

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ КОНЦЕПЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ ДЕФЕКТАМИ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Под наблюдением находился 61 больной. Все они поступили с осложненным повреждением (дефект мягких тканей и кости, или кости, или мягких тканей, или некроз тканей). Локализация повреждений: голень – 15, плечо – 3, предплечье – 11, кисть – 32. Лечение начинали в условиях хирургического отделения районной больницы. Из них, 22 были с острым воспалительным осложнением и 24 имели хронический воспалительный процесс, а 15 поступили со свежими травмами до 24 часов от момента повреждения. По характеру травматического воздействия распределялись следующим образом: тяжелая травма – 26, глубокие локальные ожоги – 13, некроз тканей различного происхождения – 11, отморожения – 11.

Всем больным лечение начиналось с катетеризации магистральной артерии и введения инфузата с антибиотиком высшей суточной дозы. В группе больных с травматическими дефектами и острым воспалительным процессом, выполнялась вторичная хирургическая обработка раны, и после некрсеквестрэктомии проводилась пластика дефекта, чаще лоскутом на питающей ножке, а при наличии костного дефекта и костная пластика через 12-14 суток от начала регионарной инфузии. Больным с хроническим воспалительным процессом выполнялась пластика мягких и костной ткани одновременно с некрсеквестрэктомией. Пациентам, поступившим с открытыми травматическими повреждениями (огнестрельные ранения и открытые свежие повреждения – 15), после первичной хирургической обработки выполнялся полный объем реконструктивно-восстановительных операций. Для иллюстрации действий приведем больную с тяжелым огнестрельным ранением правой руки. Девочка Т. 16 лет.

Диагноз: открытый огнестрельный перелом дистального отдела лучевой и локтевой костей, открытый перелом трехгранной, трапециевид-

ной, головчатой, крючковидной костей запястья и 2, 3, 4 пястных костей. Отрыв пятого пальца с пятой пястной костью, отрыв четвертого пальца на уровне проксимальной фаланги. Обширный дефект мягких тканей дистального отдела предплечья и лучезапястного сустава, повреждение локтевого нерва и локтевой артерии, повреждение сухожилий сгибателей и разгибателей 2, 3, 4 пальцев справа. На фоне противошоковой терапии доставлена в операционную. Катетеризована подмышечная артерия, введен стандартный инфузат. Произведена первичная хирургическая обработка ран с иссечением всех некровоточащих тканей. Синтезированы отломки пястных костей с фиксацией к лучевой кости. Выполнен шов сухожилий сгибателей и разгибателей 2, 3, 4 пальцев по Розову, а имеющийся тканевой дефект кисти и лучезапястного сустава замещен спаренным лоскутом. Инфузионная терапия продолжалась в течение двух недель, до снятия швов. Рана зажила первично, введение инфузата прекращено. Катетер оставлен в артерии, и конец его после заполнения гепариновой пломбой запаян. Лоскуты прижились и через четыре недели от момента пластики отсечены. В общей сложности катетер находился в артерии 38 суток, а инфузия раствора осуществлялась до 24 суток, с перерывом на две недели.

Таким образом, под прикрытием длительной внутриартериальной инфузии возможно выполнение любых видов реконструктивных операций самого широкого диапазона, без опасения гнойно-септических осложнений, при обеспечении жизнеспособности тканей.

У всех наступило выздоровление, и только у 2 больных остались функциональные нарушения в поврежденной конечности при восстановлении ее анатомической структуры, из-за серьезных первичных травматических нарушений.