

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