

Комбинированная пластика распространенных раневых дефектов

**С.А. САПА, С.А. АСЛАНЯН,
А.В. СОТНИКОВ, Я.В. КУПЧЕНКО**

Резюме. *В статье доказано, что применение комбинированной пластики распространенных раневых дефектов в сочетании с активной хирургической тактикой ведения пациентов является оптимальным методом лечения.*

Ключевые слова: *комбинированная пластика, распространенные раневые дефекты.*

Распространенным называется тот раневой дефект, который занимает большую часть сегмента конечности, больше половины площади волосистой части головы, шеи, грудной клетки, передней брюшной стенки.

Наиболее частыми этиологическими факторами в возникновении распространенных раневых дефектов являются:

- флегмоны (чаще всего вызванные анаэробной микрофлорой);
- травматические повреждения (в том числе глубокие ожоги);
- злокачественные новообразования кожных покровов и мягких тканей.

Вышеперечисленные раневые дефекты в своем большинстве требуют длительного лечения, заключающегося в применении медикаментозной (антибактериальной и дезинтоксикационной) терапии в сочетании с неоднократными хирургическими вмешательствами, которые выполняются в условиях общего обезболивания. Несмотря на современный уровень лечения, данные состояния характеризуются длительной потерей трудоспособности и имеют высокий уровень инвалидизации и летальности.

Цель исследования – доказать целесообразность и эффективность применения комбинированной пластики распространенных раневых дефектов как оптимального метода лечения данной патологии, позволяющего сократить время пребывания больного в стационаре и снизить летальность, сохранить надлежащий уровень трудоспособности и качество дальнейшей жизни.

Материалы и методы

Для исследования были выбраны 2 группы больных: основная, состоящая из 14 лиц, в лечении которых применяли активную хирургическую тактику, и контрольная, в которую вошли 16 пациентов, получавших преимущественно консервативные методы лечения. Как видно из табл. 1, группы были сопоставимыми.

Таблица 1

Сравнительная характеристика групп

Показатели	Основная группа (n = 14)		Контрольная группа (n = 16)	
	Абс.	%	Абс.	%
Возраст				
трудоспособный	9	64	10	62,5
пенсионный	5	36	6	37,5
Пол				
мужчины	11	78,5	12	75
женщины	3	21,5	4	25
Категория				
военнослужащие	2	14,5	3	19
пенсионеры МОУ	3	21,5	4	25
гражданские	9	64	9	56
Этиология				
инфекционная	8	57	9	56
травматическая	3	21,5	5	31
опухолевая	3	21,5	2	13

Среди факторов возникновения распространенных раневых дефектов у пациентов основной группы преобладала острая хирургическая инфекция (в подавляющем большинстве анаэробные флегмоны туловища, промежности, конечностей, которые имели место у 8 больных). Распространенные раневые дефекты, вызванные травматическими повреждениями (в том числе после глубоких ожогов) и возникшие вследствие злокачественных новообразований кожных покровов и мягких тканей наблюдали у 3 пациентов в каждой группе (табл. 2).

Таблица 2

Факторы возникновения распространенных раневых дефектов

Этиологический фактор	Больные	
	Абс.	%
Острая хирургическая инфекция	8	57
Травмы (в том числе ожоги)	3	21,5
Злокачественные образования	3	21,5

Алгоритм хирургических вмешательств был следующим: первичная хирургическая обработка гнойного очага (посттравматического дефекта мягких тканей или участка распада опухоли) с обязательной некрэктомией. Последующее ведение раны осуществляли открытым

методом (ежедневные перевязки с обработкой растворами местных антисептиков и антибактериальными мазями). Перечисленные мероприятия преследовали цель купирования гнойного воспаления и окончательного освобождения раневых поверхностей от некротизированных тканей.

После прекращения гнойно-некротического процесса в ране выполняли повторную хирургическую обработку, целью которой было закрытие наибольшей площади раневого дефекта за счет прилежащих тканей (пластика местными тканями) путем мобилизации последних, выкраивания и розворачивания разных по форме, в зависимости от конфигурации ран, мягкотканых лоскутов (овальных, прямоугольных и т. д.).

