

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-

тельных изменений в прокоагулянтном и антикоагулянтном звеньях свертывающей системы крови до и после лечения мы не определили.

В группе пациентов, которым наряду с лекарственной терапией применялось ВЛОК, МЛО и ГБО нами выявлено снижение коагуляции и значительное увеличение фибринолитической активности плазмы крови. Клинически в этой группе пациентов отмечено уменьшение частоты гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны до 13 %, средняя длительность нахождения в стационаре составила 10 ± 2 дня, тогда как в контрольной группе частота гнойных осложнений составила 21 %, средняя длительность нахождения в стационаре 20 ± 4 дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным литературы, летальность непосредственно после операции ампутации выше щели коленного сустава составляет до 11 – 39 %, что обусловлено большим числом тромботических осложнений, распространенным окклюзионным поражением артерий, тяжелой сопутствующей патологией и гнойными осложнениями.

Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании с гипербарической оксигенацией в периоперационном периоде у пациентов после ампутации нижней конечности выше щели коленного сустава способствует улучшению реологических свойств крови, непосредственных результатов лечения таких пациентов и уменьшению частоты гнойных осложнений.

В.Н. Ищенко, Н.Н. Беседнова, Л.М. Эпштейн, А.М. Зинатуллин

МЕСТО И РОЛЬ ИММУНОКОРРЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ РАН И ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)
Приморская краевая клиническая больница № 1 (Владивосток)
Владивостокский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Успешное решение проблемы по профилактике инфекционных осложнений послеоперационных ран требует использования комплексного подхода различных методов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние иммуностропного пептида — тинростима — полученного из нервной ткани дальневосточного кальмара, хитозана из панцирей морских крабов на течение раневого процесса в эксперименте и у больных хирургического профиля.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Экспериментальные исследования были произведены на 40 беспородных крысах, массой 200 – 250 г, которым наносили скальпелем линейные разрезы длиной 2,5 – 3 см с двух сторон от позвоночного столба.

Животные были разделены на 2 группы. Всем группам по стандартной методике на раневую поверхность слева от позвоночного столба наносили мазь «Левомеколь».

1-й группе справа от позвоночного столба наносили гель тинростим, 2-й группе — гель хитозановый с тинростимом.

В 30 % рана ушивалась узловыми швами, в 30 % — внутрикожными швами и в 40 % раны велись открыто, вторичным натяжением.

Перевязки производили 2 – 3 раза в день.

Результаты лечения ран мы оценивали по общеклиническим параметрам и по результатам гистологии (на 3, 7, 14 и 30-е сутки).

В результате комплексного исследования удалось проследить динамику заживления послеоперационных ран. Под влиянием препаратов, содержащих тинростим: 1) сокращаются сроки воспаления; 2) происходит интенсивное образование капилляров и пролиферация фибробластов в грануляционной ткани; 3) формируются адекватные грануляции; 4) ускоряются сроки эпителизации.

Результаты экспериментальных исследований на животных позволили нам апробировать данный метод в клинических условиях в отделениях гинекологии ПКОД и колоректальной хирургии ПККБ № 1.

В отделении онкогинекологии под нашим наблюдением находилось 20 больных, которым были выполнены различные оперативные вмешательства.

100 % больных (20 человек) получали тинростим в предоперационном периоде в дозе 0,05 мг два раза в день в виде таблеток. С 4-х суток послеоперационного периода мазь, содержащая тинростим, вводилась во влагалище с целью предупреждения развития культи. Процедура повторялась ежедневно в течение пяти дней. Ее выполнение было направлено на предупреждение осложнений в зоне культи.

В случае развития осложнений в послеоперационном периоде (серомы, гематомы, расхождение краев раны, нагноение) целесообразно назначение тинростима в 2-х формах (таблетированной и в виде геля). Таблетированный препарат реко-