

тельно полукольца, устраняем смещение акромиального конца ключицы вверх относительно акромиального отростка лопатки с последующей фиксацией в этом положении в течение 6 недель без какой-либо дополнительной иммобилизации на весь срок лечения.

Описанный метод лечения рекомендуем использовать при свежих (до 5 суток) повреждениях акромиально-ключичного сочленения.

Таким образом, предложенная методика существенно дополняет известные способы малоинвазивной хирургии повреждений акромиально-ключичного сочленения, позволяя сократить длительность медицинской и социальной реабилитации.

В.В. Юркевич, Р.С. Баширов, В.В. Подгорнов, А.В. Пекшев, Г.А. Казаев, С.А. Серяков

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАНСПОЗИЦИЙ И ТРАНСПЛАНТАЦИЙ КРОВΟΣНАБЖАЕМЫХ КОМПЛЕКСОВ ТКАНЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ КИСТИ И СТОПЫ

Военно-медицинский институт (г. Томск)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить преимущества транспозиций кровоснабжаемых лоскутов предплечья, голени и стопы по отношению к трансплантации комплексов тканей из отдаленных участков человеческого тела при лечении обширных глубоких дефектов тканей кисти и стопы.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

С использованием кровоснабжаемых комплексов тканей оперировано 246 пострадавших с обширными дефектами покровных тканей, нередко в сочетании с остеомиелитом костей стопы и кисти. Из них 39 больным выполнена пересадка кровоснабжаемых трансплантатов из отдаленных участков человеческого тела (лучевой, локтевой, торакодорсальный, паховый, лопаточный, тыльный, дельтовидный) и 207 — транспозиции лоскутов предплечья и стопы.

При их сравнении были выявлены следующие преимущества оперативных вмешательств с использованием транспозиции лоскутов предплечья, голени и стопы перед трансплантацией комплексов тканей из отдаленных участков человеческого тела.

1. Отсутствие микрососудистого этапа при транспозиции лоскутов значительно сокращало время операции и риск возникновения инфекционных осложнений.
2. Наличие чувствительной иннервации в ряде лоскутов, в частности, стопы, предупреждало развитие нейротрофических язв и повышало устойчивость их к механической нагрузке.
3. Структура кожи лоскутов чаще всего соответствует текстуре кожи реципиентной области, что особенно важно на стопе, и потому она более устойчива к механической нагрузке, чего нельзя сказать о структуре тканей из отдаленных участков человеческого тела.
4. Низкая частота повторных оперативных вмешательств по поводу тромбозомболических осложнений со стороны комплексов тканей, которые возникают после микрохирургических операций, что связано с наложением микрососудистых швов, в сравнении со свободной их пересадкой.
5. Возможность включения в лоскуты стопы (медиальный подошвенный, тыльный) костного трансплантата с целью возбуждения остеогенеза в перемещенных тканях в костной полости.
6. Не наносилась дополнительная травма и связанные с этим функциональные нарушения конечностям-донорам, в частности, предплечью, связанные с забором комплекса тканей.
7. Отсутствие косметического дефекта тканей в отдаленных частях человеческого тела, т.е. в донорской области, в частности, на предплечье.

ВЫВОДЫ

1. Применение транспозиции лоскутов предплечья, голени и стопы при лечении последствий огнестрельной, механической и термической травм кисти и стопы имеет ряд существенных преимуществ перед трансплантацией свободных комплексов тканей из отдаленных участков человеческого тела, поэтому при равных условиях предпочтение следует отдавать транспозиции кровоснабжаемых лоскутов.
2. Основными противопоказаниями для использования лоскутов предплечья, голени и стопы являются повреждения магистральных сосудистых пучков предплечья и голени или артериальных дуг кисти и стопы как в отдельности, так и в различных их сочетаниях. В подобных случаях трансплантация свободных кровоснабжаемых комплексов тканей с осевым типом кровоснабжения из отдаленных участков человеческого тела является показанием для подобного рода операций.