

© И. И. Бычков, 2012
УДК 616.5-001.4-002-089.844

И. И. Бычков

ПЛАСТИКА ЛОСКУТАМИ С ОСЕВЫМ ТИПОМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЙ

ГБУЗ Архангельской области «Котласская центральная городская больница им. святителя Луки (В. Ф. Войно-Ясенецкого)» (главврач — И. Н. Есаулова)

Ключевые слова: пластика, лоскуты с осевым кровоснабжением, некрозы, профилактика инфицирования, сосудистые протезы.

Гнойная инфекция ран с контаминацией сосудистых протезов после реконструктивных сосудистых операций создает реальную угрозу потери конечности и жизни. Летальность при этих осложнениях, по данным различных авторов, составляет от 2,3 до 14,2% [4].

Для предупреждения инфицирования сосудистого протеза при некрозе с начальными проявлениями нагноения раны в настоящее время принята активная хирургическая тактика, которая включает в себя раннюю хирургическую обработку, аспирационно-промывное дренирование, внеочаговое шунтирование протезами с антимикробным покрытием [3–5, 7]. Вместе с тем, при обширном дефекте мягких тканей после некрэктомии для закрытия сосудистого протеза может быть необходима кожная пластика сложным лоскутом с осевым кровоснабжением. Пластика лоскутами с осевым типом кровоснабжения широко применяется в травматологии и ортопедии для закрытия обширных ран и купирования воспаления с целью сохранения массивного имплантата [6, 8]. Есть предложение использовать транспозицию лоскутов с осевым типом кровоснабжения для закрытия магистральных сосудов и устранения опасности аррозивного кровотечения [2].

В настоящем сообщении представлен анализ двух наблюдений, в которых с целью купирования воспаления послеоперационной раны и предупреждения инфицирования сосудистого протеза и зоны анастомоза с артерией использована кожная пластика лоскутами с осевым типом кровоснабжения.

1. Больной Н., 50 лет, выполнена операция: пластика поверхностной бедренной артерии трансплантатом из большой подкожной вены бедра по поводу множественного сквозного ранения (26.02.2009 г.). Послеоперационный период осложнился распространенным глубоким некрозом послеоперационных ран в области бедренного треугольника и в области взятия аутовенозного трансплантата на внутренней поверхности в средней трети бедра (рис. 1, а).

Через 2 нед выполнена вторичная хирургическая обработка обеих ран. Дефект мягких тканей в области бедренного треугольника площадью 12×6 см замещен паховым

кожно-фасциальным лоскутом, расположенным в бассейне поверхностной огибающей подвздошную кость артерии [1]. После определили центральную ось лоскута, т. е. направление поверхностной огибающей подвздошную кость артерии. Это линия, соединяющая верхнюю переднюю подвздошную ость и точку, расположенную на 3–4 см ниже паховой связки по ходу бедренной артерии. Двумя параллельными разрезами по 3 см по обе стороны от центральной оси лоскута выделен кожно-фасциальный лоскут размером 15×6 см. Лоскут ротирован на 90° и перемещен на дефект. Донорский дефект зашит первично (рис. 1, б). Дефект на внутренней поверхности средней трети бедра площадью 13×6 см закрыт вторичными швами и дерматомным расщепленным лоскутом через 3 нед. Течение раневого процесса — без осложнений. Воспаление купировано, кровообращение в конечности не нарушено, достигнуто полное восстановление кожного покрова в области операционных ран. Пациентка выписана на амбулаторное лечение через 48 сут.

2. Больной С., 34 года, доставлен в больницу санитарным транспортом 26.07.2009 г. через 8 ч после падения с мотоцикла с рваной раной в левой паховой области и некомпенсированной ишемией левой нижней конечности. Выполнено протезирование подвздошно-бедренного сегмента синтетическим протезом в связи с ушибом и тромбозом подвздошной артерии.

Послеоперационный период осложнился лимфореей и некрозом краев послеоперационной раны площадью 6×4 см (рис. 2, а).

