

Секция: Медицинские науки

ВАЛЕЕВ МАРАТ МАЗГАРОВИЧ

д.м.н., профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

г. Уфа, Россия

БИКТАШЕВА ЭЛИНА МАРАТОВНА

аспирант кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

г. Уфа, Россия

ГАРАПОВ ИЛЬНУР ЗИННАТОВИЧ

аспирант кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

г. Уфа, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАМЕЩЕНИЯ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ

По данным разных авторов, открытые повреждения кисти составляют от 50 % до 70 % от всех ее травм, а в 6% - 12,5% являются причинами первичной инвалидности из всех травм кисти. Однако при этом ошибки диагностики и выбора тактики лечения при открытых повреждениях кисти встречаются в 28- 75% случаев, приводящих к повторным оперативным вмешательствам, увеличению длительности лечения, ухудшению эстетических и функциональных результатов лечения, а порой даже к инвалидизации. [2, с. 1189; 3, с. 127; 6, с. 22].

Особую группу пациентов с обширными дефектами мягких тканей кисти составляют пациенты с повреждениями первого пальца ввиду особенностей анатомии и значимости последней при функционировании кисти. Несмотря на использование в широкой клинической практике традиционные методы кожной пластики не могут быть использованы при

дефектах мягких тканей кисти, в том числе первого пальца большой протяженности, так как не позволяют полноценно заместить пораженную зону, и ограничивают функциональное и эстетическое восстановление пораженной кисти [1, с. 188; 4, с. 70; 5, с. 115; 7, с. 42; 8, с. 89; 9, с. 52].

Основу настоящей работы составили наблюдения за пациентами с травматической отслойкой, некрозом и обширными дефектами мягких тканей первого пальца кисти, находившимися на лечении в клинике травматологии и ортопедии Башкирского государственного медицинского университета. Всем 96 пациентам выполнены оперативные вмешательства по восстановлению целостности мягких тканей первого пальца островковым кожно-фасциальным лоскутом из бассейна лучевой артерии. Из общего числа пациентов мужчин было 78 (81,3%), женщин - 18 (18,7%). Возраст варьировал от 2 месяцев до 73 лет. Причинами образования обширных дефектов мягких тканей первого пальца кисти были непосредственное травматическое воздействие в виде травматической отслойки мягких тканей (27) и скальпированных ран (18), некрозы мягких тканей (35), инфекционные осложнения первичной хирургической обработки ран, шва сухожилий и остеосинтеза костей (16 случаев).

Размеры использованных лоскутов составили от 3,0 на 2,0 см до 8,0 на 5,0 см. Длина сосудистой ножки составила от 3,0 см до 8,0 см. В 27 случаях закрытие донорских ран осуществляли способом свободной кожной пластики полнослойным лоскутом, которые прижились во всех случаях.

Комплексные обследование позволили определить ранние и поздние симптомы нарушения кровоснабжения травмированного первого пальца кисти. При повреждении одной из парных собственных ладонных пальцевых артерий капиллярный ответ на точечное прижатие, цвет пальца и кровоточивость тканей дистальной фаланги снижаются. На пульсоплетизмограмме амплитуда пульсовой волны снижается более

чем в 2 раза, удельный кровоток тканей снижается в сравнении с контролем на 65 - 80%, температура пальца снижается на 3 - 5°C. При травматической отслойке мягких тканей первого пальца кисти и сохранности одной пальцевой артерии, ввиду некроза и вторичной инфекции мягких тканей наступает угроза вторичного тромбоза сохранившейся пальцевой артерии.

Для реконструкции обширных дефектов мягких тканей первого пальца кисти использовали островковый кожно-фасциальный лоскут из бассейна лучевой артерии предплечья. Лоскуты формировали на дистальной сосудистой ножке с ретроградным кровотоком. В ходе планирования операций считаем обязательным целенаправленное предоперационное обследование на проходимость магистральных артерий оперируемого предплечья и артериальной ладонной дуги кисти.

В сомнительных случаях при интерпретации данных неинвазивных методов диагностики проводили ангиографию магистральных артерий оперируемого сегмента конечности.

Периферическую сосудистую ножку лоскута выделяли до уровня основания I пястной кости. Лоскут ротировали к периферии и замещали дефект мягких тканей первого пальца. Донорский дефект закрывали местными тканями или свободным расщепленным аутооттрансплантатом.

