

## ДЕФЕКТЫ КОЖИ ПРИ СВЕЖИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КИСТИ

*Морозов И.Б., Обухов И.А., Лексин С.В., Шаламов И.А.*  
ЦГКБ № 24, г. Екатеринбург

При открытых травмах кисти и пальцев дефекты кожного покрова определяют клинику и прогноз лечения повреждений. Лечение открытых повреждений кисти с дефектами кожного покрова остается сложной проблемой хирургии кисти. Своевременное восстановление кожного покрова позволяет предупредить развитие инфекции, препятствует избыточному образованию рубцовой ткани. Основным мероприятием профилактики развития раневой инфекции является тщательное проведение первичной хирургической обработки и закрытие раны полноценным кожным покровом с применением первичной кожной пластики.

Мы располагаем опытом лечения 380 больных с открытыми повреждениями кисти и пальцев, проходивших лечение в отделении хирургии кисти за последние 10 лет. Всем больным была выполнена первичная кожная пластика. Больные были в возрасте от 18 до 60 лет. Основной причиной травм являлось попадание кисти и пальцев в различные движущиеся механизмы: циркулярные пилы, вальцы, фрезерные станки. У большинства больных (71%) раны локализовались на тыльной стороне пальцев и кисти. Дефектом считалось отсутствие кожи на тыле кисти более 2 см<sup>2</sup>, на тыле пальца, а также на ладонной поверхности кисти и пальцев – более 1 см<sup>2</sup>.

При свежих повреждениях кисти и пальцев нами использовались различные способы первичной кожной пластики: пластика местными тканями, свободная кожная пластика, несвободная кожная пластика из отдаленных участков тела и их комбинации, несвободная кожная пластика васкуляризованными лоскутами. Первичная кожная пластика проводилась по завершению первичной хирургической обработки раны.

Показанием к пластике местными тканями являлись ограниченные дефекты кожи размером до 2 см<sup>2</sup> на пальце и до 6 см<sup>2</sup> на кисти. Кожные лоскуты донорской области, максимально приближенные к реципиентной зоне, обладали наилучшими качественными характеристиками. При пластике местными тка-

ниями происходило наилучшее восстановление чувствительности. В связи с возможностью восстановления чувствительности кожного покрова на пальцах кисти, использовались сохранившиеся кожные лоскуты при условии сохранения сосудистых связей.

Показаниями к свободной кожной пластике, а также комбинированной пластике (свободной и местной) являлись поверхностные дефекты кожи (без обнажения сухожилий, суставов, костей) на ладонной и тыльной сторонах кисти и пальцев.

При обширных ранениях более 5-6 см<sup>2</sup> по ладонной поверхности кисти, и более 2 см<sup>2</sup> на пальце с обнажением сухожилий, суставов, костей проводилась несвободная кожная пластика из отдаленных участков тела с целью закрытия ран кисти, например: «острый» итальянский лоскут, «мостовидная» пластика. В ряде случаев применялась также пластика по Красовитову.

Для замещения дефектов кожи на уровне фаланг использовались тыльные лоскуты с соседних пальцев, обладающие большей надежностью. Донорский дефект закрывался свободным расщепленным кожным лоскутом. Из способов несвободной кожной пластики применяли пластику по Блохину–Конверсу, «острый» стебель Филатова. На уровне дистальной фаланги для сохранения дискриминационной чувствительности пальца использовались способы, предусматривающие перемещение неповрежденных участков кожи на наиболее значимые для функции пальца области. При повреждениях кончиков пальцев применялись пластики местными тканями, расщепленным кожным трансплантатом, лоскутом с пальца на палец, и даже лоскутом с ладони.

Успех кожно-пластической операции определялся продуманным планом лечения, достаточным уровнем оперативной техники и соблюдением условий (полноценной подготовкой раны к кожной пластике, правильным выбором донорского участка).

Ближайшие результаты лечения оценивали по исходу операции. Полное приживление отмечено в 76,6%, наблюдений, частичный некроз – в 18,6%, субтотальный и тотальный некроз – 4,8%. Нагноение раны отмечалось в 4 % наблюдений.

Таким образом, для закрытия дефектов кожного покрова при свежих повреждениях пальцев и кисти требуется дифферен-

цированный подход, определяемый локализацией и глубиной дефекта тканей, площадью и механизмом повреждения. При ограниченных ранениях тыльной поверхности кисти и пальцев наиболее целесообразна пластика местными тканями, при обширных дефектах тыла кисти возможно применение свободной кожной пластики расщепленным лоскутом. При ранах с ограниченным дефектом по ладонной поверхности предпочтительнее использовать пластику лоскутом на питающей ножке.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ В КРИТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ**

*А.Х. Нальгиев, Дорофеев Ю.Н.*

Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень

С 1968 года в клинике оперированы более 1000 больных с повреждениями сухожильно-связочного аппарата. Из них повреждения сухожилий сгибателей в критической зоне было у 800 больных.

При свежих повреждениях сухожилий поперечные разрезы на пальцах расширяли ниткообразно и на ладони производили полуовальный разрез над проекцией поврежденного сухожилия. Поверхностный сгибатель иссекали для уменьшения спаечного процесса и лучшего скольжения глубокого сгибателя. Сухожильные концы глубокого сгибателя выводили в рану на пальце и сшивали атравматично, с использованием монолитных нитей. Из более ста разновидностей сухожильных швов мы предпочитаем внутривольный шов по Кюнео, с дополнительным наложением адаптирующего шва по краям.

Для пластики сухожилий в отдаленные сроки у 190 больных использовали дубликатуру рубца, у 250 больных - поверхностные сгибатели поврежденной кисти, у 260 больных - сухожилия поверхностной ладонной мышцы на данной руке. Транспозиция сухожилия поверхностного сгибателя с поврежденного пальца выполнена у 5 больных.

Аллопластика консервированными сухожилиями в 0,25% формалине выполнена в 150 пациентов, двухэтапная аллотендопла-