

тельного оперативного вмешательства) и частичный некроз трансплантата, в 2 случаях наблюдался венозный застой в лоскуте, который преодолевался путем возвращения лоскута в исходное положение и повторной транспозицией на 3–5 сутки.

При отдаленном наблюдении нами не было выявлено развития язвенных дефектов в реципиентной области. Передвижение было нормальным это было возможно у всех пациентов. Семь пациентов не жаловались на боль, но у 1 пациента, у которого произошел отказ обратного лоскута икроножной артерии до реконструкции лоскутом медиальной мышцы стопы, были жалобы на боль в 2 балла по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) при переносе веса. При последнем наблюдении двухточечные различия варьировали от 8 мм до 30 мм. Во всех случаях наблюдалось защитное ощущение. Ни в одном случае не сообщалось об осложнениях, включая воспаление, боль в донорской области, двойственное ощущение, гиперестезию и нарушение чувствительности в пальцах ног. Среднее период наблюдения составил 14,4 месяца (диапазон от 5 до 50 месяцев).

Выводы

Лоскут медиальной артерии стопы является эффективным методом реконструкции дефектов мягких тканей пяточной области с хорошими ранними и отдаленными результатами. В нашей практике данные лоскуты имели высокую выживаемость и представляют собой важный инструмент к ограниченным посттравматическим реконструкциям, особенно в условиях ограниченных ресурсов. Данный метод имеет ряд преимуществ перед лоскутами с МСА и все преимущества регионарных лоскутов, однако и не лишен ряда недостатков, связанных со сложностью работы с прихотливыми структурами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Medialis pedis flap for reconstruction of weight bearing heel / P. J. Sung, J. H. Lee, J. S. Lee [et al.] // *Microsurgery*. – 2017. – № 37(7). – P. 780–785.
2. *Masquelet, A. C.* The medialis pedis flap: a new fasciocutaneous flap / A. C. Masquelet, M. C. Romana // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1990. – № 85(5). – P. 765–772.
3. Anatomical Variations of the Medial Plantar Artery Flap: A Cadaveric Study with Clinical Applications / S. Masadeh, W. Perry, M. A. Ellabban [et al.] // *J. Foot Ankle Surg.* – 2024. – № 63(5). – P. 526–531.
4. *Schwarz, R. J.* Medial plantar artery island flap for heel reconstruction / R. J. Schwarz // *Ann. Plast. Surg.* – 2006. – № 57. – P. 658–661.
5. *Mourougayan, V.* Medial plantar artery (instep flap) flap / V. Mourougayan // *Ann. Plast. Surg.* – 2006. – № 56. – P. 160–163.
6. *Coruh, A.* Distally based perforator medial plantar flap: a new flap for reconstruction of plantar forefoot defects / A. Coruh // *Ann Plast Surg.* – 2004. – № 53(4). – P.404–408.

УДК 616-002.44-089:617-052-082.44

Д. А. Марчик, М. Н. Матюшенко

Научный руководитель: ассистент Е. Г. Молодой

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕКУБИТАЛЬНЫХ ЯЗВ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Введение

Согласно статистическим данным, частота развития пролежней у малоподвижных пациентов варьируется от 3 до 40% и достигает 80% у спинальных пациентов [1]. Чаще всего данная патология встречается у лиц ОНМК, травматической болезнью спинного мозга, тяжелыми онкологическими заболеваниями в анамнезе.

Пролежни (декубитальные язвы, нейротрофические язвы) представляют собой язвенно-некротический дефект кожных покровов и/или подлежащих тканей, развивающийся у ослабленных малоподвижных пациентов с нарушенной микроциркуляцией и иннервацией на областях тела, которые подвергаются постоянному давлению, срывающей силе и трению. Наиболее часто данная патология встречается в местах костных выступов, таких как крестец, седалищные бугры, большие вертелы бедренных костей, пятки, акромиальные отростки лопаток.

На данный момент, рационально проводить оценку степени выраженности нейротрофических язв согласно классификации трофических дефектов Agency for Health Care Policy and Research (АНСР), где I степень – эритема, не распространяющаяся на здоровые участки кожи, без признаков язвообразования; II степень – частичное снижение толщины кожи, связанное с повреждением эпидермиса или кожи; поверхностная язва в виде ссадины, пузыря или неглубокого кратера; III степень – полная потеря толщины кожи, развившаяся вследствие повреждения или некроза тканей, располагающихся под ней, но не глубже фасции; IV степень – полная потеря толщины кожи с некрозом или разрушением тканей мышц, костей и других опорных структур (сухожилия, связки, капсулы суставов) [2].

