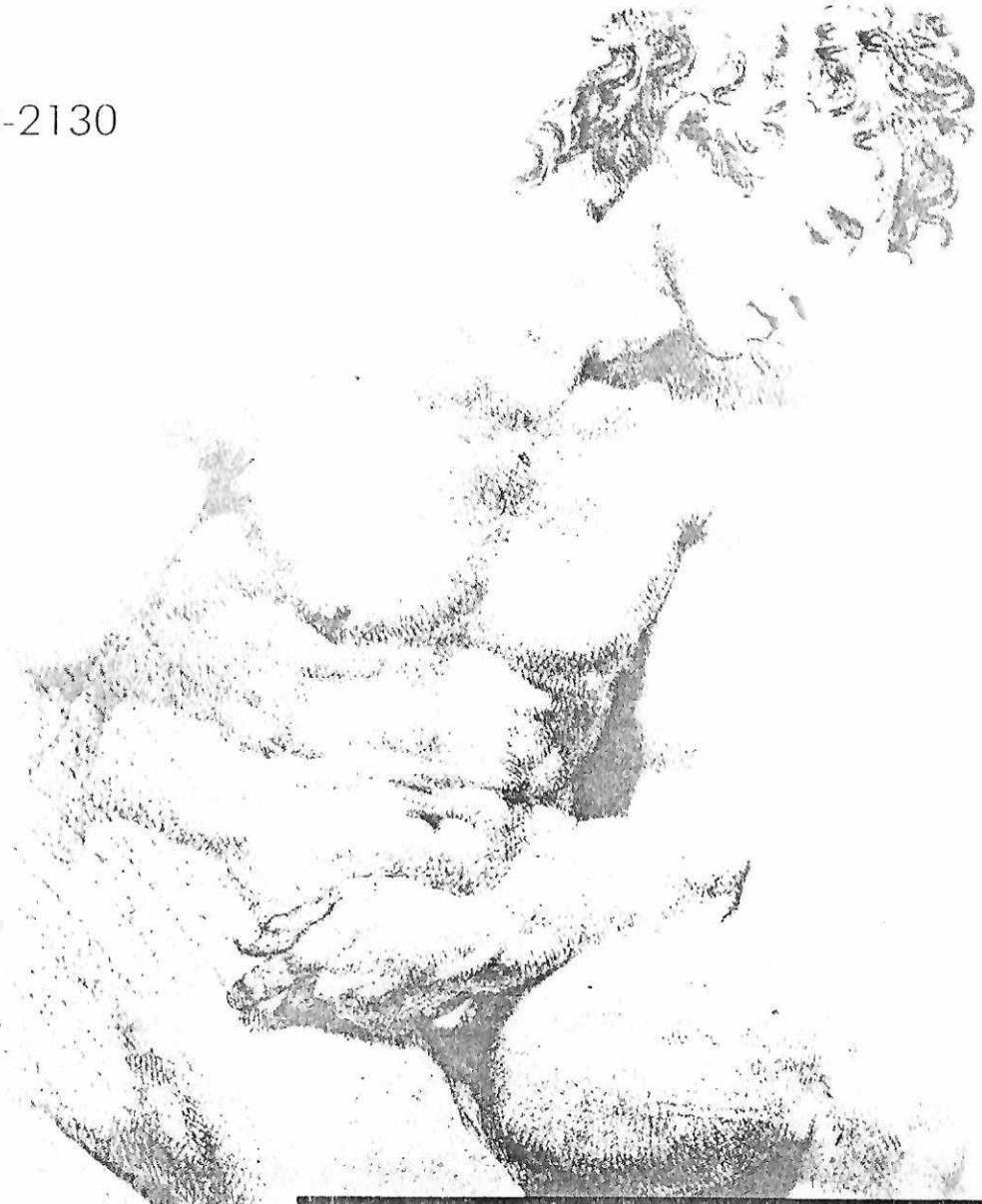
ISSN 0023-2130



11-12 2002
листопад
грудень

Міністерство охорони здоров'я України
Наукове товариство хірургів України
Інститут хірургії та трансплантології АМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Індекс 74253

