

Эндоскопия 1.

мерами около 1,0 см, которое ведет в луковицу ДПК. (эндоскопия 1). Привратник симметричен, перистальтирует,

звизет, свободно проходит. Луковица ДПК деформирована, слизистая ее гиперемирована, отечна, на правой боковой стенке определяется часть выходного отверстия гастродуоденального свища. Верхне-горизонтальная, нисходящая части ДПК не изменены. В просвете ДПК желчь.

Заключение: Хроническая язва антрального отдела желудка, без признаков рецидива кровотечения (Forrest 2С), гастродуоденальный свищ, рубцовая деформация луковицы ДПК, поверхностный гастродуоденит, недостаточность привратника, дуоденогастральный рефлюкс.

В дальнейшем состояние больного было стабильным, рецидива кровотечения не было. 6.10.2008г. был выписан из хирургического отделения. Рекомендовано проведение курса консервативной терапии с эндоскопическим контролем.

Таким образом, неотложная эзофагогастродуоденоскопия позволяет не только установить причину острого желудочного кровотечения и провести надёжный гемостаз с применением аргон-плазменной коагуляции, но и диагностировать такое редкое заболевание, как бессимптомно протекающий гастродуоденальный свищ большого диаметра.

Адрес для переписки: 664046, г. Иркутск, ул. Байкальская, 118,

Брегель Александр Иванович, зав. эндокринологическим отделением, профессор. Тел. (3952)703-717, e-mail: bregel@irk.ru

© ФОМИН С.А. — 2009

КОСМЕТИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЗАШИВАНИЯ КОНТАМИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ АППЕНДЕКТОМИИ

С.А. Фомин

(Кафедра факультетской хирургии (зав. — профессор А.А. Чумаков) Ярославской государственной медицинской академии (ректор — профессор А.В. Павлов))

Резюме. Разработан и внедрён «Косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии». Проведён анализ клинических результатов стационарного лечения. Изучены результаты амбулаторного послеоперационного лечения при использовании различных способов зашивания операционной раны. Показано уменьшение гнойно-воспалительных осложнений при использовании «Косметического способа зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии»

Ключевые слова: аппендэктомия, зашивание операционной раны, гнойно-воспалительные осложнения.

THE COSMETIC WAY OF MENDING CONTAMINATED OPERATIONAL WOUND IN APPENDECTOMY

S.A. Fomin

(Saratov State Medical Academy)

Summary. The cosmetic way of mending contaminated operational wound in appendectomy is developed and introduced. The analysis of clinical results of hospitalization is carried out. Results of out-patient postoperative treatment are studied in use of various ways of mending of an operational wound. Reduction of purulent-inflammatory complications in use of the cosmetic way of mending contaminated an operational wound is shown in appendectomy.

Key words: appendectomy, mending of an operational wound, purulent-inflammatory complications.

Косметический эффект после оперативного лечения зависит от способа зашивания раны и от используемого шовного материала. Качество шовного материала является одним из факторов, имеющих большое значение для заживления послеоперационной раны [2,4]. Вместе с тем остаются сомнения, что оставление в контаминированной ране инородного материала приводит к созданию более благоприятных условий для заживления раны в целом [3]. Высокий удельный вес гнойно-воспалительных осложнений в ургентной хирургии сдерживает широкое применение косметических швов.

Операционная рана при аппендэктомии традиционно зашивается послойно с использованием нерассасывающегося шовного материала. В литературе способы зашивания операционной раны в основном сводятся к способу зашивания кожи. Для зашивания кожи при аппендэктомии применяется несколько видов швов. Наиболее распространенным является простой узловый шов. Следующим по распространённости является шов

Донатти. Каждый из этих швов имеет свои преимущества и недостатки. Для самого распространенного простого узлового шва характерно нечеткое сопоставление краёв раны, трофические нарушения в стенках раны, часто возникающие «кожные метки». К недостаткам другого наиболее распространённого шва Донатти в ургентной хирургии следует отнести неудовлетворительный косметический результат вследствие образования грубых поперечных полос [1].

Мы рассматриваем способ зашивания операционной раны как многоэтапное действие, состоящее из нескольких последовательных и значимых мероприятий направленных на профилактику гнойно-воспалительных осложнений и косметических дефектов. Нами разработан и применяется «Косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии» (приоритет №2008147994(062850) от 04.12.2008.). Каждый этап в разработанном нами способе имеет свою цель и решает поставленную перед ним задачу.