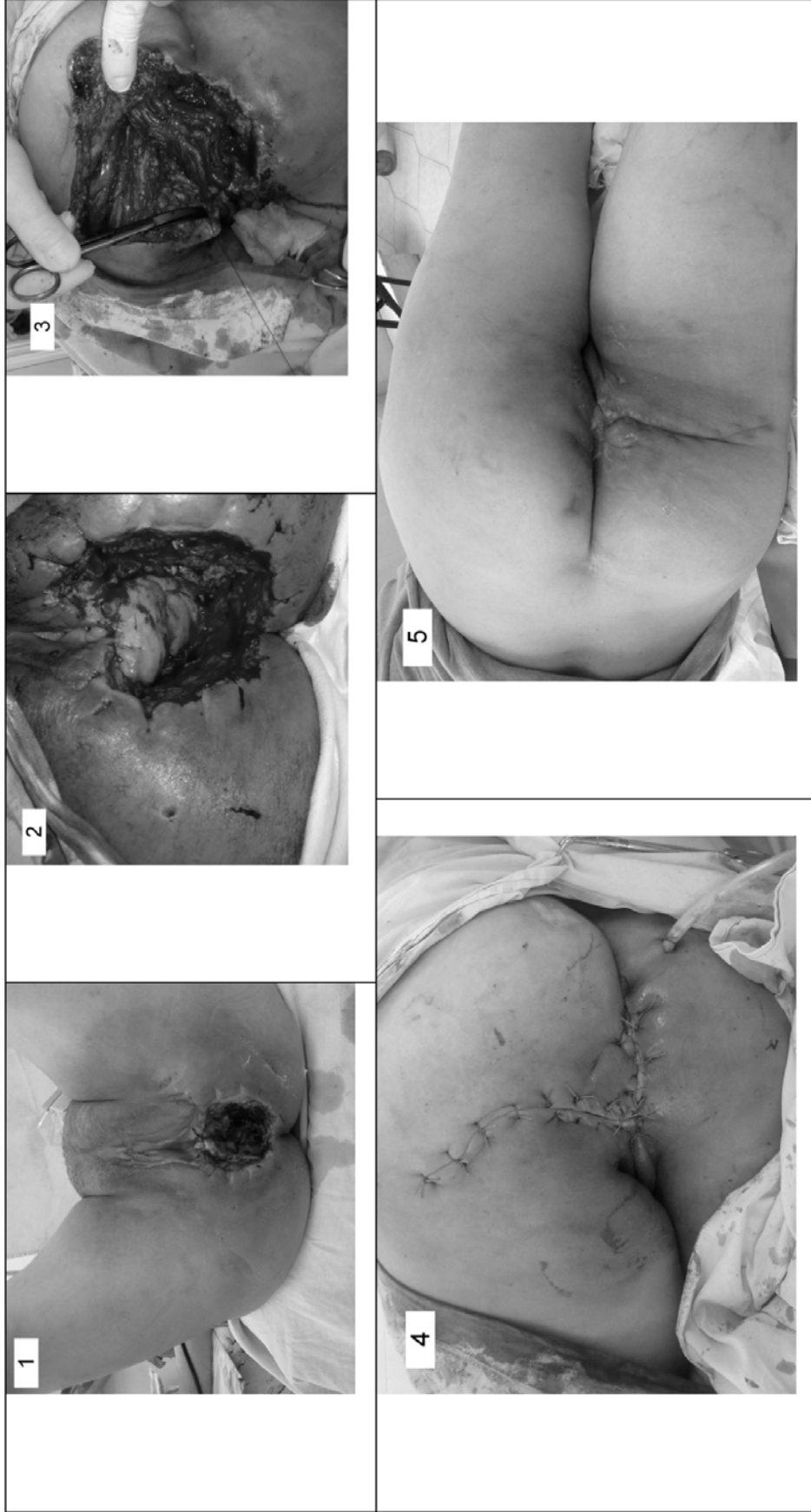
Раневые поверхности, оставшиеся после применения пластики местными тканями, готовили к последующей аутодермопластике свободными расщепленными кожными лоскутами путем стимуляции развития состоятельной грануляционной ткани с использованием местно-раздражающих средств. Донорскими поверхностями для взятия аутодермотрансплантатов в подавляющем большинстве были передняя брюшная стенка, передняя и боковая поверхности бедра.

Результаты и их обсуждение

Количество оперативных вмешательств за время лечения колебалось в пределах от 3 до 14 (в среднем этот показатель составляет 6,3 операции на одного пациента). Наиболее частыми причинами повторных вмешательств были явления краевой некротизации мягкотканых лоскутов, выкроенных из местных тканей, и лизис перемещенных аутодермотрансплантатов на отдельных участках раневых поверхностей.

В отделении применяли принятую нами тактику активного хирургического лечения, которая вобрала в себя проведение этапных хирургических обработок ран в случае недостаточной эффективности предыдущей операции. Как видно из данных табл. 3, программированные вмешательства позволяют сократить время лечения, предотвратить возникновение распространенных рубцовых изменений, приводящих к снижению трудоспособности (нередко и к инвалидизации) пациентов, позволяет на треть сократить время пребывания больного в стационарных условиях, существенно снизить уровень летальности и сохранить надлежащий уровень трудоспособности после реабилитации пациента. Примеры лечения обширных раневых дефектов различного генеза представлены на рис. 1–4.