...серватівное лечение у 15 больных 1-й группы продолжалось в течение 12 – 25 сут, в среднем (17,3 ± 1,4) сут. Положительный эффект лечения отмечен уже через 5 – 7 сут инфузии, которую продолжали до достижения стойкого клинического эффекта. Под влиянием алпростадила боль в покое исчезла у 12 пациентов, дистанция, проходимая до появления перемежающейся хромоты, у 9 пациентов увеличилась более чем на 150 м, у 5 – на 50 м, у 1 – не изменилась. Напряжение кислорода в дистальных отделах стопы у всех пациентов увеличилось более чем на 15%. Сегментарное давление на подколенной артерии у 12 больных повысилось в среднем на 3,2 кПа (24 мм рт. ст.). Давление на задней большеберцовой артерии появилось у 3, на передней – у 4 больных. У остальных пациентов давление на задней большеберцовой артерии повысилось на (3,54 ± 0,41) кПа, или (26,3 ± 3,1) мм рт. ст., на передней – на (2,01 ± 0,33) кПа, или (15,1 ± 2,5) мм рт. ст.

Во 2-й группе у 4 (36,4%) больных в течение 7 – 9 сут проводили консервативное лечение, затем выполняли реконструкцию сосудистого русла, в последующем консервативное лечение продолжали в течение 8 – 11 сут. У 7 (63,6%) больных вначале была выполнена реконструктивная операция, затем в течение 12 – 25 сут проводили консервативное лечение с применением алпростана по стандартной схеме. Всего у 11 пациентов выполнена реконструкция 15 артериальных сегментов, у 1 – осуществлена экономная ампутация пальцев стопы. Дистанция, проходимая до возникновения перемежающейся хромоты, у этих пациентов увеличилась более чем на 150 м. Напряжение кислорода повысилось на 22 – 39%, в среднем на (27,3 ± 3,2)%. Сегментарное давление на подколенной артерии повысилось на (33,5 ± 8,5)%, на задней большеберцовой – на (39,5 ± 7)%, на передней – на (25,5 ± 8,5)%. У 2 пациентов появился пульс у большого пальца стопы.

Таким образом, применение алпростадила при атеросклеротическом поражении сосудов эффективно. Оптимальной схемой является ежедневное введение препарата в дозе 0,1 мг в 250 – 400 мл изотонического раствора натрия хлорида в течение 2,5 – 3 ч, курс не менее 15 сут, суммарная доза 1,2 – 2,2 мг.

Особенно хороший результат достигнут при лечении пациентов с заболеванием в III стадии, хотя использование препарата в IV стадии позволяет уменьшить объем ампутации или избежать ее, а также быстрее восстановить целостность кожи на месте трофических нарушений.

Применение алпростадила в дополнение к осуществлению реконструктивного вмешательства на сосудах конечностей, особенно при неудовлетворительном состоянии дистального русла, позволило достичь выраженного регресса ишемии и значительного улучшение трофики тканей.

УДК 616.69+618.17

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЛА ПРИ ТРАНССЕКСУАЛИЗМЕ

В. Г. Мишалов, В. В. Храпач, О. В. Балабан, Д. А. Юрченко, Р. В. Гонза, О. М. Левченя
Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, г. Киев

ANALYSIS OF RESULTS OF THE GENDER SURGICAL CORRECTION IN TRANSSEXUALITY

V. G. Myshalov, V. V. Khrapach, O. V. Balaban, D. A. Yurchenko, R. V. Gonza, O. M. Levchenya

В отделении пластической и реконструктивной хирургии Центральной городской клинической больницы – клинической базе кафедры госпитальной хирургии № 2 – отдельные этапы коррекции пола осуществляли, начиная с 1997 г. Все операции по коррекции пола производили после получения пациентом разрешения соответствующей комиссии МЗ Украины. Маскулинизирующая маммопластика выполнена у 26 пациентов, гистерэктомия – у 14, эндопротезирование яичек – у 7, фаллопластика – у 2, эндопротезирование молочных желез – у 6, корригирующая операция по поводу гермафродитизма – у 2, мужская-женская трансформация – у 4. Возраст больных от 22 до 33 лет.

