилизовали 0,5% раствором хлоргексидина. Из оперированных пациентов было 9 мужчин и 6 женщин. Возраст пациентов составил от 25 до 88 лет. У четырех больных были дренированы абсцессы поджелудочной железы (после ранее перенесенного острого панкреатита), причем в двух случаях — трансгастрально. У 6-ти пациентов — абсцессы печени (в 4-х случаях была поражена правая доля, в 2-х — левая), у двух — поддиафрагмальный абсцесс слева (после перенесенной спленэктомии), у 3-х больных — абсцессы парапанкреатической клетчатки (на фоне панкреонекроза). В 3-х случаях для более адекватной санации гноя применялись 2 дренажа. Во всех случаях интраоперационно проводилась санация полости абсцесса 0,05% раствором хлоргексидина с введением антибиотика из группы цефалоспоринов. Все операции были выполнены под местной анестезией. Катетер фиксировали к коже двумя узловыми швами. Средняя длительность операций составила 10 минут. До операции и в послеоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионная терапия с введением антибиотиков широкого спектра действия. Продолжительность послеоперационного периода в среднем составила 11,7 койко-дней. Интра- и послеоперационных осложнений не было. В одном случае из-за густого гноя с массивными секвестрами была конверсия на мини-лапаротомию под УЗИ-контролем для адекватной санации и дренирования полости. Летальность составила 0%. Для безболезненного проведения вмешательства необходима адекватная премедикация пациента и местное обезболивание под ультразвуковым контролем всей предстоящей траектории движения устройства практически до очага-мишени. Ежедневно проводили санацию полости абсцесса раствором хлоргексидина. Каждые три дня выполнялось УЗИ для оценки динамики уменьшения полости. Дренаж удалялся при условии отсутствия отделяемого и ликвидации полости при контрольном УЗИ. Четверо пациентов были выписаны с дренажом под наблюдение хирурга поликлиники. Дренажи им были удалены через три недели.

Заключение. Пункционное дренирование под контролем УЗИ является методом выбора в лечении абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства. Он дает возможность выполнения вмешательств под местной анестезией. Длительность операции минимальна по сравнению с открытыми методами. Минимизация количества послеоперационных осложнений. Возможность активизации больного в день операции.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ АСПИРАЦИОННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОМИЕЛИТОМ

ЦЫБИН А.А.

Тульский государственный университет, медицинский институт, кафедра хирургических болезней, Тула
lanal4@mail.ru

Актуальность. Остеомиелит — один из сложных вариантов неспецифического воспаления. Выздоровление со-

ставляет в среднем 64%. Рецидивы в последующие 5 лет возникают у 27% пациентов, у 6% наблюдаются тяжелые осложнения (<https://www.polismed.com>).

Цель. Изучение и анализ результатов и эффективности комплексного хирургического лечения больных с остеомиелитом методикой аспирационного дренирования.

Материалы и методы. Представлены случаи 233 пациентов с остеомиелитом различной этиологии и локализации, в разной стадии болезни проходивших лечение в период с 1986 по 2017 гг. Из них 148 взрослых пациентов в возрасте от 18 до 76 лет и 85 детей, в том числе 8 новорожденных, заболевание которых находилось в острой стадии. Всем больным после хирургического вмешательства, комплексной клинической, лучевой, иммунологической, бактериологической и морфологической диагностики применялась методика длительного непрерывного аспирационного дренирования костного гнойного очага (ДНАД-КГО). Все 148 взрослых больных поступили на лечение в подострой и хронической стадии болезни. Из 85 детей 11 были в острой стадии. У них отмечалась стадия глубоких подострых деструкций кости или хронических изменений с наличием секвестров в костной ткани, свищами и ранами мягких тканей, которые требовали дополнительных хирургических мер. Все новорожденные начинали консервативное лечение.

Результаты. Трудности в лечении представили взрослые больные, что связано у них с меньшим регенераторным потенциалом кости, медленным восстановлением костных структур, сопутствующей патологией, особенно у возрастной группы. Это подтверждено морфологически исследованиями. У 35% пациентов требовалось этапное скелетное вытяжение, гипсовая повязка и аппаратный остеосинтез. Длительность существования хронического очага у 39% больных достигала 15 лет и более, с частыми рецидивами и выраженной деструкцией и секвестрацией кости. Сроки дренирования в 3-х случаях у них составили 5 лет. Основной срок дренирования 2–3 года. Из закончивших лечение выздоровели 86% взрослых пациентов. Рецидив наступил у 10 (7,81%) больных. Продолжают лечение 12 (8,21%). Умерло 3 пациента, летальность составила 2%. 1 наркозависимый больной — вследствие артериального тромбоза артерии на стороне поражения, развития сепсиса, 1 больной, отказавшийся от лечения, умер от развившегося амилоидоза, 1 больная — от развития саркомы в хронических свищах пяточной кости.

Особую трудность в лечение представляла группа взрослых больных, у которых остеомиелит был следствием тяжелого первичного заболевания (сахарный диабет и др.) приведшего к деструкции нескольких костей, сочленяющих сустав, а также остеомиелит с патологическим переломом сегмента. Это потребовало разработки инновационной методики — интрамедулярный аспирационный дренирующий остеосинтез (ИМАДО), что позволило решить сложную лечебную задачу. Таких больных было 8 человек. У 23 пациентов было использовано сочетание ДНАДКГО с остеосинтезом аппаратами внешней фиксации.