

УДК 617.54+617.57+617.58]-022.912-089.12

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЗАКРИТТЯ РАНОВИХ ПОВЕРХОНЬ ТУЛУБА ТА КІНЦІВОК ПІСЛЯ МЕХАНІЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ

О. В. Пономаренко

Запорізький державний медичний університет

DIFERENTIATED APPROACH TO CLOSING OF WOUND SURFACES TRUNK AND EXTREMITIES AFTER ITS MECHANICAL DAMAGE

O. V. Ponomarenko

Проблема закриття дефектів покривних тканин тулуба й кінцівок актуальна в Україні. Частота пошкодження кінцівок у мирний час становила від 2,1 до 9,5% у структурі усіх травм, під час військових конфліктів — від 47 до 70% [1, 2].

Використання складних шкірно—фасціальних та шкірно—м'язових клаптів забезпечує закриття великих і глибоких дефектів тулуба й кінцівок в один етап з задовільним косметичним і функціональним результатом [3]. Проте, такий пластичний матеріал не завжди відповідає вимогам ділянки реконструкції, а, можливо, використання складних клаптів у нефункціональних зонах тулуба й кінцівок не потрібне.

Лікування таких хворих ускладнюється тим, що реконструктивно—пластичні втручання доводиться виконувати в умовах інфікування у невідкладних ситуаціях та під час планового закриття великих ранових поверхонь [4].

Період захоплення мікрохірургічними методиками закінчився, зважаючи на об'єктивну оцінку їх можливостей та недоліків, а класичні методи пластики зазнали еволюційних змін [5]. Тому диференційований підхід до закриття дефектів покривних тканин тулуба й кінцівок забезпечує задовільний результат за умови використання доцільного у конкретній ситуації виду пластичного матеріалу, ступеня підготовки ранової поверхні та топографоанатомічних особливостей ділянки реконструкції.

Реферат

Представлені результати обстеження й лікування 231 пацієнта з приводу дефектів покривних тканин тулуба та кінцівок. Тяжкість ушкодження визначали за класифікацією А. В. Каплана, О. М. Маркової. У 10 пацієнтів застосована методика лікування ран, розроблена в клініці, з використанням комбінованого препарату гіалуронової кислоти з натрію сукцинатом (Лацерт), що забезпечило підвищення ефективності лікування хворих. Диференційований підхід до вибору методу закриття ранових поверхонь, що виникли внаслідок механічного пошкодження, дозволив досягти задовільних результатів у 97,84% спостережень.

Ключові слова: дефекти покривних тканин; ранова поверхня; аутодермопластика; комбінований препарат.

Abstract

The results of examination and treatment of 231 patients on defects covering tissues of the trunk and limbs were presented. The severity of the injury determined by classification A. V. Kaplan, O. M. Markova. In 10 patients wound treatment method used, developed in the clinic, using the combined preparation of hyaluronic acid with sodium succinate (Latsert), ensuring efficiency of treatment. Differentiated approach to the selection of closing wound surfaces method caused by mechanical damage, allowed to achieve satisfactory results in 97.84% of cases.

Key words: tissue of covering defects; wound surface; autodermoplasty; combined drug.

Мета роботи: покращити результати лікування хворих з приводу дефектів покривних тканин тулуба й кінцівок механічного генезу шляхом розробки комплексного диференційованого підходу для відновлення форми і функції частин тіла.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У 2010 — 2014 рр. у клініці оперований 231 пацієнт з приводу дефектів покривних тканин тулуба й кінцівок механічного генезу віком від 20 до 76 років.

Пацієнтам проводили загальноклінічне обстеження, клініко—лабораторну діагностику, мікробіологічний моніторинг, імуногістохімічні дослідження, ультразвукове

дуплексне сканування (УЗДС), лазерну доплерівську флоуметрію (ЛДФ), фотодокументування, при необхідності — ангіографію. Вибір хірургічної тактики залежав від анатомофункціональних та гемодинамічних особливостей ділянки пошкодження.

Провідним діагностичним критерієм при виборі оперативної тактики за тяжкого ушкодження з порушенням функції вважаємо УЗДС та ЛДФ. УЗДС використовували для дослідження регіонарної гемодинаміки в зоні пошкодження і в донорській ділянці майбутнього складного клаптя, ЛДФ — діагностичний метод перед оперативним втручанням для вивчення мікроциркуляторного русла та інтрапеп-

раційно — для визначення життєздатності клаптя.

Тяжкість ушкодження визначали за класифікацією А. В. Каплана, О. М. Маркової, в основу якої покладені оцінка ступеня та глибини пошкодження структур кінцівки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Хворі розподілені на 4 групи. У 79 (34,2%) пацієнтів (1—ша група) виявлене ізольоване пошкодження покривних тканин (до фасції). Їм здійснювали аутодермопластику з використанням розщепленого шкірного трансплантата — у 32, аутодермопластику за Тіршем — у 15, пластику місцевими тканинами — в 11, у 2 — у відстроченому періоді використовували методику дерматензії.

