

заболеваний (метаболического синдрома) и выраженности мотивации у пациентов.

Бариатрические вмешательства предпочтительно выполнять в крупных центрах, где имеется все необходимое для лечения пациентов с большим весом и ликвидации возможных осложнений, где можно концентрировать таких пациентов и максимально быстро накапливать хирургический опыт. Важны также элементы Fast-Track хирургии (ускоренной реабилитации) и мультидисциплинарный подход к ведению бариатрических пациентов в пред- и послеоперационном периодах.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОСМЕТОЛОГИИ В ХИРУРГИИ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Сычиков Н. В.

УЗ «Могилевская больница № 1», г. Могилев, Республика Беларусь

Введение. Для обеспечения наименьшего косметического дефекта при оперативных вмешательствах на смену традиционным операциям приходят малоинвазивные оперативные вмешательства. По возможности выбирают доступы в малозаметных местах тела (физиологические естественные складки кожи, анатомические углубления). Получают большое распространение эндоскопические технологии. К сожалению, далеко не всегда эти методики возможны. В настоящее время широко применяются операции с рассечением кожи и на заметных областях тела. Следы от разрезов остаются на многие годы, а подчас навсегда, особенно если имели место послеоперационные осложнения ушитой раны.

Цель:

- 1) профилактика ранних послеоперационных осложнений ушитой раны (гематомы, серомы, лимфорреи);
- 2) улучшение косметических результатов кожного шва;
- 3) упрощение и сокращение времени фиксации повязки на ране.

Материал и методы. Для зашивания кожных ран нами

разработан и широко применяется пирамидальный компрессионно-дозированный шов-повязка (ПКДШП). Последний накладывается при небольших разрезах кожи (до 8-10 см), в первую очередь в тех местах, где трудно наложить давящую повязку бинтованием, особенно если пациент еще не вышел из наркоза.

Показания к ПКДШП аналогичны показаниям к косметическому шву Холстеда. Но, в отличие от него, ПКДШП можно с меньшим риском применить и при: 1) остающейся не ушитой остаточной полости под кожными, подкожно-жировыми лоскутами, 2) не достижении тщательного гемостаза в ране, 3) наличии натяжения кожи. Противопоказанием к наложению ПКДШП является значительная длина раны, явная её инфицированность.

Техника ПКДШП. Подлежащие, подкожные ткани ушиваем обычно. Затем сближаем кожные края раны непрерывным горизонтальным субкутикулярным косметическим швом. В отличие от шва Холстеда первый вкол со стороны кожи делаем строго по длиннику раны и на большем расстоянии от угла раны, чем обычно. Чаще всего на расстоянии 1-4 см, что зависит от длины раны, места её расположения. В стежок берем побольше (поглубже) подкожной клетчатки, выкол осуществляем в угол раны субкутикулярно. Затем накладываем традиционный непрерывный скрытый косметический шов по Холстеду. Последним стежком в углу раны, в отличие от шва Холстеда, вкол делаем со стороны просвета раны в её угол субкутикулярно и поглубже в подкожную клетчатку, а выкалываемся через кожу подалеже от раны (на расстоянии 1-4 см), в зависимости от длины раны, места её расположения. То есть симметрично, зеркально первому стежку. Свободные концы нити с одного и другого угла раны оставляем длиннее, чем обычно. Затем на ушитую рану накладываем салфетки в виде пирамиды (пирамидальная повязка) и над вершущкой её (плотно сложенная или скрученная до маленьких размеров салфетка или шарик) концы нити связываем, дозирую компрессию (чем сильнее затягиваем узел, тем сильнее получается компрессия). При этом концы нитей связываем так, чтобы можно было легко развязать

(связываем «на бантик»). Через 1-3 дня (в зависимости от ситуации) компрессию уменьшаем, для чего развязываем концы нити («бантик») и вновь связываем с меньшим натяжением (меньшей компрессией). Компрессию на зону операции продолжаем в течение 3-7 суток в зависимости от отсутствия или наличия остаточной полости, карманов под ушитой кожей, от обширности полученного в ходе операции дефекта подлежащих (подкожных) тканей. Затем завязанную над повязкой-пирамидой нить развязываем (или рассекаем), т.е. убираем компрессию и осторожно, стремясь не дислоцировать края ушитой раны, меняем повязку, при необходимости предварительно её отмочив.

Результаты и обсуждение. В результате наложения ПКДШП осуществляется: 1) натяжение и фиксация нити кожного шва, 2) сближение и сопоставление с дозированной управляемой компрессией (при завязывании нити над пирамидальной повязкой) краев раны, 3) обеспечение покоя непосредственно зоны операции, 4) надежное закрепление и фиксация повязки с дозированной компрессией тканей в зоне выполненной операции, что особенно важно в хирургии краткосрочного пребывания (ХКП), где пациент сразу после операции продолжает активный образ жизни (повязка надежно фиксирована к ране, исключается её смещение). Усиление компрессии и обеспечение большего покоя непосредственно зоны операции происходит и благодаря взятию в первый и последний стежок более глубоко подкожной клетчатки. ПКДШП, так же как и шов Мак-Миллана-Донати, Альговера, закрывает остаточные раневые полости, карманы под ушитой кожей, дает компрессирующий эффект (только не в вертикальной плоскости, как вышеуказанные, а в горизонтальной плоскости). В то же время, являясь аналогом шва Холстеда, он дает лучший косметический результат, обладая большей прецизионностью и не оставляет грубых поперечных полос на коже.

В показанных случаях выполняем дренирование раны силиконовыми перфорированными трубочками. Их выводим через углы раны. Обычно на 2-3-й день эти трубочки вытаскиваем, не снимая компрессирующей пирамидальной повязки. Благодаря тому, что натяжение нитей, компрессия

продолжается и после удаления дренажных трубочек, края раны в области их стояния стягиваются, адаптируясь друг к другу.

Нами проведено обследование 6 групп пациентов ХКП в возрасте от 18 до 40 лет, которым при доброкачественных образованиях кожи, мягких тканей операцию заканчивали наложением: 1-я группа – простого узлового шва (у 30 чел.), 2-я группа – шва Холстеда (у 30 чел.), 3-я группа – шва Мак-Миллана-Донати (у 5 чел.), 4-я группа – шва Альговера (у 20 чел.), 5-я группа – внеэпидермальных обратных узловых швов по Эбади (у 10 чел.), 6-я группа – ПКДШП (у 30 чел.).

Результаты обследований свидетельствуют о снижении ранних послеоперационных осложнений (сером, гематом, инфильтратов, лимфорреи, нагноений) в 6-й группе по сравнению с остальными пациентами. В сроки от 2-х до 3-х лет прослежены результаты – качество сформированного послеоперационного рубца. Жалобы на периодические боли в области рубца или зуд, жжение реже всего отмечены в 6-й группе. Довольны косметическим качеством рубца в 1-й группе 47% пациентов, во 2-й – 63%, в 3-й – 20%, в 4-й – 40%, в 5-й – 60%, в 6-й – 87%.

Выводы:

1. Применение ПКДШП в хирургии краткосрочного пребывания улучшает косметические результаты операции.
2. Применение ПКДШП профилактирует послеоперационные осложнения ушитой кожной раны.
- 3) ПКДШП прост в исполнении, сокращает время фиксации повязки на ране без применения бинтов, лейкопластырных повязок.