

явлено кишечной непроходимости, аппендикулярного инфильтрата, оментита, отека панкреатита. По одному наблюдению диагностированы: перфорация дивертикула Меккеля, перфорация дивертикула сигмовидной кишки, спонтанный разрыв прямой мышцы живота, инфильтрат и абсцесс подвздошной области, забрюшинная гематома, рак слепой кишки, болезнь Крона, ушиб брюшной стенки, острый пиелонефрит.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $9,6 \pm 0,3$ дней. Осложнения не зафиксированы, все пациенты выписаны с выздоровлением.

Выводы

Актуальность применения диагностической лапароскопии в современных условиях несомненна — более четверти операций (27 %) хирургического отделения, оказывающего экстренную помощь, выполняется с ее использованием. Наиболее частыми поводами для вмешательства явились острый аппендицит (49,6 %), острый мезаденит (9,3 %), кишечная колика (8,5 %). Всего по результатам применения диагностической лапароскопии было выявлено 23 различные нозологические единицы. Более чем в половине случаев (51,9 %) вмешательство ограничивается диагностической процедурой, что позволяет избежать напрасных лапаротомий. Малую травматичность методики подтверждает отсутствие послеоперационных осложнений и короткий период пребывания пациента в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хаджибаев, А. М. Применение эндовидеохирургии в диагностике и лечении больных с осложненными формами острого аппендицита / А. М. Хаджибаев, А. М. Ризаев, У. Р. Арипов // Эндоскопическая хирургия. — 2014. — № 20. — С. 17–20.
2. Koganti, D. The role of diagnostic laparoscopy for trauma at a high-volume level one center / D. Koganti, B. J. Hazen, C. J. Dente // Surgical Endoscopy. — 2020. — P. 1–4.

УДК 616.717.9-089.846

МЕТОДЫ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ С ОБНАЖЕНИЕМ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР

Гришечкин В. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель И. А. Славников

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В практике кистевого хирурга значительную часть пациентов составляют пострадавшие с дефектами покровных тканей ногтевых фаланг пальцев, дном которых являются глубокие структуры пальца (кость, сухожилия). Сложность в лечении указанной группы пострадавших заключается в необходимости максимального сохранения данного сегмента верхней конечности, так как ногтевая фаланга играет важную функциональную роль (прикрепление сухожилий глубокого сгибателя и разгибателя пальца, место сосредоточения большого количества чувствительных нервных окончаний). Кроме того, утрата ногтевой фаланги пальца приводит к выраженному косметическому дефекту, так как сопровождается утратой ростковой зоны ногтевой пластины. Подлежание на дне ране глубоких анатомических структур исключает возможность применения наиболее простой операции аутодермопластики, которая в данной ситуации приводит к неудовлетворительному функциональному и косметическому результату и диктует необходимость использования вариантов оперативного лечения, позволяющих выполнить полноценное пластическое закрытие вышеуказанных дефектов покровных тканей ногтевых фаланг пальцев [1, 2]. Данным

требованиям соответствуют V-Y пластика с формированием треугольного кожно-жирового лоскута, предложенная в 1935 г. Tranquilli-Leali и перекрестная итальянская пластика кожно-жировым лоскутом на осевых питающих сосудах (тыльных ветвях ладонной пальцевой артерии) с тыльно-боковой поверхности средней фаланги соседнего пальца, разработанная в 1949 г. Cronin и Brauer [3].

Цель

Оценить эффективность использования методов пластического закрытия дефектов покровных тканей ногтевых фаланг пальцев кисти с обнажением глубоких структур.

Материал и методы исследования

В ожоговом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1» за период с декабря 2013 по март 2021 гг. было пролечено 85 пациентов с дефектами покровных тканей пальцев с обнажением глубоких структур, причиной которой во всех случаях явилась механическая травма. Средний возраст пациентов составил 38 (30; 50) лет. Из 85 пациентов было 71 (83,52 %) мужчин и 14 (16,48 %) женщин. Давность существования дефектов покровных тканей пальцев составила 2 (1; 3) дней.

Группу I (n = 50) составили пациенты с торцевым дефектом ногтевой фаланги пальца, распространяющимся на тыльную или ладонную поверхности указанного сегмента и пострадавшие с субтотальным дефектом тыльной или ладонной поверхностей ногтевой фаланги, которым выполнялась перекрестная итальянская пластика.

