

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ И МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ КИСТИ

Литвинчик А.А., Федоров К. А.

ГУ 432 «Главный военный клинический медицинский центр вооруженных сил Республики Беларусь», Минск, Беларусь

Введение. На сегодняшний день геополитическая ситуация и интенсивные темпы индустриализации в мире просто обязаны привлечь внимание всего врачебного сообщества к вопросу лечения посттравматических дефектов тканей. Актуальной проблемой современной реконструктивной хирургии является вопрос лечения посттравматических дефектов мягких тканей кисти. Тенденция преимущественного использования островковых лоскутов в качестве пластического материала в реконструктивной хирургии вполне объяснима. Эти операции менее трудоёмки и менее рискованны, так как при пересадке таких

лоскутов не требуется наложение микрососудистых анастомозов. Однако осложнения и неудачи при их использовании тоже встречаются, тем более, что показания к их применению имеют общий характер, без учёта окончательного функционального и эстетического результата при конкретной локализации дефекта мягких тканей кисти. Всё вышесказанное и послужило причиной привлечения нашего внимания к практическому использованию комплексного подхода в хирургическом лечении дефектов мягких тканей кисти.

Цель. Изучить и проанализировать ближайшие и отдаленные результаты реконструкции тяжёлых дефектов мягких тканей после огнестрельных и минно-взрывных ранений при использовании комплексного подхода в лечении.

Материалы и методы. За период с 2019 г по 2022 год во 2-ом травматологическом отделении ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ» реконструкция кисти различными несвободными лоскутами была выполнена 6-ти пациентам (5 мужчин и 1 женщина) в возрасте от 31 до 67 лет. Во всех случаях реконструктивные операции выполнялись по поводу посттравматических дефектов после огнестрельного ранения, либо минно-взрывной травмы.

Результаты и обсуждение. Пластика I межпальцевого промежутка задним межкостным лоскутом предплечья была выполнена в трёх случаях. Размеры дефектов варьировали от 3,0 x 5,0 см до 6,0 x 8,5 см. Средняя длина сосудистой ножки лоскута составила 10,1 см. Во всех наблюдениях нами был применён ротационный кожно-фасциальный вариант заднего межкостного лоскута предплечья. У 4-х пациентов донорскую рану закрывали методом аутодермопластики, и в 2-х случаях рану удавалось ушить в линию.

В предоперационном периоде всем пациентам выполняли ультразвуковую доплерографию предплечья для детального понимания сосудистой архитектуры и подтверждения наличия анастомоза задней межкостной артерии с передней межкостной артерией в дистальной трети предплечья. Абсолютно всем пациентам выполнялись и другие исследования (рентгенография, КТ и МРТ) в зависимости от характера патологии кисти и планируемого хирургического лечения. Все операции выполнялись с использованием бинокулярной оптики с увеличением в 3,0 – 3,5 раза и только под эндотрахеальным наркозом. В пяти случаях из шести послеоперационный период протекал гладко, случаев инфицирования не наблюдалось. В одном случае мы столкнулись с осложнением в виде краевого некроза лоскута при его локальной венозной недостаточности. К четырнадцатым суткам у всех пациентов наблюдалось полное приживление лоскута. В отдаленном сроке после операции все пациенты довольны функцией и эстетическим видом кисти.

Выводы.

В лечении огнестрельных и минно-взрывных ранений кисти обязательно должен применяться комплексный подход с детальной подготовкой на каждом из этапов и использованием различных современных реконструктивных методик.

Сложная топографическая анатомия задней поверхности предплечья позволяет сохранить локтевую и кистевую артерии при выделении сосудов

заднего межкостного лоскута. При этом всегда при выделении данного лоскута нужно учитывать вариабельность сосудистой анатомии.

Реконструкция дефектов мягких тканей кисти задним межкостным лоскутом предплечья является одним из альтернативных методов восстановления целостности покровов и функции кисти. В клинической практике нашего отделения этот способ реконструкции является методом выбора у пациентов с тяжелыми посттравматическими дефектами мягких тканей кисти.