Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования. Красноярский государственный медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Липосакция. Осложнения липосакции.

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Винник Юрий Семенович

Выполнил: Ординатор 2 года обучения Красноярского государственного медицинского университета

Владимиров Иван Владимирович

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛИПОСАКЦИИ

При правильном подходе липосакция является одной из наиболее безопасных операций, после выполнения которой процент развития осложнений минимален. Вместе с тем липосакция, бесспорно, является самой опасной из всех эстетических операций, так как при развитии инфекционных осложнений возникает реальная опасность для жизни больного. Все осложнения липосакции можно разделить на общие и местные, а местные, в свою очередь, на эстетические и медицинские (схема 39.8.1).



**Общие осложнения.** К общим осложнениям, которые могут развиться после липосакции, относятся анемия, жировая эмболия и тромбоэмболия.

1.Послеоперационная анемия развивается после массивной интраоперационной кровопотери, связанной, как правило, со сниженной чувствительностью тканей пациента к адреналину или чрезмерно обширной операцией. В качестве профилактики при планировании обширных операций используют предоперационную эксфузию крови, что позволяет после ее возврата в конце вмешательства отказаться от переливания донорской крови.

2.Жировая эмболия является очень редким осложнением липосакции, встречается, как правило, при сочетании с открытым вмешательством (например, с пластикой передней брюшной стенки). Симптомы жировой эмболии возникают в течение ближайших 24 ч после операции, а иногда — в течение 2—3 суток (тахикардия, лихорадка, нарастающая дыхательная недостаточность, кожные проявления и пр.).

Несмотря на крайнюю редкость развития общих осложнений, в каждой хирургической клинике должен быть создан набор медикаментов для оказания неотложной медицинской помощи при этих состояниях, наряду с инструкцией дежурному врачу. При необходимости это позволяет сэкономить те часы и минуты, от которых может зависеть эффективность всего лечения.

Местные осложнения могут включать нагноение раны, образование гематомы, серомы, стойкие отеки голеней и стоп, нарушение чувствительности кожи в зонах липосакции, флебит поверхностных вен и даже развитие некроза кожи и подкожной жировой клетчатки.

**Инфекционные осложнения**. Рана, остающаяся после липосакции, имеет следующие специфические особенности:

— в ходе вмешательства происходит повреждение подкожного и глубокого слоев жировой клетчатки на обширных участках (по ширин е и по глубине);

— в отличие от типичной (резаной) хирургической раны жировая клетчатка подвергается значительному механическому повреждению;

— поврежденная зона располагается на удалении от кожной раны, которая имеет минимальный размер, в связи с чем отток раневого содержимого через рану практически невозможен.

В этих условиях развивающийся инфекционный процесс, как правило, приобретает «злокачественный» характер и протекает по типу анаэробной (неклостридиальной) инфекции. Типичными особенностями такого течения являются внезапное начало, быстрое (иногда молниеносное) распространение, быстрое ухудшение общего состояния пациента вследствие выраженной токсемии.

В качестве мер профилактики инфекционных осложнений можно выделить следующие:

— пациенты, у которых планируется липосакция, должны быть тщательно отобраны на основе достаточно глубокого предоперационного обследования;

— липосакцию выполняют лишь у практически здоровых людей с нормальными показателями лабораторных и других исследований;

— у женщин операцию выполняют лишь в перерыве между менструациями;

— непосредственно перед операцией пациент должен принять душ;

— в ходе операций необходимо строжайше соблюдать правила асептики и антисептики;

— при обширных операциях необходимо профилактическое использование антибиотиков, которые вводят за час до вмешательства.

Весьма важным фактором, способствующим развитию инфекции, является образование осаднения кожи и жировой клетчатки по краю разреза кожи. Оно возникает в результате многократных движений канюли при слишком узком разрезе и определяется в виде хорошо заметного венчика темной ткани, которую необходимо иссечь в конце операции. При развивающемся инфекционном процессе лишь своевременно начатая комплексная терапия может дать желаемый эффект. В противном случае летальный исход становится реальной возможностью.

