

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОЖНЫХ ШВОВ ПРИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОНЕЧНОСТЯХ

Л.В. Тихонова, В.Г. Горохов

Смоленская государственная медицинская академия

Настоящее исследование посвящено профилактике ранних послеоперационных осложнений при микрохирургических реконструктивных операциях на конечностях.

Известен способ профилактики ранних послеоперационных осложнений кожных швов при микрохирургических операциях на конечностях путем наложения асептических повязок на шов [2] или стерильных повязок с использованием антисептических растворов [1]. Недостатками способов является то, что при их выполнении не обеспечиваются эффект иммобилизации поврежденной ткани и плотность смыкания краев раны. Это чревато кровоточивостью раны и развитием выраженного посттравматического отека, ухудшающего процесс заживления и способствующего развитию грубой рубцовой ткани. Не предусматривается также активизация дренажной функции лимфатической системы для уменьшения отрицательного воздействия на репаративные процессы посттравматического отека и выведения продуктов тканевого распада, то есть не создаются условия, препятствующие образованию грубых рубцов, вовлекающих в рубцовый процесс окружающие ткани и ухудшающих репаративные процессы поврежденных анатомических образований (мышц, сухожилий, нервов, сосудов).

Ниже представлен способ, обеспечивающий плотность смыкания краев раны, гемостаза, активизацию дренажной функции лимфатической системы и выведение из зоны оперативного вмешательства продуктов тканевого распада. Тем самым создаются условия для более быстрого заживления раны и формирования нежной рубцовой ткани.

Суть предлагаемого способа профилактики ранних послеоперационных осложнений кожного шва при микрохирургических операциях на конечностях состоит в том, что дерму и подкожную жировую клетчатку стенок ушитой кожной раны инфильтрируют 0,25% раствором новокаина из нескольких вколов по обе стороны от шва, отступив 0,5 см от линии шва, до остановки капиллярного кровотечения из раны, после чего накладывают асептическую повязку.

Создание искусственного отека приводит к эффекту иммобилизации тканей, плотному смыканию краев раны, меньшему ее зиянию, остановке капиллярного кровотечения, уменьшению давления шовного материала на ткани в местах вколов из-за равномерного распределения силы давления инфильтратом, что уменьшает трофические расстройства. Искусственный отек способствует усилению дренажной функции лимфатической системы, сокращению фазы и выраженности посттравматического отека (правило Хэма для рыхлой соединительной ткани), удалению из тканей недоокисленных метаболитов, очищению ее от продуктов тканевого распада, положительному воздействию на репаративные процессы, т.е. созданию условий для лучшего заживления послеоперационной раны.

Заживление раны с формированием нежного рубца способствует лучшему заживлению швов, наложенных на других анатомических образованиях, расположенных в глубине раны. Положительным является обезболивающее и сосудорасширяющее действия новокаина, доказанные исследованиями А. В. Вишневого.

Для стимуляции процесса заживления ушитых ран на сухожилии и нерве с первых суток после операции пациенту давали ацетилсалициловую кислоту

per os в течение месяца, в течение 5 суток внутримышечно вводили мексидол по 2 мл ежедневно.

Операции проведены у двух групп пациентов с травмами кисти и нижней трети предплечья, у которых оперативные вмешательства сопровождались использованием микрохирургической техники.

В контрольной группе было пять пациентов, которые были оперированы по поводу следующих повреждений: посттравматическая рубцовая сгибательная контрактура третьего и четвертого пальцев левой кисти; резаная рана нижней трети левого предплечья с повреждением сухожилий сгибателей второго, третьего, четвертого и пятого пальцев, локтевого сгибателя кисти, локтевого нерва; резаная рана нижней трети левого предплечья с повреждением сухожилий глубоких сгибателей второго, третьего, четвертого и пятого пальцев, поверхностных сгибателей четвертого и пятого пальцев, локтевого нерва, локтевого сгибателя кисти; резаная рана третьего пальца правой кисти с повреждением сухожилий сгибателей и пальцевых нервов; резаная рана левой кисти с повреждением сухожилий сгибателей второго пальца и общепальцевого нерва.

Всем пациентам контрольной группы после выполнения операций с использованием микрохирургической техники на область кожных швов на завершающем этапе накладывалась асептическая повязка, а для стимуляции репаративных процессов в ране в течение пяти суток внутримышечно вводился мексидол по 2,0 мл, в течение одного месяца – ацетилсалициловая кислота по 0,25 per os один раз в день.

Наблюдение за ушитой кожной раной показало, что у всех пациентов контрольной группы, как правило, выраженный отек сохраняется до 10-14 суток, промокание повязки кровью и экссудатом – до 4-5 суток, после снятия кожных швов на 10-е сутки наблюдался выраженный отек рубцовой ткани, который исчезал лишь к 14-м суткам.