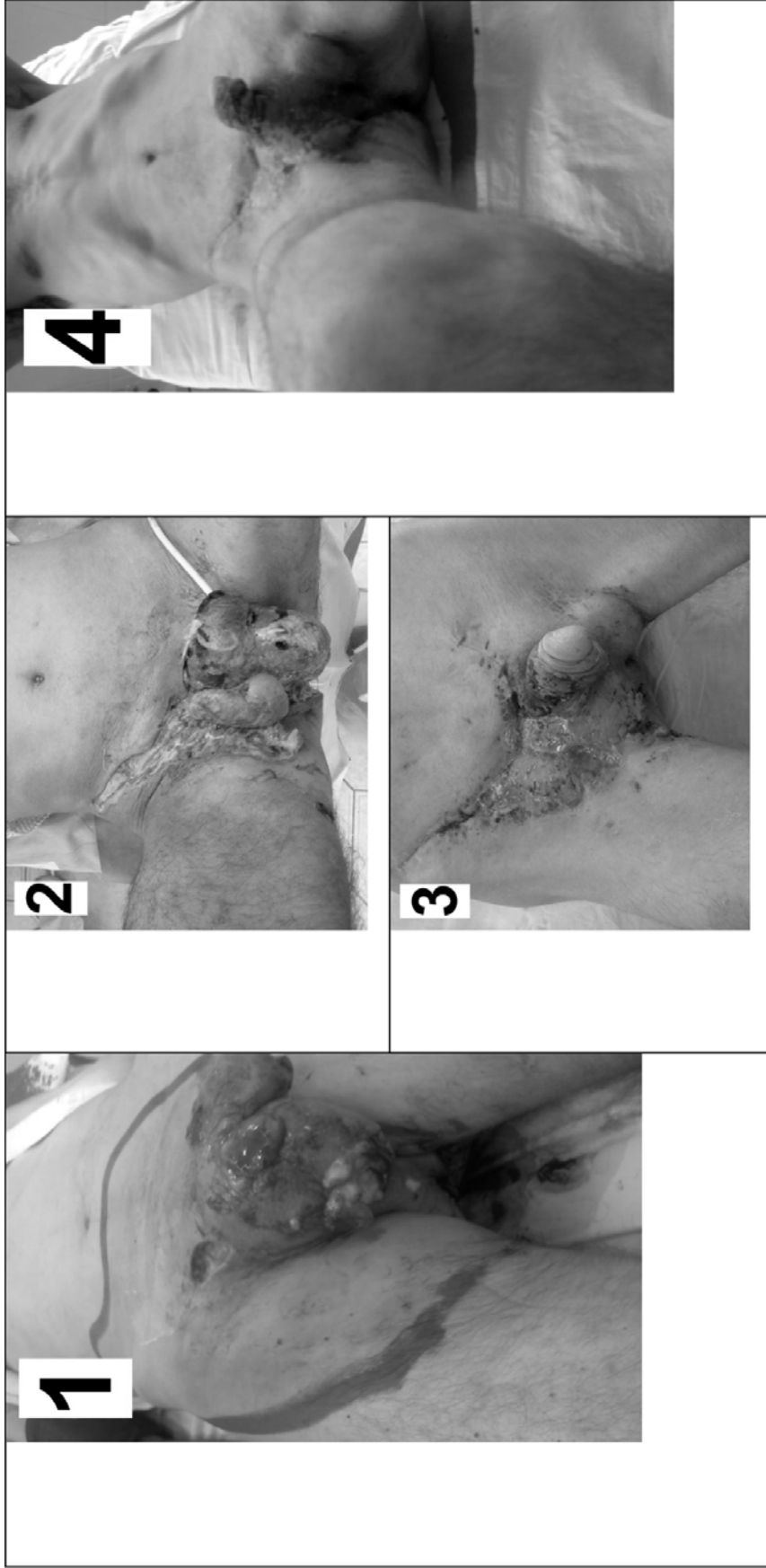
После окончания лечения все больные трудоспособного возраста вернулись к выполнению работы без ограничений. Все действующие военнослужащие выписаны без изменения категории пригодности к военной службе. У онкологических больных и пациентов, имеющих группу инвалидности, переосвидетельствования на более тяжелую группу после лечения не требовалось.