Маскулинизирующую маммопластику выполняли одноэтапно, используя только периареолярные разрезы, с применением эндоскопической техники.

Гистерэктомию выполняли одновременно с субкутанной мастэктомией.

Учитывая случай обращения в клинику ранее оперированного пациента, сменившего паспорт, по поводу острого аппендицита, который не пожелал госпитализироваться в больницу по месту жительства из-за риска разглашения тайны его прошлой жизни, с 2001 г. всем пациентам, которым осуществляем коррекцию пола при женской-мужской трансформации, наряду с маскулинизирующей маммопластикой и гистерэктомией выполняем аппендэктомию, что не оказывает влияния на продолжительность вмешательства и послеоперационного периода. При фаллопластике использовали свободный реваскуляризированный кожно-мышечный торакодорзальный лоскут с применением микрохирургической техники.

При осуществлении трансформации пола для формирования неовлагалища применяли метод пенальной инверсии в модификации Н. О. Миланова, Р. Т. Адамяна, что позволило одномоментно формировать наружные половые органы, максимально адекватные женским в эстетическом отношении, причем после создания неовлагалища не требовалось длительное проведение болезненного бужирования, обязательного при использовании большинства существующих способов, а неоклитор положительно оценен пациенткой и партнером визуально и функционально. Во время контрольного осмотра че-

з 1 год внутренняя стенка неовлагалища была естественного вида, наличие в его полости секрета (из железистых клеток головки полового члена) позволяет (со слов пациентки) осуществлять половой акт без применения мазей на жировой основе.

После операции все пациенты сменили гражданский пол, большинство имеют постоянных половых партнеров, 8 – находятся в браке, у 6 – родились дети, что свидетельствует о достижении основной цели хирургической коррекции пола – социальной адаптации пациентов.

УДК 616.13–004.6–089–06

ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ХІРУРГІЇ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ З КРИТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ ОРГАНІВ І ТКАНИН

В. Г. Мішалов, В. А. Черняк, Н. Ю. Літвінова, В. М. Селюк, О. І. Осадчій, Г. О. Костромін
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

PROPHYLAXIS OF INFECTIOUS COMPLICATIONS IN RECONSTRUCTIVE SURGERY OF MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS WITH CRITICAL ISCHEMIA OF ORGANS AND TISSUES

V. G. Mishalov, V. A. Chernyak, N. Yu. Litvinova, V. M. Selyuk, O. I. Osadchiy, G. O. Kostromin

Впровадження в клінічну практику новітніх медичних технологій, в тому числі синтетичних судинних трансплантатів і шовного матеріалу, сприяло розв'язанню багатьох проблем в лікуванні мультифокального атеросклерозу. Разом з тим, широке застосування цих технологій зумовило складну проблему оперативного втручання – виникнення гнійно-септичних ускладнень з різними проявами ранової інфекції. Критична ішемія органів і тканин, а також супутні захворювання є одним з основних чинників виникнення цих ускладнень. Аналіз результатів лікування свідчить про відсутність єдиних поглядів щодо шляхів профілактики інфікування судинних трансплантатів, вибору хірургічної тактики лікування гнійно-септичних ускладнень, а також строків виконання та обсягу повторного оперативного втручання.

Метою дослідження було вивчення факторів, що спричиняють виникнення інфекційних післяопераційних ускладнень у хворих з мультифокальним атеросклерозом за декомпенсації кровообігу в ішемізованих органах і тканинах.