На более чем 800 операций липосакции, выполненных в Центре пластической и реконструктивной хирургии, инфекционные осложнения были отмечены в двух наблюдениях. Обе пациентки были молодыми (23 и 24 года) с локальными формами жировых отложений. У одной из них была выполнена липосакция на передних и задних поверхностях голеней с общей экстракцией около 800 мл жира. У другой произведена липосакция внутренней поверхности бедер и коленных суставов с аналогичным объемом удаленного жира. В обоих случаях воспаление развивалось по типу анаэробной неклостридиальной инфекции с невыраженными клиническими проявлениями в первые 2 суток после операции. В последующем отмечалось быстрое развитие тяжелой общей интоксикации с нарастанием симптоматики и значительным расширением зоны целлюлита. Лечение включало раннее и полное вскрытие и дренирование воспалительных очагов, применение самых мощных антибиотиков широкого спектра действия в максимальных дозах, проведение адекватной инфузионной терапии, плазмообмена, курса оксигенобаротерапии. В результате этого воспалительные процессы удалось купировать в течение недели. Косметические дефекты были относительно небольшими.

**Отеки голени и стопы** могут возникать при обширной обработке бедер по их внутренней поверхности и на уровне коленного сустава. Нарушения путей лимфооттока проявляются возникновением отеков на уровне нижней трети голени, голеностопного сустава и стопы, как правило, они проходят в течение 1—2 мес.

**Образование сером и некроза кожи** является редким осложнением при правильном выполнении. Они могут возникать при агрессивном выполнении операции, использовании канюль чрезмерно большого диаметра при относительно небольшой толщине жирового слоя, а также при отсутствии достаточной компрессии лечебным бельем. Лечение сером предусматривает пункционную эвакуацию серозной жидкости и ношение колготок достаточной плотности.

**Нарушения чувствительности кожи** в зоне липосакции возникают вследствие травматизации нервных волокон и проявляются в виде гипестезии, которая может сочетаться с участками гиперестезии. Нарушенная чувствительность постепенно восстанавливается.

**Изменение цвета кожи и рубцов**. В результате отложения гемосидерина в очень редких случаях развивается пигментация кожи в обработанной зоне, которая проходит лишь через несколько месяцев.

Список используемой литературы:

1. Gasperoni C, Salgarello M. Rationale of subdermal liposaction related to anatomy of subcutaneous fat and the superficial system // Aesth. Plast. Surg.- 1995. - Vol. 19, № 1.— P. 13-20 . 11. Greenwood N.J. Adipose Tissue: Cellulas Morphology and Development // Ann. Intern. Med.— 1985.—Vol. 103.—P. 996-999 .

 2. Hetter G.P. Experience with «lipolysis»: The IIIouz technique of blunt suction lipectomy in North America // Aesth. Plast. Surg.- 1983. - Vol. 7, № 1.— P. 69.

3. Hetter G.P. The effect of low dose epinephrine on the hematocrit drop following lipolysis // Aesth. Plast. Surg.— 1984.- Vol. 8, № 1. - P. 19-24 .

4. Hetter G.P. Lipoplasty The Theory and Practice of Blunt Suction Lipectomy// Boston: Little, Brown, 1990 — P. 173—191.

5. Hinderer U.T. Principles of the multilayer approach to facial rejuvenation // Dee p face-lifting technique s / Ed by J.P.Psillakis.— New York: Thieme Medical Publishers, 1994.— P. 140.

6. IIIouz Y.G. Une nouvcllc technique pour les lipodystrophies localisees // Rev. Chir. Esth. Franc— 1980.— Vol. 6, № 19.— P 17-21

7. IllouzY.G. Reflexions apres 4 ans ct demi d'cxpcricnce et 800 cas de ma technique de lipolyse // Rev. Chir. Esth. Franc— 1981 - Vol 6, № 24 - P 24-27

8. Tllouz Y.G. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 300 0 cases // Plast. reconstr. Surg.— 1983— Vol. 72. - P. 591 .