В основной группе было три пациента, у которых были: резаная рана первого пальца правой кисти с повреждением длинного сгибателя и пальцевого нерва по локтевой стороне пальца; рвано-скальпированная рана правой кисти с повреждением сухожилий сгибателей третьего, четвертого и пятого пальцев и срединного нерва в зоне запястного канала; резаная рана нижней трети левого предплечья с повреждением лучевого сгибателя кисти, частично длинного сгибателя первого пальца, срединного нерва.

Всем пациентам основной группы после выполнения операций с использованием микрохирургической техники на область кожных швов на завершающем этапе накладывалась асептическая повязка. Для стимуляции репаративных процессов в ране в течение 5 суток внутримышечно вводился мексидол по 2,0 мл, в течение одного месяца – per os ацетилсалициловая кислота по 0,25 один раз в день. В отличие от контрольной, у пациентов опытной группы на завершающем этапе – после того как на кожу накладывали узловые швы – дерму и подкожную жировую клетчатку стенок кожной раны инфильтрировали 0,25% раствором новокаина из нескольких вколов по обе стороны от шва, отступив 0,5 см от линии шва, до остановки капиллярного кровотечения из раны.

Наблюдение за ушитой кожной раной показало, что у пациентов основной группы не было промокания повязки кровью и экссудатом, отек сохранялся не более 4-6 суток, к 10-м суткам отмечена эпителизация, к 29-31-м суткам послеоперационный рубец слабо контурируется, мягкий, эластичный, смещаемый, кожа легко смещается при пальпации. Приводим наше наблюдение.

Больному П., 27 лет, с резаной раной первого пальца правой кисти и повреждением длинного сгибателя и пальцевого нерва по локтевой стороне пальца выполнено оперативное вмешательство,

которое состояло в ревизии раны, удалении гематомы, выделении дистального конца сухожилия длинного сгибателя и прошивании его капроновой нитью № 3. После этого из дополнительного линейного поперечного разреза длиной в 3 см в нижней трети предплечья выделили проксимальный конец сухожилия и оба конца сухожилия, которые сшили по Кесслеру – Казакову капроновой нитью № 3. Мобилизовали и сшили концы пальцевого нерва двумя эпиневральными швами нитью 6/0 фирмы «Этикон» микроинструментом фирмы «Эскулап». Под эпиневрий ввели 0,25% раствор новокаина. На кожу наложили узловые швы капроновой нитью № 2, после чего, отступив на 0,5 см от линии кожного шва с обеих сторон на симметричных участках инфильтрировали дерму и подкожную жировую клетчатку стенок раны 0,25% раствором новокаина из нескольких вколов по обе стороны от шва до остановки капиллярного кровотечения из раны. На область раны наложили асептическую повязку. В послеоперационном периоде выявлено, что повязка практически не промокает кровью и экссудатом, уже к пятому дню исчез отек тканей, к девятым суткам наступила эпителизация раны, к 29-м послеоперационный рубец, мягкий, эластичный, смещаемый, слабо контурируется, кожа легко смещается при пальпации, насколько позволяют естественные складки ладонной поверхности кисти.

Консервативная стимуляция репаративных процессов в ране в раннем послеоперационном периоде не исключает развития выраженного и длительно существующего посттравматического отека тканей, сохраняющегося даже после снятия кожных швов. Сокращения фазы и выраженности посттравматического отека удастся добиться инфильтрацией стенок раны 0,25% раствором новокаина после наложения узлового кожного шва, что положительно влияет на заживление послеоперационной раны и способствует формированию более качественной рубцовой ткани.

Простота способа позволяет широко использовать предлагаемый метод при микрохирургических оперативных вмешательствах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы оперативной хирургии / Под ред. А.С. Симбирцева. – СПб., 2002.
2. Усольцев Е.В., Машкара К.И. // Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Изд. 3-е, перераб. и доп. – Л., 1986. – С. 237-238.

УЧАСТИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ В МЕЖСИСТЕМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Л.В. Тихонова, С.В. Шаматкова

Смоленская государственная медицинская академия

Лечение ран – одна из актуальных проблем хирургии. Среди больных хирургического профиля 35-40% составляют пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями. Одним из принципиально новых этапов развития нового направления в хирургии – иммунокорректирующей терапии при заживлении ран – является разработка способов лечения, основанных на коррекции нарушения защитных функций организма.

Патологические процессы, характерные для воспаления и воспаления с деструкцией, сопровождаются существенным изменением метаболизма в очаге поражения [6]. Это проявляется в изменении концентрации химически активных веществ – микроэлементов, медиаторов воспаления, продуктов деструкции тканей, энерго-содержащих компонентов, ионов водорода, т.е. изменением кислотно-щелочного равновесия в патологическом очаге, сдвигом pH в сторону ацидоза [3, 8]. При ацидозе происходит реакция, замещения Ca^{++} , связанного с белками, на ионы водо-