

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЗАКРИТТІ ДЕФЕКТІВ ПОКРИВНИХ ТКАНИН ТУЛУБА ТА КІНЦІВОК МЕХАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

О. В. Пономаренко

Запорізький державний медичний університет

PECULIARITIES OF THE TREATMENT TACTICS IN CLOSURE OF DEFECTS OF COVERING TISSUES OF TRUNK AND EXTREMITIES OF MECHANICAL ORIGIN

O. V. Ponomarenko

Zaporizhzhya State Medical University

В структурі захворювань хірургічного профілю 5,3% становлять патологічні стани, що супроводжуються утворенням дефектів шкіри й м'яких тканин [1, 2]. Значна частина з них — посттравматичні ранові дефекти тулуба й кінцівок, в останні роки відзначено тенденцію до збільшення їх частоти [3]. Одним з найбільш тяжких наслідків травматизму є інвалідність. За даними ВОЗ, у світі більш ніж у 500 млн. хворих встановлено інвалідність [4]. Причинами інвалідності потерпілих при травмі тільки у 25 — 30% є тяжкість самої травми, у 30 — 70% — недоліки діагностики, лікування й організації медичної допомоги [5].

Мета роботи: покращити результати лікування хворих з приводу функціональних та естетичних дефектів механічного генезу шляхом розробки комплексної програми хірургічного лікування для відновлення форми й функції тулуба та кінцівок.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 242 хворих з приводу ДПТ тулуба та кінцівок, що виникли внаслідок механічного пошкодження. Пацієнтам здійснені 697 оперативних втручань, з них 492 (70,6%) — з приводу відновлення пошкоджених тканин. Обстеження й лікування хворих проводили на базі кафедри медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та реаніматології, клінічних баз Обласного

Реферат

Проаналізовані результати лікування 242 хворих, яким здійснені 697 оперативних втручань, в тому числі 492 (70,6%) — з відновлення пошкоджених м'яких тканин та інших структур тулуба й кінцівок. Вибір методу коригувального втручання й закриття дефекту покривних тканин (ДПТ) залежав від розмірів, глибини рани, особливостей гемодинаміки ділянки пошкодження. Застосування для лікування наслідків травматичного пошкодження препарату Лацерта розширило можливості лікування пацієнтів з приводу ДПТ. Диференційований підхід до вибору методу закриття ранової поверхні дозволив досягти задовільних результатів у 98,75% хворих.

Ключові слова: травматичне пошкодження; рана; покривні тканини; хірургічне лікування.

Abstract

Results of treatment of 242 patients, to whom 697 operative interventions were done, including 492 (70.6%) —with restoration of the injured soft tissues and other trunk and extremities structures —were analyzed. Choice of the correcting intervention method and closure of the covering tissues defect have depended on the wound dimensions and depth, peculiarities of hemodynamics in the area injured. Application of Lacert preparation for the traumatic injury consequences made spectrum of treatment options in patients, suffering covering tissues defect, broader. Differential approach to choice of procedure for the wound surface closure have permitted to achieve satisfactory results in 98.75% of patients.

Keywords: traumatic injury; wound; covering tissues; surgical treatment.

опікового та травматологічного відділень за період 2008 — 2016 рр.

Хворі розподілені на 4 групи залежно від розмірів, глибини та тяжкості пошкодження м'яких тканин та інших структур тулуба й кінцівок. I група — 44 (18,2%) хворих з обмеженою (діаметром до 5 см) ділянкою пошкодження шкіри та глибше розташованих тканин до глибокої фасції, у яких виконане 61 (8,8%) втручання.

II група — 67 (27,7%) хворих, у яких спостерігали велику та величезну ранову поверхню й пошкодження м'яких тканин глибше глибокої фасції, у них виконані 144 (20,7%) оперативних втручання.

III група — 90 (37,19%) хворих, у яких ДПТ поєднані з пошкодженням кістково—суглобового апарату, у них виконані 272 (39,0%) операції.

IV група — 41 (16,9%) хворий з поєднаною або множинною травмою, що супроводжувалася пошкодженням магістральних судин, нервів, частковим або повним відокремленням кінцівки, у них виконані 220 (31,6%) операцій.

У дослідження включали хворих віком старше 17 років, обох статей, з встановленим діагнозом: дефект шкіри та глибше розташованих м'яких тканин тулуба й кінцівок, що потребувало відновлення форми та функції тіла.

В усіх групах переважали хворі працездатного віку (молодого та середнього/зрілого за класифікацією ВОЗ, 2014), тобто, від 25 до 60 років, їх було 137 (56,6%). Віку пізньої зрілості та літнього було 75 (31,0%) хворих, що зумовлене досить частим побутовим травматизмом. Жінок було 86 (35,5%), чоловіків — 156 (64,5%).

