

УДК 616.18+616.353]:616-089.844
**РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ ОБЛАСТИ ПРОМЕЖНОСТИ ЛОСКУТАМИ
НА ОСНОВЕ *M. GRACILIS*. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ**

*Подгайский В. Н.¹, Батюков Д. В.², Мечковский С. Ю.¹, Ладутько Д. Ю.²,
Подгайский А. В.², Петрова Д. Ю.², Мечковский С. С.*

¹Учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
²Учреждение здравоохранения
«Минская областная клиническая больница»
г. Минск, Республика Беларусь

В 2008 г. мы столкнулись в своей практике с необычной для нашего времени патологией — гнойно-некротической флегмоной промежности или гангреной Фурнье.

Пациент X, обратился к хирургу по месту жительства по поводу фурункула кожи мошонки. Несмотря на усилия врачей как оперативного, так и консервативного характера, результатом патологического процесса стал тотальный некроз кожи мошонки, полового члена и области лобка с распространением на переднюю брюшную стенку. Используя лоскут на питающем основании *m. gracilis*, нам удалось закрыть дефекты мошонки, полового члена и области лобка. Гранулирующую рану передней брюшной стенки удалось закрыть только свободным расщепленным кожным трансплантатом с того же бедра. Все перемещенные ткани прижились, раны зажили первичным натяжением.

Аналогичную тактику нам удалось успешно применить и в случае закрытия дефекта задней стенки влагалища у женщины. В 2011 г. к нам обратилась пациентка с упомянутой патологией после радикального лечения онкологического заболевания прямой кишки. После иссечения рубцовой ткани, в область дефекта был перемещен кожно-мышечный лоскут на основе *m. gracilis*, на питающей сосудистой ножке (ветвь глубокой артерии бедра).

Медицинская и социальная реабилитация обоих пациентов были признаны удовлетворительными.

УДК 616.379-008.64:616-001-089.844]:616-71
**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ПРИ ПОДГОТОВКЕ
К ПЛАСТИЧЕСКОМУ ЗАКРЫТИЮ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ
У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Славников И. А.¹, Ярец Ю. И.², Рубанов Л. Н.³

¹Государственное учреждение здравоохранения
«Гомельская городская клиническая больница № 1»,
²Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
³Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

Цель

Оценить эффективность использования аппаратных методов лечения (вакуум-терапия (ВТ), ультразвуковой дебридмент (УЗД)) при лечении пациентов с хроническими ранами (ХР) и сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы

Объектом исследования были пациенты с ХР и СД ($n = 14$) (10 мужчин, 4 женщины в возрасте от 53 до 79 лет). Длительность существования раневых дефектов составляла от 1 до 6-ти месяцев. У 100 % пациентов был выявлен СД 2 типа.

В план подготовки ХР пациентов к пластическому закрытию включались аппаратные методы лечения — ВТ и УЗД. Пациентам проводилось 2 процедуры УЗД. Первый сеанс УЗД выполняли на 2–4 день после поступления в стационар, после чего в течение 7–10 дней для лечения использовался метод ВТ, отрицательное давление контролировалось в пределах 80–120 мм рт. ст. Затем проводилась вторая процедура УЗД и выполнялась аутодермопластика (АДП). Эффективность проводимого лечения оценивалась по клиническим признакам — размеры раны, выраженность воспаления, количество и характер раневого отделяемого, наличие краевой эпителизации. При выполнении АДП учитывались критерии готовности раны к пластическому закрытию. В послеоперационном периоде определяли сроки приживления аутодермотрансплантата, средний койко-день. Лабораторную оценку эффективности проведенного лечения проводили с использованием биохимического (профиль глюкозы крови) и бактериологического (посев раневого отделяемого) методов.

Результаты и обсуждение

К моменту выполнения АДП в ХР у всех пациентов происходило уменьшение размеров дефекта, снижалась выраженность воспаления, уменьшалось количество раневого отделяемого с исчезновением его гнойного компонента, имелись зрелые грануляции и отчетливые признаки краевой эпителизации. Раны всех пациентов демонстрировали полную готовность к АДП. Результат выполненной АДП в 80 % случаев ($n = 11$) был успешным — полное приживление кожных трансплантатов на 16 (13; 19) сутки. Повторная АДП, которая выполнялась в случаях частичного лизиса пересаженного кожного лоскута, потребовалась 3 (20 %) пациентам. Данным пациентам было проведено дополнительное лечение с использованием УЗД и ВТ, исход повторно выполненной АДП был успешным с полным приживлением пересаженных лоскутов. Сроки пребывания в стационаре составили 33 (23; 45) койко-дней. К моменту полного приживления лоскутов выявлено снижение уровня суточной гликемии до 4,9 (4,7; 5,2); 4,5 (4,4; 5,7); 5,3 (4,5; 5,5); 6,1 (6,2; 6,5) ммоль/л (при определении в 8, 12, 16, 20 часов, соответственно ($p < 0,05$), относительно данных на момент поступления: 6,0 (5,5; 9,4); 7,4 (6,2; 10,3); 6,7 (5,5; 8,9); 6,4 (6,3; 6,8) ммоль/л, соответственно.