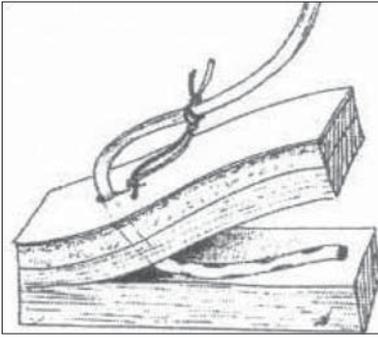


Рис. 1. Активная аспирация из подкожно-жировой клетчатки через отдельную контрапертуру.

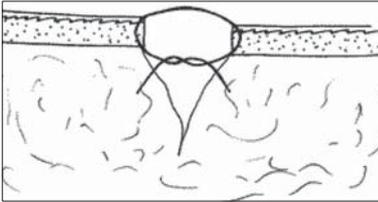


Рис. 2. Отдельный внутрикожный внутриузловой шов рассасывающимся шовным материалом.



Рис. 3. Внешний вид послеоперационного рубца после аппендэктомии из «Косого параректального мини-доступа» при использовании «Косметического способа зашивания контаминированной операционной раны» через 1 месяц после операции.

Капрофил, Максон и др.). У пациентов с индексом массы тела более 26 и развитой подкожно-жировой клетчаткой используется активная аспирация из подкожно-жировой клетчатки через отдельную контрапертуру с помощью «Устройства для активного дренирования ран однократного применения с баллоном ёмкостью 250 см³» (ТУ 64-2-114-82) (рис. 1). Кожа зашивается отдельным внутрикожным внутриузловым швом, рассасывающимся шовным материалом со временем полной абсорбции до 90 дней (Викрил, ПА, Дексон и др.) (рис. 2). Цель оценить результаты использования оригинального способа зашивания послеоперационной раны.

Материалы и методы

За период с 2003 по 2008 год разработанный нами косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии был применён у 187 больных. Женщины — 146 (78,1%), мужчины — 41 (21,9%). Средний возраст — 23,9±0,7 лет. Контрольная группа составила 90 больных, женщины — 70 (77,8%), мужчины — 20 (22,2%), средний возраст — 24,4±0,9 лет. Операционная рана в контрольной группе зашивалась традици-

онно простым узловым швом нерассасывающимся шовным материалом. При обработке результатов исследования использовали расчёт средней арифметической величины (M), стандартной ошибки среднего (m) и стандартного отклонения (StdDv). Нормальность распределения признака определяли по одновыборочному тесту Колмогорова-Смирнова. Оценка достоверности различий между средними величинами и показателями осуществлялась по критерию Стьюдента (при нормальном распределении признака). При отсутствии нормального распределения признака оценку достоверности различий в независимых выборках осуществляли по непараметрическому тесту Манна-Уитни. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05. Для статистической обработки данных применялась компьютерная программа компании «StatSoft» — Statistica 6.0.

Результаты исследования

Результаты лечения острого аппендицита при использовании различных способов зашивания операционной раны представлены в таблице 1.

Различия между средними значениями длительности субфебрильной температуры тела в послеоперационном периоде основной и контрольной группах составили 0,5 дня при статистически значимых различиях между группами (U=6599, df=275, p=0,003634). Отсутствие субфебрильной температуры тела в послеоперационном периоде в основной группе отмечалось у 79 (42,2%) больных, в контрольной группе — у 26 (28,9%) больных.

Мы не ставили перед собой задачу любыми путями уменьшить длительность пребывания больных в стационаре после аппендэктомии из косо-параректального мини-доступа, но при анализе историй болезни различие в длительности пребывания в стационаре после различных способов аппендэктомии составило 0,9 дня при статистических различиях между группами (W-W=3,297006, df=275, p=0,000977). В основной группе минимальная длительность пребывания в стационаре 4 дня отмечена у 15 (8%) больных, в контрольной группе у 1 (1,1%) пациентки по семейным обстоятельствам длительность стационарного лечения составила 4 дня.

Количество гнойно-воспалительных осложнений в основной и контрольной группе на этапе стационарного лечения представлено в таблице 2.