Через 2 нед выполнена операция: хирургическая обработка послеоперационной раны с пластикой дефекта кожно-мышечным лоскутом, включающим напрягатель широкой фасции бедра [1]. В условиях спинальной анестезии иссечены края послеоперационной раны до протеза с обильным промыванием растворами антисептиков и вакуумированием. Образовавшийся дефект площадью 8×5 см над протезом закрыт кожно-мышечным лоскутом на напрягателе широкой фасции бедра. Выкраивание лоскута выполнено с включением в лоскут широкой фасции бедра разрезом от наружного края послеоперационного дефекта до средней трети бедра по линии, соединяющей верхнюю переднюю подвздошную ость с наружным краем надколенника. Затем разрез продолжен назад, и в проксимальном направлении до большого вертела по линии, соединяющей головку малоберцовой кости и большой вертел, выделен кожно-фасциальный лоскут на напрягателе широкой фасции без верифицирования сосудистого пучка размером 15×6 см. Лоскут перемещен на дефект с ротацией кпереди на 90°. Донорская рана зашита первично (рис. 2, б). Аспирационно-промывное дренирование проводилось в течение 7 сут. Антибактериальная терапия выполнялась с учетом результатов бактериологического исследования: *Klebsiella*



Рис. 1. Пластика кожно-мышечным лоскутом из бассейна поверхностной огибающей подвздошной артерии у больного Н., 50 лет.

а — краевой некроз послеоперационных ран в бедренном треугольнике и в средней трети бедра; *б* — транспозиция пахового лоскута в область бедренного треугольника с оставлением открытой раны в средней трети бедра.



Рис. 2. Пластика кожно-мышечным лоскутом, включающим напрягатель широкой фасции бедра, у больного С., 34 лет.

а — некроз с расхождением краев послеоперационной раны в паховой области, отмечены границы планируемого лоскута на напрягателе широкой фасции бедра; *б* — транспозиция лоскута, включающего напрягатель широкой фасции бедра.

чувствительная к меропенему и цефоперазон/сульбактаму. На фоне внутривенного введения меропенема по 1 г 3 раза в сутки в течение 10 сут лимфорей из раны прекратилась. Достигнуто заживление без расхождения краев раны, швы сняты через 2 нед. Пациент выписан на амбулаторное лечение через 40 сут. В настоящее время работает кочегаром.

В нашем сообщении мы обращаем внимание на ситуацию, когда успешно выполненные реконструктивные сосудистые операции на магистральной артерии осложнились обширным некрозом послеоперационной раны с угрозой инфицирования сосудистого протеза. Использование лоскутов с осевым типом кровоснабжения в рамках комплексного хирургического лечения позволило успешно купировать воспаление, закрыть раневой дефект и предотвратить инфицирование сосудистого протеза.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Белоусов А. Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия: Руководство для врачей. СПб.: Гиппократ, 1998. 744 с.
2. Кичемасов С. Х., Кочиш А. Ю. Топографическое обоснование и клиническое использование переднелатеральных сложных кожных лоскутов бедра // Вестн. хир. 1991. № 3. С. 74–79.
3. Леменов В. Л., Щербюк А. Н., Михайлов И. П. и др. Реконструктивные операции при ранениях магистральных артерий и вен // Хирургия. 1998. № 10. С. 12–14.
4. Михайлов И. П., Леменов В. Л. Лечение гнойных осложнений после реконструктивных сосудистых операций синтетическими протезами // Хирургия. 1998. № 10. С. 54–57.
5. Николенко В. К. Оперативное лечение огнестрельных ранений сосудов // Врач. 1995. № 5. С. 23–25.
6. Пшениснов К. П., Даниляк В. В., Ключевский В. В. Мио-пластика лоскутами с осевым кровоснабжением при инфекционных осложнениях эндопротезирования тазобедренного сустава // Вестн. травматол. и ортопед. 1998. № 4. С. 32–36.
7. Ратнер Г. Л., Август В. К. Хирургическое лечение гнойных осложнений при пластике кровеносных сосудов // Вестн. хир. 1981. № 4. С. 73–75.
8. Тихилов Р. М., Кочиш А. Ю., Родоманова Л. А. и др. Современные тенденции пластики лоскутами с осевым типом кровоснабжения на нижней конечности // Вестн. травматол. и ортопед. 2007. № 2. С. 71–75.

Поступила в редакцию 15.02.2012 г.