С.Н. Березуцкий, В.Е. Воловик

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

ГОУ ВПО ДГМУ Росздрава (г. Хабаровск)

В хирургии кисти особое место занимают сочетанные повреждения пальцев кисти, включающие в себя перелом или дефект кости, сухожилий (чаще разгибателей), кожи и мягких тканей. Эти повреждения чаще всего образуются в результате воздействия, как правило, фрезерного станка или циркулярной пилы, реже — разлетевшимся абразивным кругом «болгарки». Обычно страдают дистальные и средние фаланги пальцев кисти.

На дистальной фаланге при этом еще страдает наполнение подушечки пальца, которая играет большую роль в функции пальца. Нами в доступной литературе не найдено способов реконструкции дефектов дистальных фаланг при таком сочетании. Выполнение только кожной пластики не возмещает дефекта наполнения и косметический результат не вполне удовлетворительный.

Нами предложен способ кожно-костной реконструкции сочетанных повреждений продольного дефекта кости дистальной фаланги и ладонной поверхности подушечки пальца, успешно примененный на практике у 11 больных.

Первым этапом производим костную аутопластику трансплантатом, взятым из дистального метаэпифиза лучевой кости с одноименной конечности, который после его формирования фиксируется тонкой спицей или серкляжным швом в позиции, восполняющем отсутствующую часть возвышения дистальной фаланги.

После восполнения костного дефекта выполняем кожную пластику островковым перемещенным лоскутом на сосудисто-нервной ножке с «прямым» кровотоком, предложенный R. Venkataswami и N. Subramanian в нашей модификации, для гарантированного и достаточного кровоснабжения костного аутотрансплантата во избежание его лизиса. Данный лоскут позволяет сохранить все виды чувствительности лоскута. Лоскут укладывается на фиксированный костный аутотрансплантат и фиксируется швами. После этого выполняется аутопластика ногтевой пластинки.

При сочетанных повреждениях на уровне средних фаланг первым этапом выполняется открытая репозиция отломков, артродезирование или костная аутопластика с фиксацией в оригинальной чрескостной спицевой дистракционной конструкции. Затем осуществляется лоскутная пластика указанным выше лоскутом в единственном варианте либо в сочетании с тыльным фасциальным реверсированным лоскутом. Внешней иммобилизации при этом не требуется.

Таким образом, применения комплексного подхода к лечению сочетанных повреждений пальцев кисти с включением костной аутопластики, репозиции отломков или артродезирования, кожной пластики и замещения дефектов сухожилия и мягких тканей, фиксацией во внеочаговой спицевой дистракционной системе является наиболее адекватной данному виду повреждения и способствует получению приемлемого функционального и эстетического результата.

С.Н. Березуцкий, В.Е. Воловик

ПРОФИЛАКТИКА НАГНОЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРИ ЛОСКУТНОЙ ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

ГОУ ВПО ДВГМУ Росздрава (г. Хабаровск)
ИПКСЗ (г. Хабаровск)
МХО ККБ № 2 (г. Хабаровск)

В связи с широким применением лоскутной пластики при дефектах пальцев кисти особое внимание уделяется профилактике различных осложнений, прежде всего, нагноениям послеоперационных ран.

Устойчивость тканей к нагноению в области операции обусловлена следующими факторами: степенью повреждения тканей, выраженностью нарушения кровообращения, питанием лоскута, обсемененностью раны, щадящей операционной техникой, опытом хирурга, возможностью полноценного закрытия дефекта лоскутом.

В связи с этим приобретает большое значение тщательное выполнение всех компонентов лоскутной пластики при травматических дефектах пальцев кисти.

Во-первых, обязательное применение принципа отсроченной первичной хирургической обработки раны при повреждениях, сопровождающихся размозжением, загрязнением ее краев, позднем обращении больного.

Во-вторых, улучшение или восстановление кровообращения тканей, прилежащих к ране (сосудистая терапия, препараты местного воздействия и т.д.).