При использовании косметического способа зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии отмечалось уменьшение количества гнойно-воспалительных осложнений в основной группе в 3,9 раза по сравнению с контрольной группой, операционная рана в которой зашивалась традиционно с использованием нерассасывающегося шовного материала. Нагноение операционной раны в основной группе произошло у пациентов с индексом массы тела более 26 и наличием хронического заболевания. Операционная травма привела к обострению у данных пациентов в 2 случаях хронического бронхита и в 1 случае обостре-

Таблица 1

Ближайшие результаты лечения острого аппендицита при использовании различных способов зашивания операционной раны

Критерий	Косметический способ, M±m, n=187	Традиционный способ, M±m, n=90	Тест	Уровень значимости, p
Длительность субфебрильной температуры, дни	1,1±0,1 StdDv=1,3 p<0,01*	1,6±0,2 StdDv=1,6 p<0,01*	U=6599**	0,003634
Длительность стационарного лечения, койко-день	7±0,1 StdDv=1,5 p<0,01*	7,9±0,4 StdDv=3,8 p<0,01*	3,297006***	0,000977

* — тест Колмогорова-Смирнова

** — тест Манна-Уитни

*** — Wald-Wolfowitz Runs Test

Таблица 2
Гнойно-воспалительные осложнения в области
оперативного вмешательства после различных способов
зашивания операционной раны

Вид осложнения	Косметический способ, n=187	Традиционный способ, n=90
Нагноение операционной раны	3 (1,6%)	6 (6,7%)
Гематома операционной раны	3 (1,6%)	2 (2,2%)
Серома операционной раны	1 (0,5%)	3 (3,3%)
Инфильтрация краев раны	1 (0,5%)	4 (4,4%)
Всего:	8 (4,28%)	15 (16,67%)

нию хронического пиелонефрита.

Гематома операционной раны в основной группе располагалась над апоневрозом наружной косой мышцы живота, что вызвано особенностью зашивания кожи отдельным внутрικοжным внутриузловым швом. В контрольной группе гематома операционной раны располагалась под апоневрозом наружной косой мышцы живота и требовалась хирургическая обработка гнойного очага под внутривенным наркозом.

Инфильтрация краёв операционной раны в основной группе отмечалась у пациентки с аллергической реакцией на шовный материал. В контрольной группе инфильтрация краёв операционной раны, вероятно, была вызвана наличием в ране микроорганизмов в количестве ниже 10^5 КОЕ/см², что обусловлено обработкой раны 0,5% водным раствором хлоргексидина, который не во всех случаях способствует полной санации операционной раны.

Анализ результатов амбулаторного лечения после различных способов зашивания операционной раны проводился на основании изучения амбулаторных карт пациентов. Результаты длительности амбулаторного лечения представлены в таблице 3.

В основной группе амбулаторные карты в поликлинике были выявлены у 108 (57,8%) больных, в контрольной группе у 75 (83,3%) больных. Пациенты, не проходившие амбулаторного лечения по месту регистрации, относились к категории иногородних студентов, преподавателей, работников частных организаций и неработающих.

Из количества больных в основной группе проходивших амбулаторное лечение 43 (39,8%) пациента обращались в поликлинику однократно, в контрольной группе таких пациентов было 9 (10%). Однократное обращение в поликлинику отмечалось у пациентов относящихся к категории школьников, студентов, преподавателей и работников частных организаций. Внешний вид послеоперационного рубца через 1 месяц после операции при использовании косметического способа зашивания контаминированной операционной раны показан на рисунке 3.

У 2 (1,9%) больных в основной группе длительность амбулаторного лечения составила 1 день. Минимальная длительность амбулаторного лечения в 4 дня отмечалась у 1 (1,1%) пациента в контрольной группе.

Количество осложнений в области операционной раны на этапе амбулаторного лечения после различных способов зашивания операционной раны показано в таблице 4.

Гнойно-воспалительные осложнения в области хирургического вмешательства приводили к увеличению длительности амбулаторного лечения. У 3 (2,8%) пациентов основной группы потребовалась повторная го-

спитализация с выполнением хирургической обработки гнойного очага под внутривенным наркозом. В контрольной группе таких пациентов оказалось 5 (6,7%).