Вторичное инфицирование раневой поверхности является актуальной проблемой лечения декубитальных язв, которое при отсутствии соответствующей медицинской помощи может привести к следующим неспецифическим осложнениям: образованию абсцессов, свищевых ходов, флегмон, остеомиелиту и даже возникновению сепсиса.

В зависимости от степени выраженности пролежней используется как консервативное, так и хирургическое лечение в виде некрэктомии с или без пластического закрытия раневого дефекта.

Цель

Целью данного исследования является оценка результатов лечения декубитальных язв в условиях хирургического стационара.

Материал и методы исследования

В данном исследовании ретроспективно проведен анализ 24 медицинских карт стационарных пациентов хирургического отделения №3 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3», находившихся на лечении в период с 1 ноября 2022 года по 31 декабря 2024 года.

Пациенты были разделены на 3 группы. 1-я группа n=7 (29,2%) – пациенты, имеющие пролежни 1–2 степени. 2-я группа n=8 (33,3%) – пациенты с пролежнями 2–3 ст. 3-я группа n=9 (37,5%) представлена пациентами с пролежнями 3–4 ст. Медиана возраста для мужчин (N=15) составила 63 (58;65) года, для женщин (N=9) – 72,5 (68;76) лет.

У 18 пациентов были выявлены декубитальные язвы одной локализации (седалищного бугра – 3 (16,7%), крестца – 11 (61,1%), пяточной области – 3 (16,7%), лопаток – 1 (5,5%)). В то время как у 6 пациентов определялись пролежни множественных локализаций.

В качестве сопутствующих заболеваний у пациентов выступали перенесенное ОНМК (66,7%) и травматическая болезнь спинного мозга (33,3%). Помимо этого, 50% (12 человек) пациентов имели сопутствующий отягощенный анамнез в виде сахарного диабета 2 типа и около 16% – атеросклероз артерий нижних конечностей, что значительно затрудняет лечение нейротрофических язв.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ «Microsoft Excel 2010» и «STATISTICA 10.0»

(«StatSoft, Inc»). Так как данные не соответствовали закону нормального распределения по критерию Колмогорова-Смирного, то они были представлены в виде Me (Q1; Q2), где Me – медиана, (Q1; Q2) – 25 и 75 процентиля соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 приведены результаты статистического анализа сроков пребывания пациентов в зависимости от вида оперативного вмешательства.

Таблица 1 – Статистические данные по срокам пребывания пациентов в стационаре и виде оперативного вмешательства

Данные	1-я группа (N=7)	2-я группа (N=8)	3-я группа (N=9)
1. Общее количество койко-дней, проведенных в стационаре	14 (10;21)	14 (7;16)	13 (10;17)
2. Количество койко-дней до оперативного вмешательства	6 (4;10)	3 (1;5)	3 (1;5)
3. Количество койко-дней после оперативного вмешательства	7 (6;11)	9 (7;16)	7 (5;12)
4. Объем оперативного вмешательства	Некрэктомия или некрэктомия + аутодермопластика	Некрэктомия или некрэктомия + аутодермопластика	Некрэктомия

Все пациенты имели вторичное присоединение бактериальной инфекции в области декубитальных язв, а также интоксикацию различной степени. Во время нахождения в стационаре было проведено комплексное обследование, которое включало в себя клинико-лабораторную диагностику, обзорную рентгенографию костей, соответствующих пролежням областей с целью исключения остеомиелита. У двух пациентов из 3 группы был выявлен хронический контактный остеомиелит, свищевая форма.

Также было проведено бактериологическое исследование, а именно посев раневого отделяемого на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Соответственно с результатами бактериологического посева пациентам назначалась местная и/или системная антибиотикотерапия.

Согласно полученным данным, у всех пациентов предоперационная подготовка составила от 3 (1; 5) до 6 (4; 10) дней. Такое укорочение предоперационного периода связано с использованием врачами хирургического отделения № 3, модифицированной подготовки пациентов по методике Fast-track, которая заключалась в хирургической обработке декубитальных язв со вскрытием и дренированием затеков, карманов (при их наличии), а также перевязок с использованием абсорбирующих повязок из волокон кальция альгината (Сорбалгон).