За період з 1996 по 2002 р. обстежені 156 хворих з поєднаним атеросклеротичним ураженням черевної частини аорти (синдром Леріша), вінцевих, брижових, ниркових і мозкових артерій. У 77 (49,4%) з них виявлене ураження двох судинних басейнів, у 28 (17,9%) – трьох, у 32 (20,5%) – чотирьох, у 19 (12,2%) – п'яти. Оклюзійно-стенотичне ураження черевної частини аорти та артерій нижніх кінцівок спостерігали у 84 (53,8%) хворих, сонних артерій – у 80 (48,7%), вінцевих – у 75 (35,3%), брижових – у 55 (35,3%), ниркових – у 41 (26,3%), хребцевих – у 22 (11,5%). Всього оклюзійно-стенотичні зміни виявлені в 442 артеріях. В 176 (39,9%) спостереженнях відзначена декомпенсація кровообігу в органах і тканинах: у 22 (12,5%) – критична ішемія головного мозку, у 121 (68,8%) – постінфарктний кардіосклероз, зменшення фракції викиду, у 12 (6,8%) – синдром Леріша, у 8 (4,5%) – ішемічний коліт, у 13 (7,4%) – атеросклероз ниркових артерій з стійким підвищенням артеріального тиску, злоякісною гіпертензією і ренальною ниркової недостатністю.

В усіх хворих з критичною ішемією органів і тканин перед операцією визначали бактеріальну контамінацію в місцях трофічних змін і ймовірних ділянок хірургічних розрізів. Досліджували вміст трофічних виразок, некротизовані тканини нижніх кінцівок, сечу, копрограму. У 157 (89,2%) спостереженнях виявлена патогенна мікрофлора: стафілокок золотистий – у 62 (39,5%), епідермальний – у 12 (7,8%), сапрофітний – у 16 (10,2%), синьогнійна паличка – у 8 (5,1%), кишкова паличка – у 25 (15,9%), протей – у 5 (3,2%), полівалентна мікрофлора – у 29 (18,5%).

Дослідження поверхні шкіри в місцях, де планували здійснити хірургічні доступи, проведені у 118 хворих, у 94 (79,7%) – виявлена патогенна мікрофлора: стафілокок золотистий – у 8 (8,6%), епідермальний – у 48 (51,5%), сапрофітний – у 7 (7,4%), синьогнійна паличка – у 4 (4,3%), кишкова паличка – у 5 (5,3%), протей – у 6 (6,4%), полівалентна мікрофлора – у 16 (17,0%).

В той же час, встановлено, що операційна рана наприкінці виконання втручання у 80 – 90% спостережень містить мікрофлору, проте лише у 25% з них виникають післяопераційні ускладнення загоєння рани (T. J. Bunt, 1986).

Для попередження ускладнень після виконання реконструктивної операції у хворих з критичною ішемією органів і тканин нами розроблена схема передопераційної підготовки, здійснення оперативного втручання і післяопераційного ведення таких пацієнтів, яка включає: використання захисних плівок; передопераційну санацію; специфічну антибактеріальну терапію; систему антибіотикопрофілактики під час премедикації; використання хірургічних доступів в обхід лімфатичних вузлів і колекторів, а також порожнин; застосування для

а, брюшины, круглой связки печени. При зашивании селезенки накладывали единичные узловые, П–образные швы или непрерывный шов, который широко использует Б. Ф. Лысенко (Полтава).

Для дренирования левого поддиафрагмального углубления применяли два перчаточно–трубчатых дренажа, которые укладывали спереди и сзади селезенки. Дренирование брюшной и плевральной полостей производили соответственно клинической ситуации.

Общая кровопотеря у оперированных больных составила 18 900 мл. Путем реинфузии возмещено 15 300 мл, что составило 80,9%. Кровопотеря во время зашивания селезенки не превышала 200 мл.

Осложнения после зашивания селезенки возникли у 2 больных: рецидив кровотечения – у 1 больного, оперированного в другом лечебном учреждении, ему произведена спленэктомия; длительная субфебрильная температура тела у 1 больной, у которой была травма четырех органов брюшной полости, ей произведена резекция нижнего конца селезенки. Течение послеоперационного периода было неосложненным.

