

ответом, при этом в организме индуцируются и противоположные медиаторы, ответственные за развитие другого синдрома – компенсаторного противовоспалительного ответа. При хирургической инфекции происходит образование токсинов бактериального и небактериального (эндогенного) происхождения, способных вызывать расстройство гомеостаза, вплоть до развития полиорганной недостаточности. Независимо от этиологии, патогенеза, локализации и тяжести процесса все гнойно-воспалительные процессы имеют сходные принципы лечения.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с хирургической инфекцией путем оптимизации комплексной схемы лечения на основе сочетанного применения традиционной терапии и ВЛОК.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный сравнительный анализ результатов лечения больных с различными нозологическими формами хирургической инфекции: обширными гнойными ранами мягких тканей, гнойным перитонитом, острым панкреатитом в стадии гнойного осложнения, сопровождающимся эндотоксикозом. Больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы – основную и контрольную. В основной группе больным с первого дня после операции комплексную медикаментозную терапию, проводимую в контрольной группе, дополняли сеансами ВЛОК. Оценку тяжести состояния больных проводили на основе шкал АРАСНЕ–II, SAPS; степень эндогенной интоксикации оценивали на основании клинико-биохимических исследований, по уровню молекул средней массы.

Результаты. Установлено, что дополнение послеоперационной комплексной медикаментозной терапии сеансами ВЛОК, по данным клинико-лабораторных исследований, при эндотоксикозе I и II степени после 5–7 сеансов приводит к купированию расстройства гомеостаза, а при эндотоксикозе III степени оказывает положительное влияние на динамику изучаемых показателей, которые, однако, не достигали нормальных значений, но были достоверно лучше, чем в контрольной группе.

Заключение. Дополнение комплексной медикаментозной терапии сеансами ВЛОК у больных с гнойной хирургической инфекцией является эффективным методом, позволяющим купировать синдром эндогенной интоксикации, снизить количество осложнений, летальность и сроки пребывания больных в стационаре.

Истомина И.С., Ручкин М.М., Сарапулова Н.Ю., Глазков Ю.Б.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИ-ЛАЗЕРНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ГОЛОВКИ НЕПРЕРЫВНОГО И ИМПУЛЬСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Клинико-диагностический центр МЕДСИ, г. Москва, Россия

Istomina I.S., Ruchkin M.M., Sarapulova N.Yu., Glazkov Yu.B. (Moscow, RUSSIA)

APPLICATION OF THE BI-LASER COMBINED HEAD FOR CONTINUOUS AND PULSED IMPACT

Цель исследования: оценить эффективность применения головки БИ-лазерной комбинированной красной (0,63 мкм) и ИК (0,89 мкм) диапазонов в клинической практике.

Материалы и методы. АЛТ «Мустаг-2000», головка БИ-лазерная ТБЛО-635/890И-30 (0,63 мкм / 30 мВт; 0,89 мкм / 15 Вт в импульсе). Исследования проводились в амбулаторных условиях. В группу исследования входили 16 пациентов, из них: с осложненным течением раневого процесса (укушенные, длительно не заживающие раны после хирургических вмешательств с расхождением швов) – 7 человек; с трофическими язвами на фоне хронической венозной недостаточности, сахарного диабета – 3 человека; с выраженным болевым синдромом на фоне импиджмент-синдрома плечевого сустава – 3 человека, коксартроза – 3 человека.

Процедуры проводили ежедневно, воздействие осуществляли дистанционно с минимальным зазором по сканирующей

методике от периферии раны к центру или на болевые зоны, длительность воздействия от 2 до 6 мин на поле, курс лечения составил 5–7 процедур.

Результаты. При лечении длительно не заживающих и осложненных гнойным процессом ран отмечался выраженный противовоспалительный и репаративный эффект уже после второй процедуры. Во всех случаях к седьмой процедуре рана эпителизировалась.

У пациентов с поражением суставов к 3–5-й процедуре отмечался обезболивающий эффект, увеличивался объем движений. В двух случаях среди этой группы пациентов наблюдалось усиление болевого синдрома после первой процедуры, которое, однако, не потребовало применения лекарственных препаратов и было купировано продолжением ИК-лазерной терапии. Возможно, усиление болевого синдрома связано с резкой активацией микроциркуляции в зоне воздействия и развитием отека.

Заключение. Применение БИ-лазерной комбинированной (КЛ 0,63 мкм, ИКЛ 0,89 мкм) головки показало высокую эффективность в лечении пациентов с осложненным течением раневого процесса, трофическими язвами, заболеваниями суставов. Необходимо дальнейшее изучение эффектов использования БИ-лазерной комбинированной головки с целью определения показаний к лечению и оптимальных параметров воздействия.

Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Хан Г.В., Шайусупов А.Р., Йигиталиев С.Х.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОВ В ГЕРНИОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ

АО «РСЦХ им. В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан

Kalish Yu.I., Ametov L.Z., Han G.V., Shayusupov A.R., Yigitaliev S.H. (Tashkent, UZBEKISTAN)

THE USE OF LASERS IN HERNIOPLASTICA STRANGULATED HERNIA

Цель: изучить ближайшие результаты хирургического лечения больных с ущемленными грыжами с помощью применения высоко- и низкоинтенсивного лазерного облучения.

Материал и методы. За период 1992–2015 гг. в АО «РСЦХ им. академика В. Вахидова» оперировано 219 пациентов с ущемленной грыжей (УГ), которые были разделены на 2 группы. Первую группу составили 124 пациента с УГ: паховыми – 47, пупочными – 46, вентральными – 27, белой линии – 6, которым осуществляли «натяжную» герниопластику с последующим проведением сеансов чрескожного низкоинтенсивного лазерного облучения. В 117 случаях выполнена мышечно-апоневротическая пластика, 7 пациентам пластика не произведена в связи с флегмоной грыжевого мешка, асцитом, перитонитом. Начиная со 2-х суток проводили облучение послеоперационной раны инфракрасным (арсенид-галиевым) лазером, ежедневно в течение 7 дней. Частота 500 Гц, мощность 6 Вт, экспозиция от 120 до 240 с в зависимости от длины послеоперационной раны. Во 2-й группе 95 пациентам была проведена протезная герниопластика. По виду грыжи: вентральная – 49, пупочная – 31, паховая – 14, белой линии живота – 1. Размеры грыжи по классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath (SWR classification) – 1999 г. С гигантской – 6 (12,2%), обширной – 16 (32,6%), средней – 24 (48,9%), малой – 3 (6,1%). Перед имплантацией протеза подкожно-жировую клетчатку и апоневроз облучали расфокусированным лучом углекислотного (CO₂) лазера на установке «Скальпель-1», длина волны 10,6 мкм, мощность – 25 Вт и время экспозиции 1 с на 1 см². Имплантация протеза произведена в позициях: onlay (71), inlay (5), sublay (1) и коррекция передней брюшной стенки с протезной пластикой (6), операция Лихтенштейна (12). Операция завершена дренированием парапротезного пространства по Редону. Дренажи удаляли на 4–5-е сутки.

Результаты. Осложнения послеоперационной раны в 1-й группе (10,4%): нагноения – 11, лигатурный свищ – 1, инфильтрат – 1. Во 2-й группе осложнения раны (3,1%): нагноения – 3.

Заключение. Низкоинтенсивная лазерная терапия способствует благоприятному течению раневого процесса, уменьшая его экссудативную фазу, а также стимулирует процессы регенерации тканей. Некротические изменения ущемленного органа не являются противопоказанием к протезирующей пластике. Применение углекислотного лазера (CO₂) интраоперационно обеспечивает бактерицидный эффект, позволяет осуществлять операцию на «сухом» рабочем поле. Все это приводит к ускорению интеграции окружающих тканей в сетку, а также к снижению частоты раневых осложнений.

Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х., Рuzиматов М.Х.

УГЛЕКИСЛОТНЫЙ ЛАЗЕР В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ И ПАРАПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

АО «РСЦХ им. В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан

Kalish Yu.I., Ametov L.Z., Shayusupov A.R., Yigitalliev S.H., Ruzimatov M.H. (Tashkent, UZBEKISTAN)

CO₂-LASER LIGHT IN THE SURGICAL TREATMENT OF INFECTED VENTRAL HERNIAS AND PARAPROSTHESIS INFECTIONS

Обоснование. Тактика хирургического лечения вентральных грыж, осложненных хроническим гнойным процессом, и разработка комплекса мер по предупреждению развития послеоперационной раневой инфекции после имплантации протезов остается актуальной.

Цель: определить роль и место углекислотного лазера в хирургическом лечении пациентов с вентральными грыжами, осложненными хронической инфекцией.

Материалы и методы. В отделении общей и лазерной хирургии РСЦХ им. акад. В. Вахидова в 2003–2015 гг. в плановом порядке прооперировано 1374 пациента, которым выполнена протезная пластика. Первая группа (41 пациент) – операция проводилась в условиях инфицированности грыжи. По характеру инфицированности: лигатурный свищ – 21, лигатурный абсцесс – 12, кишечный свищ – 8. В 38 случаях грыжа была послеоперационной. По размерам: W4 – 25, W3 – 9, W2 – 4, в 3 – рецидивная паховая. Вторая группа – 10 пациентов с послеоперационной грыжей, у которых после имплантации сетки развилась парапротезная инфекция с образованием кожно-протезного свища. На этапах хирургического лечения у всех пациентов использован углекислотный лазер.

