

Исходы хирургического лечения анаэробной инфекции у собак

Метод лечения	Количество животных	Выздоровление	Смерть
Рассечение фасциальных футляров	14	11	3
Иссечение мышц лишенных кровоснабжения	11	11	–
Ампутация конечности на уровне тромбоза	14	9	5

ни у одной из них не наступило резкого нарушения функций конечности за счет компенсации другими мышцами.

Лампастные разрезы, произведенные собакам при тромбозе сосудов, не принесли существенной пользы. Летальные исходы при этом оперативном вмешательстве наступили в те же сроки, как у животных, не получавших лечения.

При тромбозе магистральных артерий ампутации осуществлялись на уровне тромбоза сосудов.

У 5 животных из 14 удалось осуществить ампутацию на уровне большеберцовых артерий с выкраиванием лоскута, где сохранилось коллате-

ральное кровоснабжение. Все животные выжили. В культе конечности, судя по ангиограммам, в ближайшее время произошло восстановление кровообращения. В последующем, гранулирующие поверхности культи были успешно закрыты кожно-фасциальными лоскутами.

Экспериментальные данные позволяют предположить, что ампутации следует производить на уровне тромбированных магистральных артерий и в отдельных случаях с выкраиванием кожно-фасциального лоскута, где сохранилось коллатеральное артериальное кровообращение.

В.Н. Зеленин, И.А. Куклин, И.В. Попов, В.А. Афанасов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОСКУТОВ С ОСЕВЫМ КРОВОТОКОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН И ЗАМЕЩЕНИЯ ТКАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ

**НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)**

Замещение тканевых дефектов, возникающих в результате травмы, удаления новообразований или развития инфекции, является проблемой, которая сопровождает развитие хирургии. Ее решение остается важнейшей задачей пластических хирургов.

Анатомические исследования, проведенные пластическими хирургами, привели к открытию в различных анатомических областях множества донорских зон, в которых можно выкроить самые разнообразные тканевые комплексы с осевым кровотоком.

За период с 1987 по 2004 г. нами выполнено 490 оперативных вмешательств с использованием лоскутов тканей с осевым кровотоком. В 231 случае дефекты, для замещения которых применялась пластика, были вызваны механической травмой, у 74 — были следствием термических поражений, у 24 пациентов возникли в результате действия электрического тока высокого напряжения, у 124 — после удаления опухолей (из них реконструкция груди, удаленной по поводу рака, выполнена у 67 пациенток). У 37 пациентов после удаления гангреноз-

ного легкого лоскуты использованы для тампонады культи бронха или бронхиального свища.

При лечении пациентов были использованы 202 микрососудистых лоскута, 96 островковых лоскутов с ретроградным кровотоком, 47 островковых лоскутов с антероградным кровотоком и 145 ротационных лоскутов. Применяли 55 различных видов лоскутов.

Полное приживление лоскутов было достигнуто в 92,2 % случаев, полный и частичный некроз лоскута наблюдали у 7,8 % пациентов.

У 149 пациентов дефект был представлен длительно незаживающей раной, нередко в сочетании с повреждением костей, нервов, сухожилий и суставов. Тактика лечения этих пациентов основывалась на радикальной хирургической санации раны, замещении ее хорошо кровоснабжаемыми тканями и адресной антибиотикотерапии. Восстановление глубже лежащих структур выполняли одновременно с замещением покровных тканей.

Наши данные подтвердили, что лоскуты с осевым кровотоком обладают высокой устойчивостью к инфекции и способны подавлять ее развитие в

ране. У пациентов, которые имели инфицированные дефекты покровных тканей различной локализации с уровнем контаминации до 10^5 микробных тел на грамм ткани, частота развития инфекции в реципиентном месте составила 5,3 % от всех операций и статистически не отличалась при инфицированных и неинфицированных дефектах. Замещение дефекта хорошо кровоснабжаемыми тканями позволяло эффективно вылечить пациентов с длительно незаживающими ранами, остеомиелитом, бронхиальными свищами и эмпиемой плевры и при более высоком уровне микробной контаминации.

Высокая устойчивость лоскутов с осевым кровотоком к инфекции, их способность подавлять ее развитие в ране делают возможным выполнение одномоментного восстановления глубжележащих структур. Пластика глубжележащих структур может быть сделана с использованием как кровоснабжаемых, так и некровоснабжаемых аутоотрансплантатов.

Кровоснабжаемые аутоотрансплантаты имеют ряд преимуществ. При сохранении кровоснабжения сухожилия, нервы, кости обладают лучшими репаративными способностями. Они не нуждаются

в значительной перестройке и обладают большей устойчивостью к инфекции, чем свободные трансплантаты. Однако дополнительные сложности во время операции и ущерб, наносимый при подъеме такого лоскута донорской зоне, должны быть тщательно взвешены против получаемых преимуществ. Во многих случаях пластика с успехом может быть выполнена и некровоснабжаемыми аутоотрансплантатами. Тщательная хирургическая обработка инфицированного дефекта и его замещение лоскутом с осевым кровотоком позволяют добиться первичного заживления раны даже при использовании для пластики глубжележащих структур некровоснабжаемых аутоотрансплантатов. Поэтому использование только кровоснабжаемых тканей не должно являться самоцелью.

Анализ полученных результатов показал, что использование лоскуты с осевым кровотоком позволяет эффективно восполнить дефицит тканей. Выбор конкретного лоскута зависит задач реконструктивного лечения, анатомической локализации дефекта, его размеров, необходимости восстановления глубжележащих структур, возможностей донорской зоны и мнения пациента о предстоящей операции.

А.С. Зюзько, В.В. Шимко, В.И. Новолодский

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ

Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить эффективность применения низкоинтенсивного лазерного излучения и гипербарической оксигенации для профилактики нагноения послеоперационной раны после ампутации нижней конечности на фоне критической ишемии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ клинических наблюдений у 63 пациентов после ампутаций нижних конечностей выше щели коленного сустава. Все больные в периоперационном периоде получали курс стандартной лекарственной терапии, включающий введение антибиотиков, низкомолекулярных растворов, антикоагулянтов прямого и непрямого действия, ангиопротекторов, дезагрегантов, симптоматические средства. Методика внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) и местного лазерного облучения области послеоперационной раны (МЛО) в сочетании с гипербарической оксигенацией (ГБО) использовалась у 38 пациентов.

Низкоинтенсивное лазерное облучение крови проводилось с помощью гелий-неонового лазера ЛА-2 производства «ДальЮС» (Владивосток). В качестве проводника использовались одноразовые

световоды с мощностью излучения на выходе от 3 до 5 мВт. Сеансы ВЛОК проводились ежедневно в течение 15–20 минут, курс лазерной терапии составлял 7–10 процедур.

Местное лазерное облучение области послеоперационной раны проводилось с помощью магнитолазерного аппарата Милта-Ф-8-01 производства ЗАО «НПО Космического приборостроения» (Москва) двумя терминалами в инфракрасном спектре действия. Мощность излучения — 80 мВт, частота следования импульсов составляла 80 Гц, длительность сеанса — 10–15 минут, курс составлял 7–10 ежедневных процедур.

Курсы гипербарической оксигенотерапии проводили ежедневно в барокамере «Енисей-3» при давлении 1,5–1,6 атм. с экспозицией 30–40 минут на изопрессии в течение 7–10 дней.

Данная методика выполнялась за 1–2 суток до операции, в день операции и в раннем послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализируя показатели свертывающей системы крови у исследуемых пациентов, которым проводилась только лекарственная терапия, значи-