После выполнения спленэктомии умерли 3 больных (общая смертность при наличии разрыва селезенки 10,7%). Причиной смерти были: тяжелая черепно–мозговая травма, ушиб левого легкого и сердца, электротравма (по одному наблюдению).

После зашивания селезенки все пациенты живы.

Противопоказания к зашиванию селезенки выделяем местные и общие.

Местными противопоказаниями считаем:

– размозжение и фрагментацию селезенки;

– разрыв селезенки, распространяющийся на ее ворота, зашивание которого связано с угрозой повреждения сосудов селезенки;

– продолжающееся активное кровотечение из мест уколов паренхимы и разрывов селезенки при зашивании;

– изменения паренхимы селезенки («вколоченная», с «рыхлой» паренхимой, не способной удерживать швы). Больных с повреждением селезенки на фоне спленомегалии не наблюдали.

Общими противопоказаниями к зашиванию селезенки считаем;

– повреждение сосудов или других паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства с продолжающимся, угрожающим жизни больного кровотечением;

– повреждение органов других областей, что обусловливает необходимость проведения реанимационных мероприятий или неотложной операции на других органах;

– недостаточная квалификация оперирующей бригады, неготовность к реинфузии крови, большой поток больных, которым показано оперативное лечение.

В диагностике повреждения селезенки используем «золотой стандарт». Уменьшение количества эритроцитов, уровня гемоглобина и гематокрита не считаем противопоказанием к зашиванию селезенки, поскольку время, требующееся для проведения этих анализов, превышает время, необходимое для осуществления лапароцентеза и лапаротомии.

УДК 617–002.3–089.844

ЗАГОЄННЯ РАНИ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ ПЛАСТИЧНОГО ЕСТЕТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

В. В. Храпач, О. В. Балабан, Д. О. Юрченко, Р. В. Гонза, О. М. Левченя
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

HEALING OF THE WOUND AFTER PERFORMANCE OF PLASTIC AESTHETIC INTERVENTION

V. V. Khrapach, O. V. Balaban, D. O. Yurchenko, R. V. Gonza, O. M. Levchenya

Проаналізовані результати виконання естетичного оперативного втручання у 1052 пацієнтів, у тому числі видалення зморщок лоба, обличчя, шиї, блефаропластика – у 169, ринопластика – у 197, отопластика за Barsky, Pitanquy, Passonw – у 110, абдомінопластика – у 98, ліпоскульптура з об'ємом вилученої жирової тканини не менше 1,5 л – у 234, мамопластика редукційна та контурна за Pitanquy, McKissock, Strombeck – у 98, ендопротезування молочної залози – у 94, етапні операції з корекції статі – у 37, інші – у 20.

Ускладнення після операції виникли у 0,5% спостережень.

Після здійсненння ринопластики кровотеча виникла у 4 (2%) пацієнтів внаслідок порушення рекомендацій щодо поведінки у післяопераційному періоді.

Після отопластики незадовільний результат корекції відзначений у 6 (5,4%) спостереженнях.

Після здійснення операції на обличчі, шиї, повіках в 1 (0,6%) пацієнта утворився келоїдний рубець, у 8 (4,7%) – відзначений незадовільний результат корекції.

Після виконання мамопластики у 2 (2%) пацієнток утворився гіпертрофічний післяопераційний рубець.

Після здійснення ендопротезування молочної залози в 1 (1%) пацієнтки виник капсулярний фіброз I стадії, у 2 (2%) – відторгнення імплантату.

Після проведення абдомінопластики у 12 (12,2%) пацієнтів виникло нагноєння операційної рани, в 1 (1%) – утворився келоїдний рубець.

Після виконання операції ліпосакції у 4 (1,7%) пацієнток спостерігали утворення сероми в ділянці втручання.

Протягом останніх 3 років в клініці широко використовуємо ендоскопічні технології під час виконання операції, що