Результаты. В первой группе во время операции выполняли широкую диссекцию инфицированных тканей единым блоком (с лигатурными свищами и лигатурными абсцессами). Далее проводили облучение расфокусированным лучом углекислотного лазера операционной раны в режиме коагуляции (W – 25 Вт, T_{эксп} – 5 мин на 1 см²). В 35 случаях выполнена протезная пластика onlay, в 2 случаях – intraabdominalis, в 1 случае – sublay и в 3 – операция Лихтенштейна при рецидивной паховой грыже. У 4 наступило нагноение. Во второй группе в двух случаях было выполнено иссечение участка протеза в пределах интегрированной части. У 8 пациентов было выполнено полное удаление имплантатов с широкой диссекцией инфицированных тканей; углекислотный лазер применен для частичного удаления протезов и воздействия на парапротезную инфекцию. У 1 пациента вновь возникла парапротезная инфекция.

Заключение. Углекислотный лазер является эффективным инструментом при наличии хронической инфекции. Протезирование может выполняться при контаминации раны с проведением комплекса мер профилактики раневых осложнений.

Ковчур О.И.¹, Фетюков А.И.¹, Шорников В.А.², Ковчур П.И.¹

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

¹ ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», г. Петрозаводск, Россия;

² ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова», г. Петрозаводск, Россия

Kovchur O.I., Fetyukov A.I., Shornikov V.A., Kovchur P.I. (Petrozavodsk, RUSSIA)

LASER TREATMENT IN PATIENTS WITH COMPLICATED VARICOUS DISEASE

Обоснование. Проблема лечения осложненных форм варикозной болезни остается актуальной.

Цель исследования – выбор оптимального объема комплексного лечения у больных с осложненными формами варикозной болезни нижних конечностей и улучшения результатов хирургического лечения с использованием диодного лазера «Лазермед 10-01».

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 33 больных с трофическими язвами в возрасте от 53 до 72 лет. Женщин – 31 (93,9%), мужчин – 2 (6,1%). У 31 больного язвы локализовались над медиальной лодыжкой, у 2 имелось по 2 язвы. Размеры язв колебались от 2 до 4–5 см в диаметре. В качестве предоперационной подготовки всем пациентам проводили курс лазеротерапии с использованием гелий-неонового или инфракрасного лазера и магнитолазеротерапии аппаратом АМЛТ-01. Назначали детралекс по 1 капсуле 2 раза в день, проводили перевязки с диоксином или левомеколем или накладывали на язвы коллоид-мембраны. У 17 (51,5%) пациентов с трофическими язвами голени удалось до операции достичь их полного заживления.

Результаты. Из 33 больных с трофическими язвами у 19 (57,6%) проведена комбинированная операция с обтурацией задних большеберцовых вен по А.Н. Веденскому; 8 (24,2%) больным выполнена лазерная облитерация задних большеберцовых вен с использованием диодного лазера «Лазермед 10-01»; 6 (18,2%) больным выполнена эндоскопическая субфасциальная диссекция несостоятельных коммуникантных вен. В послеоперационном периоде продолжен курс лазерной и магнитолазеротерапии. Послеоперационные осложнения возникли у двух пациентов (6,0%). Отдаленные результаты прослежены у 29 больных в сроки от 1 года до 5 лет. Рецидива язв выявлено не было.

Заключение. Комплексный подход в лечении больных с осложненными формами варикозной болезни с использованием лазерной облитерации задних большеберцовых вен, обтурации задних большеберцовых вен по А.Н. Веденскому, эндоскопической субфасциальной диссекции несостоятельных коммуникантных вен позволяет достичь стойкого заживления язв, повысить эффективность и косметичность лечения данной категории больных.

Ковчур О.И., Фетюков А.И., Ковчур П.И.

ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ОНИХОКРИПТОЗА

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», г. Петрозаводск, Россия

Kovchur O.I., Fetyukov A.I., Kovchur P.I. (Petrozavodsk, RUSSIA)

LASER CORRECTION OF INGROWN NAILS

Обоснование. Онихокриптоз, или «вросший ноготь» – это врастание ногтевой пластинки в латеральный или медиальный край ногтевого валика, чаще встречающееся на больших пальцах стоп. Основным методом коррекции является хирургический. Осложнения обусловлены риском возникновения воспаления ногтевого валика, вплоть до костной ткани фаланги пальца, что ведет к хроническому течению патологии и затрудняет хирургическую коррекцию. Существует более 75 техник операций. Однако большинство из них не решает