

**ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С ТКАНЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ
ПРИ РЕГИОНАРНОЙ ТЕРАПИИ**

А.И. Шевела – докт. мед. наук, профессор
ЦНМТ,

А.М. Королева – канд. мед. наук,

М.В. Казарезов – докт. мед. наук,
НПО “БРИЗ”,

В.А. Головнев – докт. мед. наук, профессор
НГМУ,

Д.В. Морозов – канд. мед. наук
ГКБ№1,

П.А. Елясин – ст. преподаватель
НГМУ, г. Новосибирск, Россия

Изучено 574 больных с тканевыми дефектами. Сравнительные результаты оперативного лечения группы больных с использованием регионарной инфузии с группой больных без нее, убедительно показали высокую эффективность применения регионарной терапии.

Пластическая хирургия вошла в хирургическую практику и определилась как самая необходимая дисциплина в восстановительной хирур-

гии повреждений, последствий травм органов опоры и покрытия. На каждый вид дефекта необходим свой вид пластической операции. Уста-

новлено, что при наличии рубцовых изменений воспринимающего ложа происходит угнетение кровообращения пересаженного лоскута, особенно некротизированного, а возможен и его некроз [1–3]. Каждый лоскут приживается путем прорастания микрососудов как со стороны ложа замещенного дефекта, так и пластического материала. Последний подбирается в зависимости от характера дефекта и состояния кровообращения в планируемом для замещения лоскуте [4–6].

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 185 больных с инфицированными дефектами конечностей, 147 (62 – инфицированные) – с костными дефектами, 131 – с рубцовыми контрактурами и 111 пациентов с келоидными рубцами.

Всем им выполнена пластика или в отдельности, или в комбинации: свободная кожная пластика – 148; пластика перемещенными лоскутами – 118; пластика лоскутами на питающей ножке – 132, свободная пластика на микрохирургическом анастомозе – 29, костная пластика свободным аутоотрансплантатом – 147.

Одномоментное замещение инфицированного костного и мягкотканого дефектов осуществлено 39 больным по предложенной нами схеме. Катетеризируется артерия и начинается введение инфузата. При неактивно текущем воспалительном процессе проводится хирургическая обработка раны с замещением костного дефекта аутоотрансплантатом, а мягкотканого – лоскутом на питающей ножке, при активном – хирургическая обработка (некрсеквестрэктомия) с наложением швов на рану. После первичного заживления раны оперируют вновь (через 12–14 суток). В зависимости от локализации и величины дефекта используются аутоотрансплантаты из гребня подвздошной кости (для плеча, голени, бедра) и из малоберцовой кости (для ключицы и костей предплечья).

Для иллюстрации приведем историю болезни пациента А. 35 лет. После автодорожной травмы он длительно лечился в условиях ЦРБ по поводу открытого оскольчатого перелома костей левой голени, где выполнена первичная хирургическая обработка раны, которая заживала вторичным натяжением. Через 10 месяцев от момента травмы больной госпитализирован в нашу клинику.

На передней поверхности левой голени кожа блестящая с цианотичным оттенком, послеоперационный рубец со свищами в центре, серозно-гнойное отделяемое. В нижней трети на уровне свищей – патологическая подвижность.

На рентгенограмме костные отломки большеберцовой кости не соприкасаются. Костная ткань отломков уплотнена, местами имеются очаги разряжения неправильной формы, Репаративный процесс подавлен.

Диагноз. Инфицированный атрофический ложный сустав, хронический посттравматический остеомиелит левой голени, свищевая форма.

Оперирован. Катетеризирована бедренная артерия и начато введение антибиотиков в составе инфузата. Проведена секвестрнекрэктомия с санацией очага. Взят трансплантат из гребня подвздошной кости и распилен на фрагменты толщиной 2–3 мм, последние поднадкостнично уложены вокруг большеберцовой кости с перекрытием очага некротизации. Образовавшийся дефект замещен лоскутом на питающей ножке, выкроенным с противоположной голени. Гипсовая иммобилизация – фигурной повязкой. Заживление ран первичное. Через месяц питающая ножка стебля отсечена. Наложена циркулярная гипсовая повязка и на рентгенограмме через 3,5 месяца определяется четкая консолидация ложного сустава. Среди больных, леченных с использованием костной пластики, основную группу составляли пациенты с псевдоартрозами и костными дефектами. Использование регионарной терапии позволило проводить реконструктивно-восстановительные операции, не считаясь со сроками от момента ликвидации гнойно-воспалительного очага.

Выбор способа пластического замещения дефекта после устранения рубцовых контрактур зависел от мобильности рубца, его распространенности, а выбор способа пластики при устранении контрактуры – от степени ее развития. При наличии мобильного рубца использовались местные ткани.

Для иллюстрации приведем историю болезни больной К., 16 лет. Она получила глубокий ожог в пятилетнем возрасте. Более года находилась на лечении в районной больнице. Через несколько лет девочка почувствовала нарушение возможности разгибания и движения головы и рук. Госпитализирована и оперирована. Рассечены и иссечены грубые рубцы, пластика дефектов перемещенными треугольными лоскутами. Устранены контрактуры шеи и плечевых суставов.