Группу II (n = 35) сформировали пациенты с торцевым дефектом ногтевой фаланги пальца и длиной культи не менее двух третей от размера указанного сегмента, которым выполнялась V-Y пластика.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентам I группы выполнялось две операции. Первая (пластика посттравматического дефекта) выполнялась в срочном порядке в день госпитализации; донорская рана лоскута закрывалась одномоментно путем аутодермопластики. При выполнении оперативного вмешательства у всех пациентов данной группы использовалась проводниковая анестезия. Длительность первой операции была 100 (75; 120) мин. Средняя продолжительность существования временной сосудистой питающей ножки лоскута составила 17 (16; 20) дней. Второй этап операции (отсечение питающей ножки) осуществлялся без предварительной тренировки лоскута под местной анестезией. Продолжительность второй операции составила 30 (25; 35) мин. Средняя длительность госпитализации пациентов I группы была 24 (22; 30) дня. Осложнения в виде краевого некроза лоскута, потребовавшего выполнения аутодермопластики во время выполнения второго этапа оперативного лечения, наблюдались у 3 (6 %) пациентов.

Пациентам II группы выполнялась V-Y пластика скользящими лоскутами. Продолжительность операции по устранению дефекта составила 50 (30; 75) мин. Средняя длительность госпитализации группе II составила 12 (10; 20) дней. Послеоперационный период у всех пациентов данной группы протекал без осложнений.

Выводы

1. Применение V-Y пластики и перекрестной итальянской пластики при дефектах покровных тканей ногтевых фаланг пальцев с обнажением глубоких структур позволяет осуществить полноценное пластическое закрытие ран кисти.

2. Использование пластики скользящими треугольными лоскутами и перекрестной итальянской пластики дает возможность получения значительного количества тканей для пластики раневого дефекта без выраженного ущерба для донорских зон лоскутов.

3. Небольшое число (6 %) краевых некрозов лоскутов при применении перекрестной итальянской пластики субтотальных дефектов тыльных или ладонных

поверхностей ногтевых фаланг пальцев связано с необходимостью увеличения длины лоскута и не влияет на общую продолжительность госпитализации, ввиду возможности выполнения аутодермопластики образовавшихся постнекротических дефектов во время второго этапа оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов, А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. — СПб.: Гиппократ, 1998. — 744 с.
2. Обыдённов, С. А. Основы реконструктивной пластической микрохирургии / С. А. Обыдённов, И. В. Фраучи. — СПб.: Человек, 2000. — 214 с.
3. Золтан, Я. Пересадка кожи / Я. Золтан. — Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1984. — 304 с.

УДК 617.58-005.4+616.133-007.271]-089

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И СТЕНОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Гришечкин В. Ю.¹, Бондаренко С. В.²

Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. Н. Бонцевич³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

³Государственное учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь

инвалидов Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Мультифокальные поражения аорты и магистральных артерий с нарушением кровообращения одновременно в нескольких бассейнах артериального русла является одной из актуальных проблем современной ангиологии и ангиохирургии [1–6]. Одним из основных этиологических факторов является атеросклероз, который и определяет сочетанное поражение артериального русла.

По данным Международного регистра по атеротромбозу REACH (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health Registry), поражение брахиоцефальных ветвей аорты и артерий нижних конечностей выявляется у 25 % пациентов с ишемической болезнью сердца [3]. Почти у 40 % пациентов с поражением брахиоцефальных артерий (БЦА) имело место сочетанное поражение коронарных артерий и артерий нижних конечностей. Клиника зависит от уровня и объема окклюзионно-стенотического поражения артерий [1, 3]. Также известно, что интраоперационно или в ближайшем послеоперационном периоде могут возникать нарушения центральной гемодинамики, которое может приводить к срыву компенсаторных механизмов коллатерального кровотока, усугубляя циркуляторные расстройства и развитию тяжелых осложнений в бассейнах некорригированных поражений [6].

Учитывая это, необходимо включать в комплекс диагностических мероприятий исследования по изучению состояния артериального русла на различных уровнях, не зависимо от места поражения артерий. Мы считаем обязательным проведение всем пациентам компьютерной томографии с контрастированием или ангиографии с контрастированием БЦА и артерий ног, а также выполнения коронарографии, а также оценка уровня неврологического дефицита пациентам, перенесшим инсульт по шкалам NIHSS и Rankin [4, 6]. Исходя из полученных данных и оценки их результатов, должен определяться план хирургического лечения.