У теперішній час в Україні основними чинниками пошкодження є дорожно—транспортні пригоди, кататравма, побутове пошкодження, а також вогнепальні поранення (табл. 1).

Найбільш часто травма виникла в побуті — у 99 (40,9%) потерпілих. У зв'язку з проведенням бойових дій збільшилася кількість потерпілих з вогнепальними пораненнями — 13 (5,4%).

Характер пошкодження при гострій травмі, з одного боку, залежить від маси (розмірів, об'єму, форми), швидкості руху, напрямку та тривалості дії травмуючого агента, з іншого, від локалізації, анатомо—фізіологічних особливостей пошкоджених структур.

Найбільш уразливим сегментом в усіх групах була нижня кінцівка — у 182 (73,4%), потерпілих, далі — верхня кінцівка — у 46 (18,5%), мінімальна частота пошкодження тулуба — у 20 (8,06%) потерпілих (табл. 2).

Залежно від глибини та характеру травми, наявності поєднаних чи множинних пошкоджень, супутніх

захворювань хворим виконані наступні оперативні втручання.

В I групі виконане 61 оперативне втручання, в тому числі 10 — первинна хірургічна обробка рани на етапі госпіталізації потерпілих, в одного хворого здійснена ксенопластика ранової поверхні як тимчасове покриття, у 50 — пластика ранових дефектів з використанням простого розщепленого шкірного трансплантата, в 1 застосовано нову методику лікування з використанням препарату гіалуронової кислоти.

В II групі виконано 144 операції, з них першим етапом — первинна хірургічна обробка рани (22), дренивання гематоми (7), фасціотомія (1).

На етапі закриття ранової поверхні для її підготовки до пластики в 1 спостереженні здійснена первинна пластика за Красовітовим, в 1 — ксенопластика, у 9 — тангенційне висічення рани, у 20 — некректомія рани, в 1 — остеонекретомию, в 1 — висічення рубцевої тканини.

На реконструктивному етапі у 57 спостереженнях ранові дефекти закривали з використанням простого розщепленого шкірного трансплантата, у 14 — здійснено пластику місцевими тканинами, в 1 — оперативне втручання виконано з застосуванням острівцевого клаптя на периферійній ніжці, у 2 — мостоподібного клаптя (клапоть на двох живильних ніжках), в 1 — плоского клаптя з використанням методики дерматензії (3 оперативних втру-

чання), в 1 — дермоабразію посттравматичного рубця.

В III групі виконано 272 операції, з них першим етапом — первинна хірургічна обробка рани (31), дренивання гематоми (4), фасціотомія (1), операції з відновлення кісток (43). У 3 спостереженнях виконаний лапароцентез, в 1 — торакоскопія.

На етапі закриття ранової поверхні для її підготовки до пластики у 5 спостереженнях здійснено ксенопластику, у 9 — тангенційне висічення рани, у 33 — некректомію рани, у 7 — остеонекретомию, у 2 — висічення рубцевої тканини, в 1 — додаткове дренивання сероми. У 5 спостереженнях виконано ампутацію пальців та сегментів кінцівки, у 4 — накладені вторинні шви.

На етапі відновлення покривних тканин у 98 спостереженнях ранові дефекти закривали з використанням простого розщепленого шкірного трансплантата, у 6 — здійснено пластику місцевими тканинами, в 1 — з застосуванням острівцевого клаптя на периферійній ніжці, у 22 — трубчастого мігруючого класичного клаптя, у 6 — плоских клаптів.

В IV групі виконані 220 оперативних втручання, з них першим етапом — первинна хірургічна обробка рани (24), дренивання гематоми (1), ревізія рани (2), фасціотомія (6), у 25 спостереженнях — операції з відновлення кісток.

В 6 спостереженнях здійснений лапароцентез, у 4 — торакоцентез, у 4 — дренивання плевральної порож-

Таблиця 1. Розподіл хворих за етіологічним чинником виникнення ДПТ

Причина	Кількість спостережень в групах							
	I (n = 44)		II (n = 67)		III (n = 90)		IV (n = 41)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дорожно-транспортна пригода	6	13,6	11	16,4	25	27,8	19	46,3
Кататравма	10	22,7	21	31,3	29	32,2	9	21,9
Побутове пошкодження	28	63,6	30	44,8	32	35,6	9	21,9
Вогнепальне поранення	-	-	5	7,45	4	4,4	4	9,8

Таблиця 2. Розподіл хворих залежно від ділянки пошкодження

Ділянка пошкодження	Кількість спостережень в групах							
	I (n = 44)		II (n = 67)		III (n = 90)		IV (n = 41)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Верхня кінцівка	13	29,5	6	9,0	12	13,3	15	36,6
Нижня кінцівка	31	70,4	56	83,6	75	83,3	20	48,8
Тулуб	-	-	6	9,0	4	4,4	10	24,4

нини, в 1 — браш—біопсія, в 1 — розкриття та дренажування піддіафрагмального абсцесу, у 2 — епіцистостомію. У 3 хворих виконано декомпресійну ламінектомію, у 2 — ревізію периферійних нервів, в 1 — невроліз, в 1 — пластику сідничого нерва, в 1 — металоспондилодез.

