

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ КИСТИ

***Бондарь П.Н., Семенюк А.Д., Воронцова С.В.,
Борисенко П.А., Люттик В.А.***

УЗ Брестская областная клиническая больница

EXPERIENCE IN TREATING PATIENTS WITH DEEP TRAUMATIC DEFECTS OF THE HAND

***Bondar P.N., Semenyuk A.D., Vorontsova S.V., Borisenko P.A., Lyutik V.A.**
*Brest Regional Clinical Hospital**

Введение. Удельный вес травм кисти составляет от 26% до 30% среди повреждений опорно-двигательной системы. Особенность повреждений пальцев кисти состоит в том, что лишь резаные, рубленые, а также некоторые лоскутные и ушибленные раны после обработки могут быть закрыты первичными швами. При скальпированных, размозженных ранах с дефектами кожи и мягких тканей с обнажением функционально важных структур, а также многих лоскутных ранах после иссечения заведомо нежизнеспособных тканей остаются дефекты, которые представляются серьезной проблемой для лечения и восстановления нормальной функции пальца. Проблема лечения открытых повреждений является актуальной ввиду сложности операций и длительности восстановления функций кисти. Как известно, функция пальцев определяется следующими параметрами: 1) состояние чувствительности 2) объем движений 3) качество покровных мягких тканей 4) сохранение длины фаланг и пальцев в целом 5) стабильность скелета 6) нормальный болевой порог 7) эстетичность вида 8) состояние ногтевых пластинок. При мягкотканом дефекте теряются как минимум три-четыре пункта из вышеуказанных. Вместе с тем в большинстве лечебных учреждений оказание квалифицированной помощи пострадавшим с дефектами пальцев сводится к первичной хирургической обработке раны с формированием культи на уровне повреждения или к ампутации травмированной части пальца на более проксимальном уровне. При этом страдает функция пальца и кисти в целом. Несмотря на определенные достижения в лечении повреждений кисти с дефектами кожи, эта проблема продолжает оставаться сложной и активно обсуждается в отечественной литературе. Многие авторы подробно описывают технику и результаты отдельных способов закрытия дефектов мягких тканей пальцев кисти, при этом прослеживалась их приверженность каким-то определенным методикам. Также в литературе нет четких алгоритмов, показаний к применению того или иного лоскута в зависимости от уровня повреждения и вида дефекта. Таким образом, на сегодняшний день отсутствуют стандарты лечения данной категории пациентов.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с глубокими травматическими дефектами кисти у пациентов ожогового отделения и

снизить общий срок временной нетрудоспособности путём внедрения в практику пластики ран островковыми лоскутами.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения пациентов ожогового отделения с травмами кисти различной этиологии за период с 2022 г. по 6 мес. 2024 г. Пролечено 27 пациентов, из них по гендерному признаку мужчин - 23 (82,5%), женщин - 4 (14,8%). Средний возраст составил 42 ± 2 года. По нозологии: открытые переломы фаланг пальцев - 8 (29,6%), травматическая ампутация пальцев - 5 (18,5%), открытые раны пальцев - 7 (26%), электротравма - 4 (14,8%), термические контактные ожоги - 2 (7,4%), сдавление кисти - 1 (3,7%). Выполнены следующие оперативные вмешательства: некрэктомия, несвободная пластика паховым лоскутом - 17 (60,7%), некрэктомия, несвободная пластика перекрёстным лоскутом - 5 (17,8%), некрэктомия, несвободная пластика ладонным лоскутом - 1 (3,6%), некрэктомия, пластика перемещённым лоскутом - 1 (3,6%), некрэктомия, пластика островковым лоскутом - 4 (14,3%) (гомодигитальный – 2, тыльно-лучевой – 1, лучевой - 1).

Результаты и обсуждение. Из общего числа пациентов потребовалось этапное оперативное вмешательство с целью отсечения питающей ножки лоскута в 23 случаях, в 9 случаях обезжиривание трансплантата, причём в 3 случаях трижды и в 1 случае дважды, в 2 случаях выполнено иссечение свищей и остеосеквестрэктомии. Из осложнений в послеоперационном периоде отмечены тотальный некроз лоскута – 1 случай, выполнена некрэктомия с формированием культи, частичный некроз лоскута – 3 случая, некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой полнослойным расщепленным трансплантатом, расхождение краев послеоперационной раны – 2 случая, выполнено наложение вторичных швов. Во всех случаях повторных оперативных вмешательств не потребовалось. Средний срок стационарного лечения составил после некрэктомии, несвободной пластики паховым лоскутом - 68 койко-дней (КД), некрэктомии, несвободной пластики перекрёстным лоскутом - 32,2 КД, некрэктомии, несвободной пластики ладонным лоскутом - 35 КД, некрэктомии, пластики перемещённым лоскутом - 46 КД, некрэктомии, пластики островковым лоскутом - 22,7 КД.

Выводы. Таким образом внедрение в практику пластики ран кисти островковыми лоскутами позволило отказаться от этапных операций, сократить срок пребывания пациента в стационаре в связи с быстрым восстановлением функции кисти, отсутствием контрактур пальцев и использовании однотипных тканей для пластики раневых дефектов.