

го инструментария и шовного материала, только данные лоскуты воссоздают эстетически приемлемый и функционально пригодный палец.

3. Проведение полноценного, неоднократно-го курса восстановительного лечения в условиях специализированного центра под контролем врача-реабилитолога и хирурга кисти.

При лечении больных данной категории ни в одном случае не было получено гнойного осложнения, все больные вернулись к своей работе.

Таким образом, по нашему мнению, необходимо переключать поток больных с дефектами кожи и мягких тканей дистальных фаланг пальцев кисти, вызванных глубокими различными гнойными процессами, на специализированные отделения хирургии кисти. Только в условиях данного стационара, с применением современных видов кожной пластики дефектов возможно полноценное восстановление анатомии и функции наиболее важной составляющей пальцев кисти.

С.Н. Березуцкий, В.Е. Воловик

ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОЖНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

*Краевая клиническая больница № 2 (Хабаровск)
Институт повышения квалификации сотрудников здравоохранения МЗ РФ (Хабаровск)*

В нашей публикации мы хотели бы остановиться на такой важнейшей составляющей в лечении дефектов дистальных фаланг пальцев кисти, как отсроченная первичная хирургическая обработка ран, принятая в отделении микрохирургии кисти ККБ № 2.

Подавляющее число больных с травматическими дефектами пальцев кисти в отделении оперировано в отсроченном порядке по принятой в клинике методике.

Отсроченная первичная хирургическая обработка ран позволяет четко установить показания и провести в оптимальном варианте восстановление поврежденных анатомических структур кисти на ранних этапах лечения, правильно решить ряд организационных вопросов и значительно снизить инвалидность. Особенно это актуально в условиях регионов Севера и Дальнего Востока с их обширными малонаселенными территориями с плохо функционирующей транспортной инфраструктурой и концентрацией специализированных отделений и подготовленных кадров всего в нескольких городах.

Показаниями к проведению отсроченной первичной хирургической обработки раны больным с травмами кисти, сопровождающихся дефектами дистальных фаланг пальцев мы считали:

1) сомнительную жизнеспособность краев и дна раны, что наблюдается в большинстве рваных, ушибленных, разможенных, скальпированных, укушенных и огнестрельных повреждений;

2) загрязнение ран, полученных острыми предметами, различными производственными и бытовыми веществами;

3) комбинированные повреждения, возникающие от действия механических и термических факторов;

4) позднее обращение пострадавших, или задержка транспортировки, по каким-либо причинам;

5) отсутствие специалистов и помощников, а также условий для проведения операций в отделенных регионах;

6) пожилой возраст пациента, отягощенный анамнез у лиц, требующих специального обследования, подготовки к обезболиванию и длительному оперативному вмешательству;

7) состояние выраженного алкогольного или токсического опьянения, затрудняющих проведение первичной хирургической обработки раны;

8) поступления пострадавших в состоянии шока и лиц с множественными и сочетанными повреждениями, угрожающих жизни.

Метод отсроченной ПХО ран открытых повреждений кисти с дефектом дистальных фаланг кисти состоял из раннего комплекса активных лечебных мероприятий, проводящихся с момента поступления больного с травмой кисти в стационар, и отсроченного радикального оперативного вмешательства, осуществляемого через 3 – 5 суток после травмы.

В задачу ранних мероприятий входила оценка общего состояния больного, характера и тяжести повреждения кисти. Проводились рентгенография кисти, обезбоживание (местное или общее), туалет кожи кисти и предплечья в проточной воде с мылом и стерильными щетками. Осуществлялись обильное промывание раны антисептиками (водный раствор хлоргексидина), края раны обкалывались антибиотиками широкого спектра действия. Иссекались явно нежизнеспособные ткани, проводился гемостаз. Раны закрывались салфетками, обильно смоченные растворами антисептиков. Кисть при всех повреждениях фиксировалась гипсовой шиной в среднефизиологическом положении.