Опыт использования пластических приемов показал, что грубые рубцы необходимо иссекать и замещать лоскутами на питающей ножке или полнослойным кожным лоскутом, не используя его при оголенных костях и сухожилиях.

В лечении больных с келоидными рубцами и различными деформациями мы руководствовались локализацией и распространенностью келоида.

При ограниченных рубцах и небольших функциональных нарушениях после иссечения келоида применяли пластику перемещенными кожными лоскутами, а при обширных – лоскутом на питающей ножке или свободным кожным лоскутом.

Приведем пример. Мальчик Ч., 13 лет, поступил в клинику с келоидными рубцами. В области лицевой части головы – грубый плотный розово-багрового цвета рубец. Оперирован. Иссечены рубцы с устранением контрактуры шеи. Образовавшийся тканевой дефект, 10 на 25 см, замещен свободным полнослойным кожным лоскутом. Голова фиксирована съемным гипсовым воротником в положении максимального разгибания. Как считают [7–10], причиной рецидива келоида является оставление рубцовой ткани при ее иссечении.

При распространенных келоидах использованы лоскуты на питающей ножке. Важным для предотвращения рецидива было их радикальное иссечение. При морфологическом исследовании краев раны после иссечения келоидов в 12,3% выявлены остатки келоидного рубца, послужившие в последующем источником для развития рецидива болезни [11]. Понятно, что радикальность сопряжена с расширением площади иссеченного рубца и его замещения целесообразной тканью.

Придавая значение радикальности иссечения келоидного рубца, мы использовали любой вид кожной пластики, позволяющий заместить дефект без натяжения краев раны и предотвратить возможность инфекционного осложнения в послеоперационном периоде. Наиболее эффективным оказалось замещение дефектов лоскутом на питающей ножке.

С расширением пластических приемов в хирургической практике повысилась эффективность исходов у больных с осложненным течением.

Показатели хороших и удовлетворительных результатов при регионарной терапии значительно выше по сравнению с результатами лечения без ее использования.

О пользе применения регионарной терапии свидетельствуют сравнительные данные течения послеоперационного периода и повышения активности репаративных процессов, выявленных клинически и подтвержденных морфологическим исследованием.

Использование регионарной инфузии при инфицированных тканевых дефектах позволяет достичь улучшения результатов пластических операций при их замещении.

Выводы. 1. Пластическая хирургия является важным разделом восстановительной хирургии в реабилитации больных с тканевыми дефектами.

2. Регионарная инфузия выполняет не только антибактериальную роль, но и восстанавливает микроциркуляторные и стимулирует репаративные процессы за счет активизации тучных клеток вводимыми в артерию градиентами (гепарин), с обеспечением ранних пластических операций.

3. Проведенное исследование убедительно показало целесообразность и необходимость использования регионарной инфузии для ускорения процесса реабилитации больных с инфицированными тканевыми дефектами.

Литература

1. Белоусов А.Е., Ткаченко С.С. Микрохирургия в травматологии. – М.: Ленинград. отделение, 1988. – 224с.
2. Fisher J., Wood M.B. Late necrosis of a latissimus dorsi free flap. // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1984. – Vol. 74. – №2. – P. 274–278.
3. Krag C., Hesselheldt-Nielstn J., Gothgen I. Late patency of clinical microvascular anastomoses to free composite tissue transplantats: Hemodynamical aspects. // *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.* – 1985. – Vol. 19. – №1. – P. 73–79.
4. Carriquiry C., Costa A., Vasconez L.O. An anatomic study of the septocutaneous vessels of the leg. // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1985. – Vol. 76. – №3. – P. 354–361.
5. Fischer M.D., Gustilo R.B., Varecka T.F. The timing of flap coverage, bone-grafting, and intramedullary nailing in patients who have a fracture of the tibial shaft with extensive softtissue injury // *J. Bone Jt. Surg.* – 1991. – V. 73-A. – №9. – P. 1316–1322.
6. Nakajima H., Fujino T., Adachi S. A new concept of vascular supply to skin and classification of skin flaps according to their vascularization // *Ann. Plast. Surg.* – 1986. – Vol. 16. – №1. – P. 1–17.
7. Королева А.М., Казарезов М.В., Головнев В.А., Кузусев А.В. Предварительные данные о причинах развития рецидивов келоидов и их профилактика // *Косметология 2001: Сб. тр. научн.-практ. конф.* – Новосибирск, 2001. – С. 21–22.

8. *Павлова М.Н.* Морфогенез келоидных рубцов у ожоговых больных: Дис. ... докт. мед. наук. – М., 1970. – С. 32.
9. *Сизов В.М.* О механизме образования патологических рубцов // Клиническая хирургия. – 1990. – №3. – С. 51–53.
10. *Таганов А.В.* Лечение келоидных рубцов у детей СВЧ-криогенным методом и его клинико-морфологическое обоснование: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999.
11. *Королева А.М.* Оперативное лечение больных с келоидными рубцами, оценка результатов и выбор оптимального способа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Барнаул, 2002. – 19 с.