У 10 пацієнтів застосована методика лікування ран, розроблена в клініці. В основі нового способу лікування тривало існуючих дефектів покривних тканин тулуба і нижніх кінцівок використання комбінованого препарату гіалуронової кислоти з натрію сукцинатом (препарат Лацерт), що забезпечує підвищення ефективності лікування.

Препарат вводили внутрішньошкірно по 1 мл 1,5% розчину навколо дефекту 1 раз на тиждень протягом 4 — 6 тиж. В період лікування в динаміці визначали площу ранової поверхні.

Всі пацієнти виписані з позитивним результатом, повним загоєнням трофічного виразкового дефекту.

Введення препаратів гіалуронової кислоти до позаклітинного матриксу забезпечує ділянку оперативного втручання її додатковою кількістю для оптимізації біологічних функцій у шкірі, зокрема, підвищення тургору та пластичності тканин, стимуляції процесів еластогенезу, колагеногенезу та ангіогенезу.

Натрію сукцинат (натрієва сіль бурштинової кислоти) діє на рівні мітохондрій, активізує процеси клітинного дихання, синтез АТФ і структурних білків шкіри. Метод може бути використаний не тільки в

умовах стаціонару, а й амбулаторно, що значно зменшує тривалість лікування хворого у стаціонарі.

Незважаючи на те, що редермалізація — це методика, що потребує спеціального навчання, її подальше використання не потребує специфічних інструментів, анестезіологічного забезпечення чи окремого приміщення.

Щотижневе визначення площі виразкового дефекту дозволяє оцінити результати лікування в динаміці, коригувати лікування, не потребує спеціальних інструментів, крім сантиметрової стрічки або кальки.

Таким чином, застосування запропонованої методики дозволило підвищити ефективність лікування, зменшити частоту ускладнень, прискорити одужання хворих, зменшити тривалість їх лікування у стаціонарі.

Крім того, що застосування цього методу не потребує спеціальних засобів і залучення фахівців іншого профілю, його можна використовувати в амбулаторному режимі для лікування тривало існуючих трофічних виразок судинної етіології у комплексі з хірургічними методами.

У 67 пацієнтів (2—га група) виявлене пошкодження покривних тканин середньої тяжкості, життєздатність яких порушена на обмеженій ділянці з парарановою зоною пошкодження (нижче фасції). У 5 хворих здійснено ксенопластику з подальшою аутодермопластиком з використанням розщепленого клаптя; у 32 — аутодермопластику з застосуванням розщепленого шкірного трансплантата; у 7 — аутодермопластику за Тіршем; у 16 — пластику місцевими тканинами, у 3 — пластику вільним повношаровим клаптем, у 4 — комбіновану пластику розщепленим і ротаційним клаптями.

У 48 хворих (3—тя група) відзначали ушкодження покривних тканин на значній площі. У 42 з них — здійснено пластику ротаційним шкірно—жировим клаптем на осьовому кровопостачанні, у 3 — закриття ранового дефекту клаптем з лит-

ки, в 1 — закриття куksi після ампутації верхньої кінцівки шкірно—м'язовим клаптем, у 2 — застосовано методику дерматензії.

У 37 пацієнтів (4—та група) травма супроводжувалась ураженням судинно—нервового пучка, частковим або повним відокремленням кінцівки. У 4 з них здійснене протезування підколінної артерії, декомпресійна фасціотомія гомілки, з подальшою аутодермопластиком ранового дефекту з використанням розщепленого шкірного трансплантата; в 1 — пластика шкірно—м'язовим клаптем найширшого м'яза спини на судинній ніжці; у 2 — протезування стегнової артерії, декомпресійна фасціотомія, накладення вторинних швів; — у 2 — ревізія підколінної артерії з періартеріальною симпатектомією і пластикою дефекту клаптем з литки.

У 12 хворих — накладений шов задньої великогомілкової артерії, у 2 — здійснена декомпресійна фасціотомія з подальшим накладенням вторинних швів; у 5 — перев'язана тильна артерія стопи. У 10 хворих накладений шов ліктьової артерії, у 3 — перев'язана променева артерія. Ранові дефекти закриті у 7 з них з використанням розщеплених аутодермотрансплантатів, у 3 — виконана пластика місцевими тканинами.

ВИСНОВКИ

1. Вибір методу коригувального втручання і закриття дефекту покривних тканин залежав від розмірів, глибини рани і гемодинамічних особливостей зони пошкодження.

2. Новий метод лікування наслідків травматичного пошкодження з застосуванням препарату гіалуронової кислоти дозволив розширити перспективи лікування пацієнтів з приводу дефектів покривних тканин.

3. Диференційований підхід до вибору методу закриття ранових поверхонь, що виникли внаслідок механічного пошкодження, забезпечив досягнення задовільних результатів у 97,8% спостережень.

