

РОЛЬ КОЖНОЇ ПЛАСТИКИ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЇ ХИРУРГІЇ

М.А.Кашталян, И.Т.Гайдаржи, О.С.Герасименко

**Военно-медицинский клинический центр Южного Региона
Одесса, Украина**

Введение

Реконструктивно-восстановительная хирургия — это область хирургии, разрабатывающая оперативные методы лечения больных с дефектами тканей, деформациями и нарушениями функции различных частей тела [2, 5]. Термин «реконструкция» подразумевает изменение взаимоотношений анатомических структур сегмента для восстановления его нормальной функции и (или) формы, утраченных в результате травмы или заболевания [3, 6].

Обширные дефекты мягких тканей развиваются в результате тяжелой осложненной травмы, острых или хронических гнойно-некротических заболеваний кожи, подкожной клетчатки и костей. Косметические и функциональные последствия этих заболеваний нередко настолько тяжелы и необратимы, что стремление восстановить утраченные участки кожи в возможно более ранние сроки постоянно привлекает внимание хирургов [1, 3, 4, 7, 8].

Материалы и методы исследования

Проведенный нами анализ выполненных оперативных вмешательств в ВМКЦ ЮР за последние 5 лет показал, что при одинаковом количестве пациентов количество пластических операций увеличилось почти вдвое (рис. 1). Значительно расширилось число способов закрытия раневых дефектов, включая сложные многоэтапные методики. Доля аутодермопластики и комбинированных методов возросла в 3 раза (табл. 1).

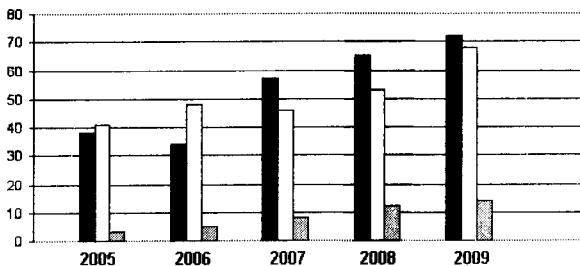


Рис. 1. Количество операций различными способами закрытия обширных дефектов мягких тканей в Военно-медицинском клиническом центре Южного Региона (несвободные способы, свободные способы, комбинированная пластика).

Таблица 1

Способы закрытия обширных дефектов мягких тканей при различной локализации ран

Локализация ран	Способы пластики			Итого
	Несвободные способы	Свободные способы	Комбинированная пластика	
Голова, шея	25 (59,5%)	9 (21,4%)	8 (19,1%)	42 (100%)
Туловище	16 (69,5%)	3 (13,1%)	4 (17,4%)	23 (100%)
Верхняя конечность	124 (86,7%)	12 (8,4%)	7 (4,9%)	143 (100%)
Нижняя конечность	188 (52,8%)	154 (43,3%)	14 (3,9%)	356 (100%)
Всего	266 (47,2%)	256 (45,4%)	42 (7,4%)	564 (100%)

Антибиотикотерапию проводили всем больным, ориентируясь на результаты посевов и оценку чувствительности микрофлоры.

Подготовку ран к пластическому закрытию осуществляли частой сменой повязок с различными лекарственными препаратами в зависимости от состояния раневого ложа. Остатки нежизнеспособных тканей удаляли механическим путем, ежедневной сменой повязок с протеолитическими ферментами. Для подавления патогенной микрофлоры выполняли ежедневные перевязки с антисептическими растворами (предпочтение отдавали раствору «октенисепт»).

Параллельно с антибактериальной, противовоспалительной, органотропной, инфузионно-детоксикационной терапией в комплекс лечения включалось использование аппарата «Плазон».

В основу медицинской технологии положено воздействие на ткани организма отдельно или в их сочетании потока воздушной плазмы для получения хирургических эффектов — коагуляции и

стерилизации раневых поверхностей, испарения и деструкции нежизнеспособных тканей, рассечения биологических тканей, а также потока газа, образованного путем охлаждения воздушной плазмы, который содержит молекулы оксида азота, для получения терапевтического эффекта (NO-терапия) — лечение ран и язв, раневой и сосудистой патологии, воспалительных процессов.

Дерматомная кожная пластика является одним из основных оперативных пособий при травматических дефектах кожи и мягких тканей. Мы смогли выявить ряд особенностей дерматомной пересадки кожи.

Большое значение для получения хороших функциональных и косметических результатов лечения имеет правильный выбор толщины срезаемого кожного лоскута. Если для закрытия ран функционально пассивных областей вполне достаточен лоскут толщиной 0,3-0,4 мм, то для закрытия области суставов используем лоскуты толщиной 0,5-0,6 мм, а на опорных и постоянно подвергающихся механическому воздействию поверхностях (стопа, ладонная поверхность кисти, культя бедер и голеней) используем аутотрансплантаты толщиной 0,7-0,8 мм.

Косметический и функциональный результат зависит также от сроков проведения аутодермопластики: чем раньше выполнено пластическое закрытие раневого дефекта, тем лучше результат лечения.

Одним из примеров эффективности применения аутодермопластики может служить следующий клинический пример.

