

### Заключение

- Лапароскопические методики могут с успехом применяться, в том числе и при повторных операциях по поводу болезни Гиршпрунга: при разнообразных патологических анатомических вариантах порока, после ранее проведенных радикальных и паллиативных операций, в том числе в условиях распространенного спаечного процесса.
- Отдаленные функциональные результаты повторных лапароскопических операций, несо-

мненно, несколько хуже результатов первичных вмешательств, проведенных в наших клиниках по методике Soave–Georgeson в нашей модификации (частота каломазания выше более чем в 2 раза), что, с одной стороны, подтверждает необходимость первичной правильной коррекции порока развития, а с другой – свидетельствует о важности тщательного послеоперационного наблюдения за этими больными с проведением индивидуальных курсов послеоперационной реабилитации.

### Список литературы

1. Lawal T.A., Chatoorgoon K., Collins M.H., Coe A., Peña A., Levitt M.A. Redo pull-through in Hirschsprung's [corrected] disease for obstructive symptoms due to residual aganglionosis and transition zone bowel // *J. Pediatr Surg.* 2011, Feb. Vol. 46, № 2. P. 342–347.
2. Ralls M.W., Coran A.G., Teitelbaum D.H. Reoperative surgery for Hirschsprung disease // *Semin. Pediatr. Surg.* 2012, Nov. Vol. 21, № 4. P. 354–363.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕФАБРИКАЦИИ КОЖНОГО ЛОСКУТА В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Быстров А.В., Гассан Т.А., Исаев И.В., Цховребова Л.Э.

РНИМУ им Н.И. Пирогова, кафедра детской хирургии; Российская детская клиническая больница

Отделение реконструктивно-пластической хирургии Российской детской клинической больницы занимается коррекцией врожденных и приобретенных дефектов у детей. В представленных ниже наблюдениях реконструктивно-пластические вмешательства проводили в связи с врожденными гигантскими пигментными невусами, послеожоговыми рубцовыми деформациями, ангиодисплазиями (рис. 1).

При обширных рубцовых деформациях послеожогового характера, кроме косметического дефекта, часто имеются серьезные нарушения функции вовлеченного сегмента. До недавнего времени эту проблему призваны были решать методики ауто-трансплантации тканевых комплексов на сосудистой ножке (рис. 2) и полнослойного кожного лоскута (рис. 3).

В последнее десятилетие при распространенных кожных дефектах широкое применение получила более легкая в техническом плане методика тканевой дермотензии (рис. 4).

Несмотря на кажущуюся простоту методики, она тоже может сопровождаться осложнениями, ограничивающими ее возможности. Наиболее рас-

пространено нарушение микроциркуляции кожного лоскута над экспандером (рис. 5) с последующим образованием пролежня.

В этой связи кроме выбора экспандера по размеру и материалу, места имплантации, скорости дермотензии, возраста ребенка мы использовали дополнительную подготовку кожного лоскута путем мезотерапии лантоксом. На использование данного препарата имеется разрешение этического комитета, а также информированное согласие родителей пациентов. Основная цель применения мезотерапии – максимальное использование ресурса экспандера и растяжения кожного лоскута без потери его характеристик.

После формирования подкожного ложа для экспандера по всей площади кожного лоскута проводили интрадермальное введение лантокса (рис. 6), суммарно 100 Ед. В результате над экспандером происходила релаксация кожи, что позволяло во время операции заполнить экспандер в 3–4 раза большим объемом физраствора, чем при обычной имплантации, без ущерба заживлению послеоперационной раны. Также отмечено снижение

тонуса стенок сосудов, что проявлялось умеренной мраморностью сосудистого рисунка кожи в течение 2-х недель. В течение всего периода дермотензии с использованием лантокса у пациентов осложнений со стороны кожного лоскута и аллергической реакции на препарат не отмечено.

Для увеличения размеров кожного лоскута и продления дермотензии возможно дополнительное введение лантокса по периферии участка кожи над экспандером.

Также использованы возможности перемещения кожных лоскутов на удаленную анатомическую область. Хирургическая коррекция состояла из 4-х этапов, включающих 3 последовательных вмешательства: 1) имплантация экспандера в наиболее подходящей анатомической области; 2) дермотензия; 3) иссечение пораженного участка кожи, удаление экспандера, пластика раневого дефекта перемещенным кожным лоскутом с сохранением

питающего основания; 4) отсечение перемещенного лоскута от питающего основания (рис. 8, 9). Аналогичную технологию использовали при пластике кожного дефекта лица (рис. 10).

Вариация данной методики – разворот лоскута на питающем основании после его подготовки с помощью дермотензии (рис. 11).

Возможность увеличения площади донорского лоскута путем дермотензии использована и при свободной аутотрансплантации полнослойного кожного лоскута (рис. 12).

Таким образом, префабрикация кожных лоскутов путем комбинации представленных способов позволила нам увеличить площадь и улучшить качество донорского кожного лоскута без ущерба для донорского ложа (рис. 13), что особенно важно при необходимости замещения значительной площади раневого дефекта в условиях дефицита здоровых кожных покровов.



**Рис. 1.** Наблюдения с врожденным гигантским пигментным невусом, послеожоговыми рубцовыми деформациями, ангиодисплазией



**Рис. 2.** Аутотрансплантация тканевого комплекса на сосудистой ножке



**Рис. 3.** Аутотрансплантация полнослойного кожного лоскута



**Рис. 4.** Методика тканевой дермотензии



**Рис. 5.** Осложнения при дермотензии лоскута



**Рис. 6.** Интрадермальное введение лантокса



**Рис. 7.** Растяжение кожного лоскута после мезотерапии лантоксом



**Рис. 8.** Перемещение кожного лоскута на удаленную анатомическую область



а



б

**Рис. 9.** Реципиентная зона после отсечения перемещенного лоскута от питающего основания: а – 12 суток; б – 1 год



**Рис. 10.** Перемещение кожного лоскута на удаленную анатомическую область (с правого плеча на область правой щеки)



**Рис. 11.** Ротированный лоскут на питающем основании после его подготовки дермотензией



**Рис. 12.** Дермотензия донорской зоны при подготовке к свободной аутотрансплантации полнослойного кожного лоскута



**Рис. 13.** Состояние донорской зоны после перемещения префабрикованного кожного лоскута