К концу амбулаторного лечения у 16 (8,56%) пациентов основной группы сформировался гипертрофический послеоперационный рубец. При отсутствии осложнений со стороны операционной раны в основной группе формирования гипертрофического рубца не отмечалось. В контрольной группе гипертрофический рубец сформировался у 39 (43,3%) пациентов, что вызвано не только наличием гнойно-воспалительных осложнений в области операционной раны, но и расхождением краёв раны в послеоперационном периоде после снятия швов при нечетком сопоставлении краёв раны во время операции.

Таблица 4
Осложнения на этапе амбулаторного лечения
после аппендэктомии после различных способов
зашивания операционной раны

Вид осложнения	Косметический способ, n=108	Традиционный способ, n=75
Нагноение в области послеоперационного рубца	4 (3,7%)	6 (8%)
Серома в области послеоперационного рубца	4 (3,7%)	11 (14,7%)
Всего:	8 (7,4%)	17 (22,7%)

В отличие от традиционного способа зашивания операционной раны предлагаемый нами способ сочетает в себе ряд преимуществ:

1. Периоперационная антибиотикопрофилактика цефалоспориновыми антибиотиками третьего поколения способствует снижению риска инфицирования области хирургического вмешательства гематогенным и лимфогенным путём в ближайшем послеоперационном периоде.

2. Обработка операционной раны 0,5% водноспиртовым 70% раствором хлоргексидина с экспозицией 1-2 минуты снижает уровень контаминации операционной раны и эффективна в отношении большинства микроорганизмов.

3. Зашивание апоневротической части наружной косой мышцы живота отдельными узловыми швами с использованием монофиламентного рассасывающегося шовного материала со временем полной абсорбции около 200 дней способствует формированию полноценного рубца до момента полной абсорбции шовного материала. Монофиламентная нить оказывает меньшее влияние на окружающие ткани.

4. Использование активной аспирации у пациентов с индексом массы тела более 26 и развитой подкожно-жировой клетчаткой ликвидирует полость, возникающую при зашивании кожи отдельным внутрικοжным внутриузловым швом, что снижает риск возникновения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

5. Зашивание операционной раны отдельным внутрικοжным внутриузловым швом способствует формированию тонкого линейного рубца с отсутствием «кожных меток».

6. Отдельный внутрικοжный внутриузловый шов среди всех узловых швов обеспечивает наилучший косметический эффект и адаптацию краев раны.

7. Использование рассасывающегося шовного материала со временем полной абсорбции до 90 дней достаточно для формирования полноценного рубца на коже.

8. Нет необходимости снимать швы. Процедура снятия швов является для пациентов раздражающим, стрессовым фактором.

Таблица 3
Длительность амбулаторного лечения после аппендэктомии
при различных способах зашивания операционной раны

Критерий	Косметический способ, M±m, n=108	Традиционный способ, M±m, n=75	Тест	Уровень значимости, p
Длительность амбулаторного лечения	13,9±0,5 StdDv=5,5 p<0,01*	16,1±0,6 StdDv=5,3 p<0,15*	U=3063**	0,005123

* — одновыборочный тест Колмогорова-Смирнова

** — тест Манна-Уитни.

Разработанный нами косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии способствует снижению количества

гнойно-воспалительных осложнений в области операционной раны и уменьшению длительности лечения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абелевич А.И.* Зашивание кожной раны//Нижегородский медицинский журнал. — 2003. 1. — С. 128-132.
2. *Оскретков В.И.* Современные хирургические нити и иглы. Барнаул, 1997. — 31с.
3. *Пиенисов К.П.* Роль определений, понятий и терминов в ста-

- новлении специальности «Пластическая хирургия»//Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. — 2004. №1. — С. 8-11.
4. *Шалимов А.А., Фурманов Ю.А., Соломко А.В.* Игла, нить, шов-технические основы хирургии. клин. хирургия. — 1981. — №10. — С. 61-67.

Адрес для переписки: 150023, Ярославль, Гагарина 12, МКУЗ МСЧ НЯ НПЗ, хирургическое отделение.
Тел. раб. (4852) 442664, моб. 89066376804. E-mail: Hirurg-Fomin@yandex.ru

© ГАЛОНСКИЙ В.Г., РАДКЕВИЧ А.А. — 2009

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАМЕЩАЮЩЕГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОЛНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО ПОСТРЕЗЕКЦИОННОГО ДЕФЕКТА

А.А. Радкевич, В.Г. Галонский

(НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск, директор — д.м.н., проф. В. Т. Манчук, НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы Сибирского физико-технического института при Томском государственном университете, директор — д.т.н., проф. В. Э. Гюнтер, Красноярск, Томск)

Резюме. Представлен клинический случай успешной медико-социальной реабилитации больного с пострезекционным верхнечелюстным дефектом, характеризующимся полным отсутствием правой и левой верхних челюстей, замещающим протезированием пустотелым чашеобразным протезом-обтуратором с литым никелид-титановым базисом.

