

## Лечение осложнённых сером

Л.С. Зварич, О.Б. Добрякова

В общей структуре эстетической хирургии количество оперативных вмешательств с целью коррекции контуров тела значительно увеличилось. В этой связи число осложнений постоянно растёт.

На основе моего многолетнего хирургического опыта был разработан метод лечения осложнённых сером. Метод позволяет устранить причины возникновения серомы не прибегая к радикальным хирургическим вмешательствам без учёта эстетического компонента, а также в ряде случаев купировать процесс на ранних стадиях в амбулаторных условиях. Метод может служить как способ профилактики послеоперационных осложнений.

Показанием к применению метода считаем отсутствие положительной динамики при консервативном лечении значительных объёмов серомы более 14 дней (пункционное дренирование жидкостных скоплений под ультразвуковым контролем), наличие гнойно-воспалительного осложнения.

Стратегия метода представляет собой борьбу с пиогенной инфекцией с помощью системной и локальной антибактериальной терапии и специальной методикой лечения отрицательным давлением – NPWT, negative pressure wound therapy.

Планирование операции: При небольших осумкованных серомах, без гнойно-некротического компонента тактика лечения заключается в выполнении кюретажа полости серомы с целью механического удаления биоплёнки, санация полости антисептическим раствором и эндогенным протеолитическим ферментом (трипсин), использование методики лечения отрицательным давлением, компрессия тканей с помощью беля и полиуретановых пластин на зону серомы. Динамику оцениваем с помощью контроля количества и характера экссудата, ультразвуковой контроль, посев отделяемого из раны. Данный этап может быть, как подготовка к ревизионной операции. При недостаточной положительной динамики в течении 14 дней решается вопрос об ревизионной операции.

Планирование операции: в результате ревизии анализируем причины возникновения осложнения, оцениваем состояние тканей и выполняем коррекцию.

Операция.

Выполняются окаймляющие разрезы кожи с иссечением рубцовой ткани. Ревизия. Иссечение фиброзных элементов пиогенной капсулы до неизменённых тканей. Удаление несостоятельных швов и лигатур. Оценка трансплантата на предмет фиксации, дислокации. Гемостаз. Санация. Оценка результата прежней операции (наличие диастаза, растяжение фасциального каркаса, повреждения фасций, апоневроза, расширенное пупочное кольцо, грыжи). Коррекция выявленных дефектов. Санация. Гемостаз. Закрытие раны кожно-подкожным лоскутом с фиксацией к подлежащим структурам, апоневрозу, сетке, частыми отдельными внутридермальными узловыми

швами с целью ликвидации остаточных полостей в ране. Второй вариант закрытие раны кожно-жировым лоскутом с фиксацией к фасции частыми отдельными чрезкожными узловыми швами с использованием на коже силиконовых сплинтов. Края раны сопоставляются. Намечается место установки вакуумной повязки для лечения отрицательным давлением – NPWT. Накладываются швы. Наклеивается герметичная повязка. Давление в аппарате используется 80 мм. рт. ст., режим непрерывной аспирации, круглосуточно в течении 14-21 дней. Повязка в среднем меняется один раз в неделю. В период терапии выполняется санация полости раствором Пронтосан и протеолитическим ферментом Трипсин 2 раза в сутки.

Результаты.

С 2015 года выполнены операции по коррекции передней брюшной стенки направленные на открытую ретромускулярную протезирующую пластику в сочетании с модифицированной липоабдоминопластикой у 210 пациентов. В 6 случаях у пациентов развилась реакция на шовный материал (ПДС фирмы этикон и аналоги), у 12 пациентов развилась поздняя серома спустя 6 месяцев в результате реакции на сетчатый полипропиленовый трансплантат, в 3 случаях серома возникла как результат краевого некроза подкожно-жировой клетчатки и последующим нарастанием гнойно-некротического процесса.

За данный период было так же выполнено 36 ревизионных оперативных вмешательств. Пациенты ранее были оперированы в других клиниках. При выполнении ревизионных операций на основе предложенной методики осложнений не отмечалось.

Разработана методика лечения сером.

Методика позволяет сократить период реабилитации, минимизировать рецидив и сохранить эстетически приемлемый послеоперационный результат.

Литература:

1. Деговцев Е.Н., Колядко П.В. Серомы как осложнение хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов: современное состояние проблемы. Новости хирургии 2018; 26(1): 96-102.

2. Белоконев В.И., Пономарева Ю.В., Пушкин С.Ю., Мелентьева О.Н., Гуляев М.Г. Возможные предикторы и морфологические аспекты развития серомы после пластики грыжи передней брюшной стенки. Новости хирургии 2014; 22(6):665-670.

3. Оболенский В.Н., Энохов В.Ю., Харитонов С.В. Клиническая эффективность применения метода локального отрицательного давления для лечения инфекционных раневых осложнений после ненатяжной герниопластики. Медицинский алфавит 2018; 9(346):45-49.