З приводу травмування судин в 1 хворого виконано протезування загальної стегнової артерії з використанням аутовени, у 2 — аутовенозне протезування підколінної артерії, у 4 — ревізію судинно—нервового пучка, в 1 — з додатковою тромбектомією. У зв'язку з неможливістю зберегти кінцівку у 4 хворих здійснено її ампутацію.

На етапі закриття ранової поверхні для її підготовки до пластики у 4 спостереженнях проведено ксенопластику, у 6 — тангенційне висічення рани, у 20 — некректомію рани, у 2 — висічення рубцевої тканини, у 2 — накладання VAC — апарата, в 1 — редресацію кінцівки.

На етапі відновлення покривних тканин у 40 спостереженнях ранові дефекти закривали з використанням простого розщепленого шкірного трансплантата, у 3 — накладали вторинні шви, у 14 — застосовано пластику місцевими тканинами, в 1

— ДПТ закрит острівцевим клаптом на периферійній ніжці, у 6 — плоским клаптом, у 4 — плоскими клаптами, що формували за допомогою методу тканинної дерматензії, у 22 — операцію виконали з використанням трубчастого мігруючого клапачного клаптя.

У 3 хворих застосована нова методика лікування ранової поверхні з використанням препарату гіалуронової кислоти Лацерта, 1 мл 1,5% розчину вводили внутрішньошкірно навколо виразкового дефекту 1 — 2 рази на тиждень протягом 2 — 4 тиж. Під час лікування в динаміці визначали розміри ранового дефекту.

Всі хворі, у яких застосовано цю методику, виписані з позитивним результатом, досягнуте повне загоєння трофічного дефекту.

Контрольний огляд пацієнтів проводили у строки 1, 6, 12 міс.

Як протирубцеві засоби у хворих застосовували креми та гелі для профілактики утворення й лікування патологічних рубців, фізіотерапевтичні процедури, рекомендували еластичний компресійний трикотаж.

Після операції відновний етап відповідав оптимальним строкам

морфологічного загоєння ділянки реконструкції, у середньому 1 — 2 міс — у хворих I, II груп, 4 — 6 міс — у хворих III, IV груп. У ці строки пацієнти могли приступати до роботи. Післяопераційні ускладнення були лише специфічними, пов'язаними з методом операції, вибором доступу. Ускладнень з ураженням інших органів і систем не було. Всі пацієнти живі.

Найбільш ефективна реконструкція пошкодженого сегмента в ранні строки після травми 1 — 3 тиж. В цей період репаративні процеси після травматичної та хірургічної альтерації поєднуються, необоротні дегенеративно—дистрофічні процеси ще не сформувалися, зберігаються структурні й функціональні стереотипи, є можливість відновлення первинної анатомії ділянки пошкодження.

Критеріями оцінки безпосередніх та віддалених результатів були приживлення трансплантатів та клаптів, усунення ДПТ, відновлення регіонарної гемодинаміки та іннервації в ділянці пошкодження, усунення трофічних розладів, відновлення стереотипу руху.

ЛІТЕРАТУРА

- Каплан А. В. Повреждения костей и суставов / А. В. Каплан. — М.: Медицина, 1979. — 3—е изд. — 568 с.
- Комбінована пластика поширених ранових дефектів / С. А. Сапа, С. В. Горелов, А. В. Сотников, Я. В. Купченко // Острые и неотлож. состояния в практике врача. — 2012. — № 2 — 3 (31). — С. 34.
- Корж А. А. Комплексное системное лечение тяжелых открытых переломов / А. А. Корж // Лечение открытых переломов и их последствий. — М., 1985. — С. 12 — 18.
- Оптимизация лечения открытых переломов голени с тяжелой травмой мягких тканей / Н. В. Петров, С. В. Бровкин, А. Д. Калашник [и др.] // Хирургия. — 2013. — № 15. — С. 805 — 808.
- Секела Т. Я. Патогенетичні особливості перебігу тяжкої травми в поєднанні з механічним пошкодженням шкіри та при застосуванні ксенодермопластики: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. Я. Секела. — Тернопіль, 2010. — 19 с.