*Рис. 1. Лечение обширного раневого дефекта опухолевого генеза.
1 – раневой дефект опухолевого генеза, 2 – вид раны после некрэктомии, 3 – выполнение пластики местными тканями;
4 – вид на 5-е сутки после операции; 5 – вид в день выписки*



Рис. 2. Лечение обширного раневого дефекта травматического генеза. 1 — рана травматического генеза, 2 — некрэктомия омертвевших тканей в ране; 3 — пластики местными тканями на голени в комбинации с аутодермопластикой свободным расщепленным кожным лоскутом на тыльной поверхности стопы; 4 — вид больного через месяц после операции.



*Рис. 3. Лечение обширной флегмоны промежности, половых органов, с переходом на переднюю брюшную стенку.
1 – раневой дефект; 2 – первичная хирургическая обработка; 3 – вид через 2 нед после комбинированной пластики
раневого дефекта; 4 – отдаленный результат лечения.*

Результаты лечения распространенных раневых дефектов

Показатель	Основная группа	Контрольная группа
Средняя продолжительность лечения, дней	31,5 + 1,6	39,7 + 1,4
Уровень летальности, абс. (%)	1 (7%)	3 (18,5)
Удовлетворительная степень функционального восстановления, абс. (%)	12 (86%)	9 (56%)

Выводы

Лечение распространенных раневых дефектов остается актуальной проблемой, которая требует детального изучения.

Изложенные выше клинические случаи лечения больных в отделении гнойной хирургии ГВМКЦ «ГВКГ» доказывают, что применение комбинированной пластики распространенных раневых дефектов в сочетании с активной хирургической тактикой ведения пациентов является оптимальным методом лечения, позволяет сократить время пребывания больных в стационарных условиях, снижает летальность, дает возможность сохранить надлежащий уровень трудоспособности и качества последующей жизни.

Литература

1. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии: руководство для врачей / В.К. Гостищев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 768 с.
2. Кондратенко П.Г. Хирургическая инфекция: практическое руководство / П.Г. Кондратенко, В.В. Соболев. – Донецк : Новый світ, 2007. – 512 с.
3. Горюнов С.В. Гнойная хирургия. Атлас / С.В. Горюнов. – М., 2004. – 614 с.
4. Шаповал С.Д. Гнійно-септична хірургія / С.Д. Шаповал. – Запоріжжя : Орбита-Юг, 2007. – 192 с.
5. Теория и практика местного лечения гнойных ран / О.П. Безугла [и др.]; под ред. Б.М.Доценко. – К. : Здоров'я, 1995. – 384 с.

Комбінована пластика розповсюджених ранових дефектів

**С.А. САПА, С.О. АСЛАНЯН,
А.В. СОТНИКОВ, Я.В. КУПЧЕНКО**

Резюме. В статі доводиться, що застосування комбінованої пластики поширених ранових дефектів у поєднанні з активною хірургічною тактикою ведення пацієнтів є оптимальним методом лікування.

Ключові слова: комбінована пластика, поширені ранові дефекти.

Combined common plastic wound defects

S. SAPA, S. ASLANJAN, A. SOTNIKOV, JA. KUPCHENKO

Summary. *The article advised that the use of combined common plastic wound defects in the state with active surgical tactics of patients is the best method of treatment.*

Key words: *combined common plastic, common wound defects.*

УДК 611.84:617.753.3:617.741-004.1:616-089.843

Первые результаты имплантации торических интраокулярных линз

И.Ф. СЕМЕНОВА

Резюме. *Проведен анализ результатов имплантации торических интраокулярных линз у пациентов с роговичным астигматизмом. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности торических интраокулярных линз для получения высоких зрительных функций.*

Ключевые слова: *астигматизм, интраокулярные линзы.*

Астигматизм – сочетание в одном глазу рефракций различного или одного и того же вида, но различной степени [4].

Астигматизм как одна из разновидностей рефракции встречается у 45–55% населения земного шара [3]. При этом астигматизм более 1,5 диоптрий значительно осложняет адекватное восприятие окружающего мира. Коррекция астигматизма очками и контактными линзами сложна и представляет большие трудности для пациента, а зачастую полная коррекция является непереносимой [3]. Важно подчеркнуть, что в 35% случаев у больных, оперированных по поводу катаракты, диагностируют астигматизм различных степеней, что значительно снижает функциональный результат операции [4, 5]. В то же время современный уровень жизни требует достижения высокого и качественного зрения после хирургии катаракты.

Предлагались различные варианты коррекции астигматизма в хирургии катаракты: релаксирующие тангенциальные и лимбальные роговичные надрезы, предсказуемость рефракционного эффекта которых достаточно ограничена [2, 6]; использование современных эксимер-лазерных технологий [1, 7], которые позволяют точно прогнозировать функциональный результат, но требуют дополнительных материальных затрат. Внедрение в настоящее время торических интраокулярных линз