

ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ № 542 ОТ 23 ЯНВАРЯ 2014 г.

Председатель – профессор А.Ф. Дронов. Секретарь – Н.О. Ерохина

ДЕМОНСТРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Митиш В.А., Мединский П.В., Налбандян Р.Т., Ионов Д.В.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы

Резюме

Представлен опыт многоэтапного хирургического лечения пострадавшей девочки 5 лет с обширной посттравматической скальпированной раной волосистой части головы, затрагивающей теменные, височную и затылочную области (500 см²). Проводили поэтапное замещение раневого дефекта при помощи таких методов пластической хирургии, как острое растяжение мягких тканей, дозированное растяжение мягких тканей при помощи баллонных экспандеров, аутодермопластика расщепленным трансплантатом. Достигнут удовлетворительный результат в виде полного замещения раневого дефекта.

Ключевые слова: обширная рана, хирургическое лечение, пластическое закрытие раны

Введение

Хирургическое лечение обширных скальпированных ран волосистой части головы, особенно у детей, требует неординарного специализированного подхода, направленного не только на замещение раневого дефекта, но и на восстановление полноценных покровных тканей с волосным покровом.

Материал и методы исследования

Пациентка М., 5 лет, в результате нападения собаки получила обширную скальпированную рану головы с дефектом кожи в теменно-лобно-затылочной области размером 25×20 см. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи в НИИ неотложной хирургии и травматологии с места происшествия через 2,5 ч после травмы.

Результаты исследования

При поступлении в институт проведена первичная хирургическая обработка раны. Доставлен-

ный вместе с девочкой скальпированный кожный лоскут обработан по Красовитову и реплантирован на раневую поверхность волосистой части головы в качестве биологической повязки для сохранения жизнеспособности сохранившегося апоневроза. В послеоперационном периоде инфузионную, антибактериальную и сосудистую терапию проводили в условиях отделения реанимации. После стабилизации общего состояния ребенок переведен в отделение гнойной хирургии, где ежедневно проводили перевязки с мазью левомеколь и физиотерапию. К концу 3-й недели на реплантированном кожном лоскуте сформировались зоны сухого некроза, составившие до 90% общей площади раневого дефекта. Следует отметить, что к этому времени общее состояние ребенка было стабилизировано, воспалительные явления отсутствовали, под струпом сформировались грануляционные ткани.

С целью восстановления полноценных кожных покровов волосистой части головы на 23-е сутки после травмы в теменно-затылочных областях подкожно имплантированы 2 латексных баллонных экспандера. Начато дозированное растяжение тканей в указанной области, которое продолжено в амбулаторных условиях. Физиологический раствор в экспандеры дозированно вводили 1 раз в 3–4 дня. Процесс растяжения тканей продолжался 53 дня. К концу этапа дозированного растяжения на коже над экспандером сформировался участок некроза размерами 1,0×1,0 см. Данное осложнение не оказало существенного влияния на последующую тактику лечения. Ребенок вновь был госпитализирован. Проведено удаление экспандеров, выполнена пластика раны местными тканями. Замещено 50% раневого дефекта волосистой части головы. Послеоперационное течение гладкое.

Очередной этап хирургического лечения выполнен через 3 месяца. Использован метод острого

растяжения мобилизованного кожно-фасциального лоскута из теменно-затылочной области. Дефект кожных покровов замещен еще на 1/3. Остаточная рана (7,0×5,0см) закрыта расщепленным кожным аутотрансплантатом. Раны зажили первичным натяжением. В позднем послеоперационном периоде отмечалось периодическое изъязвление истонченных участков кожи в зоне аутодермальных трансплантатов.

С целью окончательного замещения дефекта и восстановления полноценных кожных покровов волосистой части головы через 1 год от последней госпитализации иссечены рубцовые ткани, мобилизован и сформирован кожно-фасциальный лоскут в теменно-затылочной области с основанием у шеи, которым замещено 90% раневого дефекта. Оставшаяся раневая поверхность закрыта при по-

мощи дозированного растяжения лоскута в 3 этапа в течение 1-й послеоперационной недели. Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. Тем самым удалось полностью заместить обширный (500 см²) посттравматический дефект волосистой части головы полноценными кожными покровами. Продемонстрирован отдаленный результат лечения через 2 года.

Выводы

Таким образом, комбинированное и многоэтапное применение различных видов пластического замещения посттравматических дефектов мягких тканей позволило полностью восстановить анатомическую целостность кожного покрова волосистой части головы полнослойными тканями с волосяным покровом.

ПОВТОРНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Поддубный И.В., Козлов М.Ю., Трунов В.О., Толстов К.Н., Афаунов М.В., Исмаилов М.У.

НИИ детской хирургии НЦЗД РАН; МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра детской хирургии; Морозовская ДГКБ г. Москвы; ЦДКБ ФМБА Российской Федерации.

Резюме

Проанализированы опыт и результаты лечения 30 детей с различными вариантами аганглиоза толстой кишки с 2004 по 2013 г., которым были выполнены лапароскопические операции после ранее проведенного хирургического лечения по поводу аганглиоза толстой кишки (паллиативные и радикальные операции). В 13 случаях из 30 операции были неоднократными (до 6 вмешательств у одного больного), по поводу уже возникших послеоперационных осложнений.

Всем 30 детям были выполнены лапароскопические операции. Случаев конверсии не было, так же как и осложнений, потребовавших проведения повторных вмешательств.

Летальных исходов не было. Ближайшие и отдаленные функциональные и косметические результаты были хорошими в большинстве случаев.

Делается заключение о том, что лапароскопические методики могут с успехом применяться, в том числе и при повторных операциях по поводу болезни Гиршпрунга: при разнообразных патологических анатомических вариантах порока, после различных ранее проведенных радикальных и пал-

лиативных операций, в том числе в условиях распространенного спаечного процесса.

Ключевые слова: дети, болезнь Гиршпрунга, повторные операции, лапароскопия

Введение

Проведение первичной коррекции болезни Гиршпрунга у детей с применением минимально инвазивных хирургических методик (лапароскопических, трансанальных) в настоящее время стало «золотым стандартом» в лечении данного заболевания, в том числе и в нашей стране.

При этом число публикаций, отражающих место эндохирургических способов лечения у больных, ранее уже оперированных по поводу аганглиоза толстой кишки, остается небольшим, базирующимся на отдельных наблюдениях или очень ограниченных сериях пациентов [1, 2].

Цель данной работы – проанализировать наш опыт и результаты проведения повторных лапароскопических операций у детей с различными вариантами аганглиоза толстой кишки, ранее уже оперированных по этому поводу.