Больного госпитализировали, назначали ему щадящий режим, возвышенное положение конечности, местную холодовую терапию, антибиотики широкого спектра действия парентерально. Для улучшения периферического кровотока по показаниям внутривенно переливались и перорально назначались дезагреганты и спазмолитики.

Профилактические мероприятия раневой инфекции (туалет раны, промывание ее антисептическими жидкостями, обработку кожи вокруг раны, обкалывание краев раны растворами антибиотиков) лечащий врач повторял ежедневно во время проведения перевязки.

При выполнении кожно-пластических операций при дефектах дистальных фаланг пальцев кисти отсроченная первичная хирургическая обработка раны нами была применена у 56 (72 %) больных, поздняя и повторная хирургическая обработка ран — у 5 (6 %) больных с разможенными, рваными, укушенными ранами. Ни в одном случае не было гнойного осложнения.

Применение данной методики позволило нам применять различные сложные восстановительные пластические операции при дефектах дистальных фаланг пальцев кисти с применением микрохирургии без гнойных осложнений.

С.Н. Березуцкий, В.Е. Воловик

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ОСТРОВКОВЫМИ ПЕРЕМЕЩЕННЫМИ ЛОСКУТАМИ НА СОСУДИСТО-НЕРВНОЙ НОЖКЕ С «ПРЯМЫМ» КРОВОТОКОМ

*Краевая клиническая больница № 2 (Хабаровск)
Институт повышения квалификации сотрудников здравоохранения МЗ РФ (Хабаровск)*

При применении современных методов кожной пластики дефектов дистальных отделов пальцев кисти, в частности островковыми перемещенными лоскутами на сосудисто-нервной ножке с «прямым» кровотоком, нами были выявлены следующие возможные осложнения.

1. Рубцовые контрактуры. Причинами развития данных осложнений мы считаем выполнение нерациональных разрезов при выкраивании лоскутов, в особенности в проксимальной их части. Кроме этого, важную роль в развитии контрактур играет отсутствие или недостаточное внимание к проведению восстановительных мероприятий. Лечение данных осложнений заключается в иссечении рубца с выполнением одним из видов кожной пластики, как правило, Z-пластика. Профилактикой данного осложнения является применение рациональных разрезов при выкраивании лоскутов, проведение ранней лечебной физкультуры, применение редрессирующих шин, назначение физиолечения.

2. Некрозы лоскута, полные или частичные. Причинами данного осложнения являются: повреждение сосудистой ножки во время операции, тромбоз сосудов при их травматичном выделении, гипоплазия артерии. Лечение заключается в консервативном или оперативном удалении некроза с последующим лечением под повязками или выполнении одного из альтернативных видов кожной пластики. Профилактикой служит бережное и внимательное отношение к тканям во время операции, хорошее знание анатомии, дооперационная оценка сосудистого русла.

3. Ишемические расстройства лоскутов. Причинами также являются повреждения сосудов во время операции, их недоразвитие, варианты анатомии, недооценка степени кровоснабжения в русле той или иной артерии. Лечение данных осложнений заключается в назначении спазмолитиков, дезагрегантов, проведении физиолечения, назначении фраксипарина, снятие сдавливающих швов, противоотечная терапия. Профилактикой ишемии лоскутов является применение рациональных разрезов при выкраивании лоскутов с учетом кровоснабжения пальца, использование доминантных артерий пальца, деликатная оперативная техника, оставление достаточной паравазальной клетчатки, использование микрохирургического инструментария, достаточный опыт хирурга.

Таким образом, профилактика осложнений во время проведения кожной пластики при травматических дефектах дистальных фаланг пальцев кисти может быть обеспечена следующими путями.

С одной стороны, необходимо создание условий для успешного применения кожной пластики, с другой, само применение современных методов кожной пластики является гарантом профилактики осложнений.

Для успешного применения кожной пластики необходимы следующие условия.

1. Проведение отсроченной первичной и этапной хирургической обработки раны по показаниям.
2. Безусловное выполнение всех принципов хирургической обработки раны.
3. Применение микрохирургической техники.
4. Рациональная антибактериальная терапия.