

КОМПРЕССИРУЮЩИЕ СПОСОБЫ УШИВАНИЯ КОЖНО-ПОДКОЖНОЙ РАНЫ, КАК ПРОФИЛАКТИКА ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЙ

Сычиков О.Н.¹, Сычиков Н.В.²

¹УЗ «Могилевская областная клиническая больница», г. Могилёв, Республика Беларусь

²УЗ «Могилевская больница №1», г. Могилёв, Республика Беларусь

Введение. Послеоперационные осложнения ушитой кожной, кожно-подкожной раны не редки и самые разнообразные. Особенно увеличивается риск осложнений после операции со стороны раны после удаления больших образований или в иных ситуациях, когда под кожными, кожно-подкожными краями раны или глубже образуется (остается) полость. При наличии таковой в послеоперационном периоде значительно увеличивается риск различных осложнений (гематомы, серомы, лимфоррея, инфильтраты, нагноения, а в позднем периоде – образование гипертрофичных, келлоидных рубцов, приносящих как психологические, так и физические страдания прооперированным). Для устранения (ликвидации) такой полости проводится подшивание кожных лоскутов ко дну раны узловыми швами, что не всегда полностью закрывает полость, применяются давящие повязки, что не на всех областях тела можно эффективно, не затрудняясь, сделать, применяются установки в полость аспирационных вакуум-дренажей (Vac- Therapy), накладываются швы Мак-Миллана-Донати с проведением нити и через дно полости, которые дают плохой косметический результат, оставляя грубые поперечные полосы на коже.

Цель. Профилактика ранних и поздних послеоперационных осложнений ушитой кожно-подкожной раны при наличии остаточной (после операции) полости в её зоне.

Материал и методы. Для зашивания ран и устранения (закрытия) подкожных остаточных полостей нами разработаны и широко применяются два компрессирующих способа ушивания ран (послеоперационных, травматических)

Первый способ нами широко применяется с 1996г. – так называемый косметический пирамидальный компрессионно-дозированный шов-повязка (далее ПКДШП). Удостоверение на рационализаторское предложение №293, выданное в УЗ «Могилевская областная больница». Применяется при небольших по длине ранах (до 8-10 см) при самых разных операциях (удалении образований кожи, подкожных образований, открытой аппендэктомии, грыжах, операциях на щитовидной железе, флебэктомии, минилапаротомной холецистэктомии).

Техника ПКДШП. Сближаем кожные края раны непрерывным горизонтальным субкутикулярным косметическим швом. В отличие от шва Холстеда первый вкол (со стороны кожи) делаем на большем расстоянии от угла раны, чем обычно, строго по длинику раны. Чаще всего на расстоянии 1-

4 см, что зависит от длины раны, места её расположения. В стежок берем побольше (поглубже) подкожной клетчатки. Выкол (после наложения горизонтального субкутикулярного шва) делаем в угол раны субкутикулярно и далее этим же стежком поглубже в подкожную клетчатку, выкалывая через кожу подальше от раны симметрично, зеркально первому стежку. Свободные концы нити с одного и другого угла раны оставляем длиннее, чем обычно. Затем на нити у места выхода над кожей навязываем узлы для дополнительной профилактики миграции. Затем на ушитую таким образом рану накладываем салфетки пирамидой (пирамидальная повязка) и над верхушкой её (плотно сложенная или скрученная до маленьких размеров салфетка или шарик) концы нити связываем, дозируя компрессию (чем сильнее затягиваем узел, тем сильнее получается компрессия). Применяем 2 варианта пролонгированной дозированной компрессии: 1-й вариант: дозированно компрессируем в конце операции и затем снимаем компрессию только при 1-й перевязке через 4-7 дней (в зависимости от локализации, характера раны): нить рассекаем и осторожно, стремясь не дислоцировать края ушитой раны, меняем повязку, предварительно при необходимости её отмочив. 2-й вариант: концы нитей связываем так, чтобы можно было легко развязывать (1-й узел – обычный, а 2-й – на бантик), чтобы в последующем повторно завязывать, дозированно уменьшая компрессию в 1-е часы, дни после операции.

В случаях значительной длины раны (более 9-10 см) с наличием большой полости под ней (под кожными, кожно-подкожными краями после их сшивания край в край), а также при неостанавливающемся кровотечении из (между) любых наложенных кожных швов применяем второй компрессирующий способ ушивания. На ушитую кожную рану накладываем туго свернутую стерильную салфетку (валик) на всю длину раны и его (валик) вдавливаем наложением поперечных компрессирующих кожных швов следующим образом. Делаем кожный стежок (вкол-выкол) с одной стороны раны (валика) на расстоянии 2-5 см от неё (зависит от размера полости под раной, её длины). Затем нить проводим над валиком и делаем такой же стежок с другой стороны раны (валика) на таком же расстоянии от неё. В стежки берём 0,5 – 1,0 см кожи с подкожной клетчаткой. При связывании нитей над валиком последний компрессирует кожные (кожно-подкожные) лоскуты – края раны, т.е. вдавливает их внутрь полости, ко дну раневой полости, заполняя, ликвидируя её, а также сдавливая источники возможного кровотечения (нередко это останавливает кровотечение более эффективно, чем наложение дополнительных обычных швов).

При вышеизложенных компрессирующих способах ушивания кожных ран при чистых ранах, уверенности в гемостазе дренажи не оставляем. При подозрении на возможность инфицирования, сомнениях в гемостазе через кожные проколы возле углов раны оставляем нетолстые трубчатые дренажи (по 2) ко дну раны, по краям дна.

Результаты и обсуждение. В результате применения вышеизложенных компрессирующих методик ушивания раны осуществляется: 1) сближение и

сопоставление с дозированной компрессией краев раны; 2) обеспечение покоя непосредственно зоне операции; 3) надежное закрепление и фиксация повязки с дозированной компрессией тканей в зоне выполненной операции)

Нами проведено рандомизированное обследование 3-х групп пациентов, сопоставимых по характеру ран с остаточными полостями после удаления подкожных доброкачественных образований с наложением швов: 1-я группа (30 человек) – 1-й способ компрессирующих швов – ПКДШП; 2-я группа (7 человек) – 2-й способ компрессирующих швов – «компрессирующий валик»; 3-я группа (30 человек), которым выполняли тщательное подшивание кожных лоскутов ко дну раны, наложение шва Холстеда, сближающего края раны и давящей циркулярной повязки. Результаты исследований свидетельствуют о снижении ранних послеоперационных осложнений (сером, гематом, инфильтратов, лимфорреи, нагноений) в 1-й группе и 2-й группе по сравнению с 3-й группой. В сроки от 2-х до 3-х лет прослежены результаты – качество сформированного послеоперационного рубца. Жалобы на боли в области рубца или зуд, жжение реже отмечались в 1-й группе, чем во 2-й и 3-й. Довольны косметическим качеством рубца в 1-й группе 77% больных (23 из 30); во 2-й – 3 из 7; в 3-й – 53% (16 из 30).

Выводы:

1. Применение компрессирующих способов (и ПКДШП, и «компрессирующий валик») ушивания кожно-подкожной раны при наличии остаточной подкожной полости в её зоне снижает риск осложнений в послеоперационном периоде.

2. Применение ПКДШП улучшает косметические результаты операции в отдаленном послеоперационном периоде.