На момент поступления у всех пациентов с ХР и СД был получен положительный результат бактериологического исследования. Во 100 % случаев бактерии выделялись в виде ассоциаций по 2–3 бактерии в количестве 10^5 – 10^8 КОЕ/мл. В составе ассоциаций преобладающими микроорганизмами в 44 % были неферментирующие грамотрицательные бактерии (НГБ), в 28 % — *S. aureus*, в 21 % — энтеробактерии, в 7 % — *E. faecalis*. При этом раны всех пациентов имели признаки воспаления. После проведенного лечения с помощью УЗД и ВТ происходило изменение качественного и количественного состава микрофлоры раневого отделяемого. На момент выполнения АДП у 35 % пациентов ($n = 5$) был получен отрицательный результат посева раневого отделяемого, у 43 % обследуемых ($n = 6$) выделялся один микроорганизм в количестве 10^3 – 10^5 КОЕ/мл ($p = 0,02$, относительно данных первичного обследования) — преимущественно *S. aureus*. Необходимо отметить, что у пациентов с последующим лизисом пересаженного лоскута ($n = 3$) состав микрофлоры в процессе лечения аппаратными методами не изменялся — на момент проведения АДП из раны выделялись ассоциации 3-х бактерий в количестве 10^6 – 10^8 КОЕ/мл, в составе которых преобладали НГБ. Давность существования ХР данных пациентов была наиболее длительной и составляла от 2 до 6 месяцев, по своей этиологии раны являлись постнекротическими. Дополнительное использование аппаратных методов в подготовке указанных пациентов к повторной АДП способствовало получению успешного результата.

Выводы

Применение УЗД, ВТ при лечении пациентов с ХР и СД позволяет снизить уровень бактериальной обсемененности раны, позволяет полноценно подготовить раны к аутодермопластике, способствует нормализации гликемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Greenhalgh, D. G. Wound healing and diabetes mellitus / D. G. Greenhalgh // J. Clin. Plast. Surg. — 2003. — Vol. 30, № 1. — P. 37–45.
2. Абаев, Ю. К. Раневое заживление и сахарный диабет / Ю. К. Абаев // Медицинские новости. — 2005. — № 5. — С. 5–10.
3. Гурьева, И. В. Возможности местного лечения диабетических поражений стоп / И. В. Гурьева // Российский медицинский журнал. — 2002. — № 11. — С. 12–16.
4. Ультразвуковая кавитация в лечении гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы / Б. С. Брискин [и др.] // Инфекции в хирургии. — 2007. — № 3. — С. 33–39.
5. Шаповалов, С. Г. Современные раневые покрытия в комбустиологии / С. Г. Шаповалов // ФАРМиндекс-Практик. — 2005. — Вып. 8. — С. 38–46.
6. World Health Organisation Patient safety. World Health Organisation, [Электронный документ] Geneva. — 2004. (<http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>).
7. Falanga, V. Classifications for wound-bed preparation and stimulation of chronic wounds / V. Falanga // Wound Repair Regeneration. — 2000. — № 8. — P. 347–352.
8. Preparing the wound bed: debridement, bacterial balance, and moisture balance Ostomy / R. G Sibbald, [et al.] // Wound Management. — 2000. — Vol. 46, № 11. — P. 14–35.

УДК 616-001-002.2-085.36

ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Баранов Е. В., Третьяк С. И., Буравский А. В., Лобанок Е. С., Василевич И. Б.

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»,

«Институт биофизики и клеточной инженерии» НАН РБ

г. Минск, Республика Беларусь

Лечение пациентов с трофическими язвами (ТЯ) различной этиологии продолжает оставаться важной медико-социальной проблемой. Как правило, ТЯ длительно не заживают, многократно рецидивируют и существенно ухудшают качество жизни вплоть до получения инвалидности в 10–30 % случаев. Лечение ТЯ комплексное — включает устранение причинного патогенетического фактора (основного заболевания), приводящего к трофическим нарушениям в коже, а так же методы воздействия непосредственно на язвенный дефект, направленные на стимуляцию репаративного процесса. Однако результаты лечения ТЯ, несмотря на большое количество предложенных ранее методов, сочетающих системную фармакотерапию и местное воздействие, являются недостаточно эффективными. В связи с этим дальнейшие разработки эффективных технологий в локальном лечении трофических дефектов являются весьма актуальными. В последние годы все более широкое распространение получают прикладные биомедицинские исследования в рамках клеточных технологий, в частности, связанных с использованием культивируемых фибробластов и мультитипотентных мезенхимальных стромальных клеток при лечении повреждений кожных покровов как в виде суспензий, так и дермальных эквивалентов, изготовленных с использованием различных матриц.

Цель исследования

Определение эффективности клинического применения аутологичных мезенхимальных стволовых клеток (МСК) жировой ткани и фибробластов кожи в комплексном лечении пациентов с ТЯ.