В последующем через 4 месяца выполнено удаление металлоконструкции. При осмотре через 13 лет после травмы кожный покров пальца эстетически приемлем, движения в суставах пальца в полном объеме, все виды захвата кисти сохранены.

Результаты хирургического лечения пациентов с обширными дефектами мягких тканей первого пальца кисти оценивались по следующим параметрам: субъективная оценка пациентов, приживление аутооттрансплантата, его пластические свойства, устранение деформации и контрактуры, качество рубца, их влияния на функцию сочленяющихся

сегментов, степени восстановления трофических свойств покровных тканей, их эластичности, сроки и полноценность восстановления функциональных стереотипов. Исходя из выше перечисленного, положительные результаты лечения отмечены у 87 больных (91%).

Во всех случаях аутооттрансплантаты полностью прижились. В 12 случаях имелись расхождения краев раны и незначительные краевые некрозы аутооттрансплантатов, что не повлияло на исход лечения. В 16 случаях донорские раны зажили вторичным натяжением, что не повлияло на функционирование оперированной конечности. Функциональный и эстетический результат удовлетворяет пациентов.

Островковые лоскуты с антеградным и ретроградным кровотоком часто используются для замещения обширных дефектов мягких тканей различных сегментов конечностей ввиду того, что не требуют с целью васкуляризации навыков микрохирургической техники. Поэтому в последние годы многие хирурги при реконструкции мягких тканей различных сегментов предпочитают в качестве пластического материала использовать ротированные островковые лоскуты с осевым типом кровоснабжения. На кисти наиболее часто используется кожно-фасциальный лоскут на основе лучевой артерии предплечья.

Литература:

1. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия / А.Е. Белоусов // СПб.: Гиппократ. - 1998. – С. 188-192 с.
2. Винник С.В., Пшениснов К.П., Голубев И.О., Афолина Е.А. Покровные дефекты пальцев и кисти. / С.В. Винник, К.П. Пшениснов, И.О. Голубев, Е.А. Афолина // В кн.: Курс пластической хирургии. Рыбинск: Рыбинский дом печати; 2010. с. 1187-1230.
3. Валеев М.М., Гарапов И.З., Бикташева Э.М. Реконструкция функциональных возможностей кисти с травматическим дефектом

- первого пальца на основе микрохирургических технологий / М.М. Валеев, И.З. Гарапов, Э.М. Бикташева // Практическая медицина. - 2015. - № 6. – С. 127 - 129.
4. Голубев И.О., Гришин В.М, Максимов А.А., и др. Задний межкостный лоскут предплечья в реконструкции кисти / И.О. Голубев, В.М. Гришин, А.А. Максимов и др. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2015. - №1. - С. 66-71.
 5. Кутянов Д.И., Родоманова Л.А. Современные принципы и тенденции использования осевых кровоснабжаемых лоскутов в реконструктивной хирургии конечностей / Д.И. Кутянов, Л.А. Родоманова // Травматология и ортопедия России. – 2015. - № 1. – С. 106-117.
 6. Миначов Б.Ш., Валеев М.М. Восстановление и формирование структурно-функциональных стереотипов у больных с дефектом 1 пальца кисти / Б.Ш. Миначов, М.М. Валеев // Травматология и ортопедия России. – 2005. - № 3. – С. 21-25.
 7. Мельников В.С., Коршунов В.Ф., Романов С.Ю., Магнитская Н.Е. Применение островковых и перфорантных лоскутов для замещения дефектов покровных тканей кисти / В.С. Мельников, В.Ф. Коршунов, С.Ю. Романов, Н.Е. Магнитская // Травматология и ортопедия России. – 2014. - № 3. – С. 39-43.
 8. Родоманова Л.А., Кочиш А.Ю. Реконструктивные микрохирургические операции при травмах конечностей / Л.А. Родоманова, А.Ю. Кочиш // Руководство для врачей. СПб.: РНИИТО; 2012. 116 с.
 9. Friedrich J.B., Pederson W.C., Bishop A. T., Galaviz P., Chang J. New workhorse flaps in hand reconstruction / J.B. Friedrich, W.C.Pederson, A.T. Bishop, P. Galaviz, J. Chang // Hand. – 2012. - № 7 (1). – P. 45–54.