Ключевые слова: верхнечелюстной дефект, протез-обтуратор, никелид титана.

A CLINICAL CASE STUDY OF RESTORATIVE DENTAL PROSTHETICS OF TOTAL POSTRESECTIONAL MAXILLARY DEFECT

A.A. Radkevich, V.G. Galonsky

(Research Institute of Medical Problems of the North of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences, Institute of Medical Materials and Shape Memory Implants a subdivision of Tomsk State University, Krasnoyarsk)

Summary: The article describes a clinical case study of successful social and medical rehabilitation of a patient with postresectional maxillary defect, accompanied by the absence of the left and right upper jaw. The defect was restored by restorative dental prosthetics using a hollow cup-shaped obturator prosthesis based on titanium nickelide.

Key words: maxillary defect, obturator prosthesis, titanium nickelide.

Наибольшие сложности в обеспечении эстетической и функциональной эффективности ортопедической реабилитации больных с верхнечелюстными пострезекционными дефектами возникают в клинических ситуациях, характеризующихся полным отсутствием правой и левой верхних челюстей, сообщения о которых в отечественной и зарубежной литературе единичны. В историческом аспекте для обеспечения должной фиксации зубочелюстного протеза в таких случаях использовали пружины Фощара, внеротовые усы и опорную головную шапочку, подвешивание протеза к костям лицевого скелета [3]. К.В. Coffey (1984) предлагал протез-обтуратор с латексным надувным шаром, снабженным клапанной системой, соединенным с твердым базисом протеза, для большего использования зон поднутрений дефекта с целью анатомической ретенции [8]. В.В. Тарасов (1960) для фиксации протеза на беззубой верхней челюсти с дефектом альвеолярного отростка и твердого неба [7] и В.И. Гаушкин с соавт. (1990) для замещения обеих отсутствующих верхних челюстей [1] разработали аналогичные конструкции пустотелого обтуратора с фиксирующим пелотом, входящим в один из носовых ходов, Е.А. Ванштейн с соавт. (1990) применили протез с зацепными ретенционными элементами, взаимодействующими со спицами, проведенными через скуловые кости [2], А.П. Перевезенцев (2005) оптимизировал форму альвеолярного отростка протеза и постановку искусственных зубов [5].

Приводим наше клиническое наблюдение. Больной Ц., 66 лет, обратился для проведения замещающего верхне-

челюстного протезирования. Из анамнеза: ранее выполнена резекция правой и левой верхних челюстей по поводу злокачественной опухоли. Объективно: нарушение конфигурации лица за счет западения мягких тканей верхней губы. Открывание рта в полном объеме, не затруднено. Определяется отсутствие правой и левой верхних челюстей, изъят покрыт грануляционной тканью. Зубная формула: 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44. Фонетическое обследование больного с помощью разработанного способа диагностики нарушений речевой функции, включающего оценку произношения звуков и разборчивости речи (гнусавости) с помощью карты-опросника, с последующим математическим вычислением процента дефектности речи [6] показало, что нарушено произношение звуков — а, б, в, г, д, ж, з, и, й, к, л, н, р, с, т, у, ф, ц, ш, щ, э, ю; коэффициент разборчивости речи — 5; величина

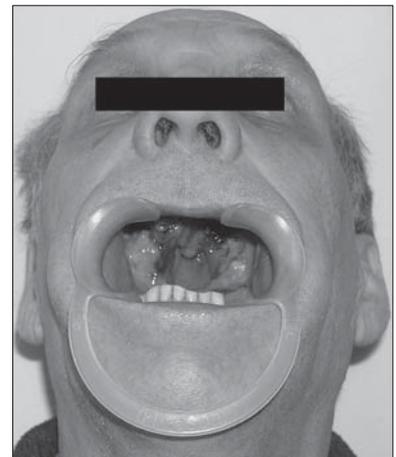


Рис. 1. Состояние полости рта больного Ц. до лечения.