Медиана койко-дней, проведенных в стационаре, практически не отличается среди пациентов 3-х групп. Это связано, прежде всего, с объемом проводившегося оперативного вмешательства.

Согласно действующему клиническому протоколу, для пролежней 3–4 степени показано удаление некротизированных тканей. Пластическое закрытие раневого дефекта показано только для пациентов с высоким реабилитационным потенциалом [3]. У пациентов 3 группы присутствовала тяжелая сопутствующая патология и низкий реабилитационный потенциал, поэтому пластика раны не проводилась. Их длительное нахождение в стационаре связано, прежде всего, тяжелой степенью интоксикации и стабилизацией состояния пациентов.

Для пациентов 1 и 2 группы было проведено оперативное вмешательство в виде некрэктомии с одномоментной аутоаутодермопластикой кожно-фасциального лоскута на

осевом питающем сосуде (перфорантной ветви нижнеягодичной артерии) с формированием микрососудистого вено-венозного анастомоза. Операция проводилась под внутривенной анестезией. Количество койко-дней после оперативного вмешательства (с учетом времени приживления аутотранспланта) составило, согласно медиане, 7 (6; 11) и 9 (7; 16) дней для 1-й и 2-й групп соответственно.

Выводы

1. Предоперационная подготовка по методике Fast-track эффективно позволила сократить предоперационный период и составила, согласно медиане, от 3 (1; 5) до 6 (4; 10) дней.

2. У 18 пациентов были выявлены декубитальные язвы одной локализации (седалищного бугра – 3 (16,7%), крестца – 11 (61,1%), пяточной области – 3 (16,7%), лопаток – 1 (5,5%)). В то время как у 6 пациентов определялись пролежни множественных локализаций.

3. Медиана возраста для мужчин (N=15) составила 63 (58;65) года, для женщин (N=9) – 72,5 (68;76) лет.

4. Для пациентов 1 и 2 группы была проведена некрэктомия с одномоментной аутотрансплантацией кожно-фасциального лоскута на осевом питающем сосуде с формированием микрососудистого вено-венозного анастомоза. Для пациентов 3 группы была показана некрэктомия без пластического закрытия раневого дефекта в виду тяжелой сопутствующей патологии и низкого реабилитационного потенциала.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузьмин, Ю. В. Лечение пролежней крестцово-ягодичной области / Ю. В. Кузьмин, С. А. Жидков, А. А. Копать // Хирургия Беларуси – состояние и развитие : сб. материалов науч.-практ. конф. с междунар. участием и XVII Съезда хирургов Республики Беларусь, Могилев, 12-13 окт. 2023 г. / под ред. Г. Г. Кондратенко, О. О. Руммо, А. И. Протасевича. – Минск, 2023. – С. 473–474.

2. Некрэктомия с одномоментной кожно-фасциальной пластикой при декубитальных язвах / Е. Г. Молодой, А. Я. Маканин, Р. М. Ивкович [и др.] // Инфекционные осложнения в хирургии: сб. материалов XXIX пленума хирургов Республики Беларусь, Островец, 21-22 нояб. 2024 г. / под ред. О. О. Руммо, А. И. Протасевича. – Минск, 2024. – С. 316–318.

3. Об утверждении клинического протокола «Диагностика, лечение и профилактика пролежней у пациентов (взрослое население)»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.10.2024, № 146. // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – URL: <http://minzdrav.gov.by/> (дата обращения: 08.03.2025).

УДК 616.12-005.4+616.61-008.6

А. А. Матющенко, А. Д. Скудская

*Научные руководители: к.м.н., доцент М. В. Кунцевич,
врач-патологоанатом Ю. С. Шевяко*

Учреждение образования

*«Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь*

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДИССЕМНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ ЛЕГКИХ И ЛИМФАДЕНОПАТИИ СРЕДОСТЕНИЯ

Введение

Диагностика этиологии диссеминированных процессов в легких и лимфаденопатии средостения по клинико-рентгенологическим признакам ввиду широкого разнообразия возможных причин и схожести клинических проявлений часто является невозможной, что обуславливает необходимость морфологической верификации путем проведения прижизненной биопсии. Достоверность гистологических данных достигает 95–98% [1].