Клинический пример 1. Больной Б., 1952 г.р., получил ранение в 1985 г. в Республике Ангола в результате попадания реактивного снаряда в кузов автомобиля. Повреждение обеих голеней вторичными ранящими снарядами (осколки кузова, земля, дермантин), которые в настоящий момент отчетливо видны при ультразвуковом исследовании. В результате ранения развились явления посттравматического остеомиелита костей обеих голеней и обширные циркулярные гнойно-некротические раны обеих голеней площадью 750 см на левой голени и 500 см на правой. Неоднократно проходил стационарное лечение в различных лечебных учреждениях, в том числе и в нашем госпитале.

Был доставлен 31 августа 2009 г. в крайне тяжелом состоянии, проводилось комплексное лечение, в том числе и внутрикостное введение антибиотиков, выполнялись этапные некрэктомии.

17.09.2009 г. выполнена операция — свободная аутодермопластика расщепленными лоскутами. Через 20 дней рана полностью

эпителизировалась с хорошим косметическим и функциональным результатом.

Несвободные виды пластики применяли для закрытия раневых дефектов, если были обнажены сухожилие, кость или костный аутотрансплантат после костной пластики, а также для закрытия пролежневых дефектов.

Клинический пример 2. Пострадавший, 1957 г.р., получил травму в результате ДТП 24.10.2009 г. В одной из городских больниц была оказана первая медицинская помощь, 26.10.2009 г. переведен в ВМКЦ с диагнозом обширная скальпированная рана правого лучезапястного сустава, нижней и средней трети правого предплечья с дефектом мягких тканей и повреждением сухожилий 2-3-4-5 разгибателей правой кисти. Открытый перелом лучевой и локтевой костей правого предплечья и костей запястья со смещением отломков и дефектом костной ткани. Состояние после первичной хирургической обработки 24.10.2009 г., металлоостеосинтеза спицами Киршнера.

В день поступления пострадавшему выполнена повторная хирургическая обработка раны, итальянская пластика дефекта кисти и предплечья лоскутом с передней брюшной стенки.

30.11.2009 г. выполнена операция отсечение лоскута с передней брюшной стенки (2-й этап итальянской пластики), рана кисти и предплечья ушита, заживление первичным натяжением.

Пластику местными тканями применяли для закрытия дефектов линейной и овальной формы.

При дефектах различной глубины и локализации мы использовали комбинацию пластических вмешательств. Чаще это было сочетание вторичных швов со свободной и местной кожной пластикой, реже комбинировали свободную и несвободную пластику.

Результаты исследования и их обсуждение

Неосложненное послеоперационное течение после пластических вмешательств, хорошие эстетические и функциональные результаты констатированы нами в 95% наблюдений. Осложнения отмечены в 5% наблюдений: нагноение раны под трансплантатом — 1,3%, некрозы лоскутов при свободных видах пластики — 2,2%, отторжение трансплантатов — 1,5%, из них 0,7% при пластике расщепленным лоскутом и 0,2% при полнослойной кожной пластике. Повторное пластическое закрытие ран было выполнено в 3,3% случаев. Осложнений после повторных операций не было.

Продолжительность лечения после свободной кожной пластики не превышала 16 суток, заживление аналогичных ран без пластического закрытия увеличивает длительность стационарного этапа и общие сроки реабилитации в 2-3 раза. Несвободные методы пластики потребовали более продолжительного стационарного лечения (в среднем 24,7 суток), однако при этом отмечено существенное сокращение амбулаторного этапа и общих сроков реабилитации.

Вывод

Активная хирургическая тактика лечения обширных тканевых дефектов с использованием различных видов пластического закрытия ран позволяет значительно сократить сроки стационарного лечения, улучшить функциональные и эстетические результаты, снизить количество повторных операций и избежать калечащих вмешательств.

Литература

1. Абакумов М.М. Объективная оценка тяжести травмы у пострадавших с сочетанными повреждениями / М.М.Абакумов, Н.В.Лебедев, В.И.Малярчук // Вестник хирургии им. Грекова. — Т. 160. — №6. — 2001. — С. 42-45.
2. Анкин Л.Н. Практическая травматология, европейские стандарты диагностики и лечения / Л.Н.Анкин, Н.Л.Анкин. — М.: Книга-плюс, 2002. — С. 125-172.
3. Балин В.Н. Указания по военно-полевой хирургии / В.Н.Балин, Л.Н.Бисенков, П.Г.Брюсов [и др]. — М., 2000. — 415 с.
4. Басков А.В. Хирургия пролежней / А.В.Басков. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
5. Военная травматология и ортопедия: Учебник / Под ред. В.М.Шаповалова. — СПб.: Морсар, 2004. — 672 с.
6. Горюнов С.В. Гнойная хирургия (атлас) / С.В.Горюнов, Д.В.Ромашов, И.А.Бутищенко. — М.: БИНОМ, Лаборатория знаний, 2004.
7. Иванова Ю.В. Использование СВЧ-излучения в лечении гнойно-воспалительных процессов / Ю.В.Иванова, И.В.Гусак, О.А.Головина / Проблеми військової охорони здоров'я. — Вип. 20. — 2007. — С. 337-343.
8. Масимов М.О. Хирургическая тактика и реконструктивно-восстановительные операции в профилактике и лечении гнойно-некротических осложнений и последствий тяжелой огнестрельной травмы конечностей: Автореф. дисс. ... д.мед.н. / М.О.Масимов. — Нижний Новгород, 2005. — 35 с.