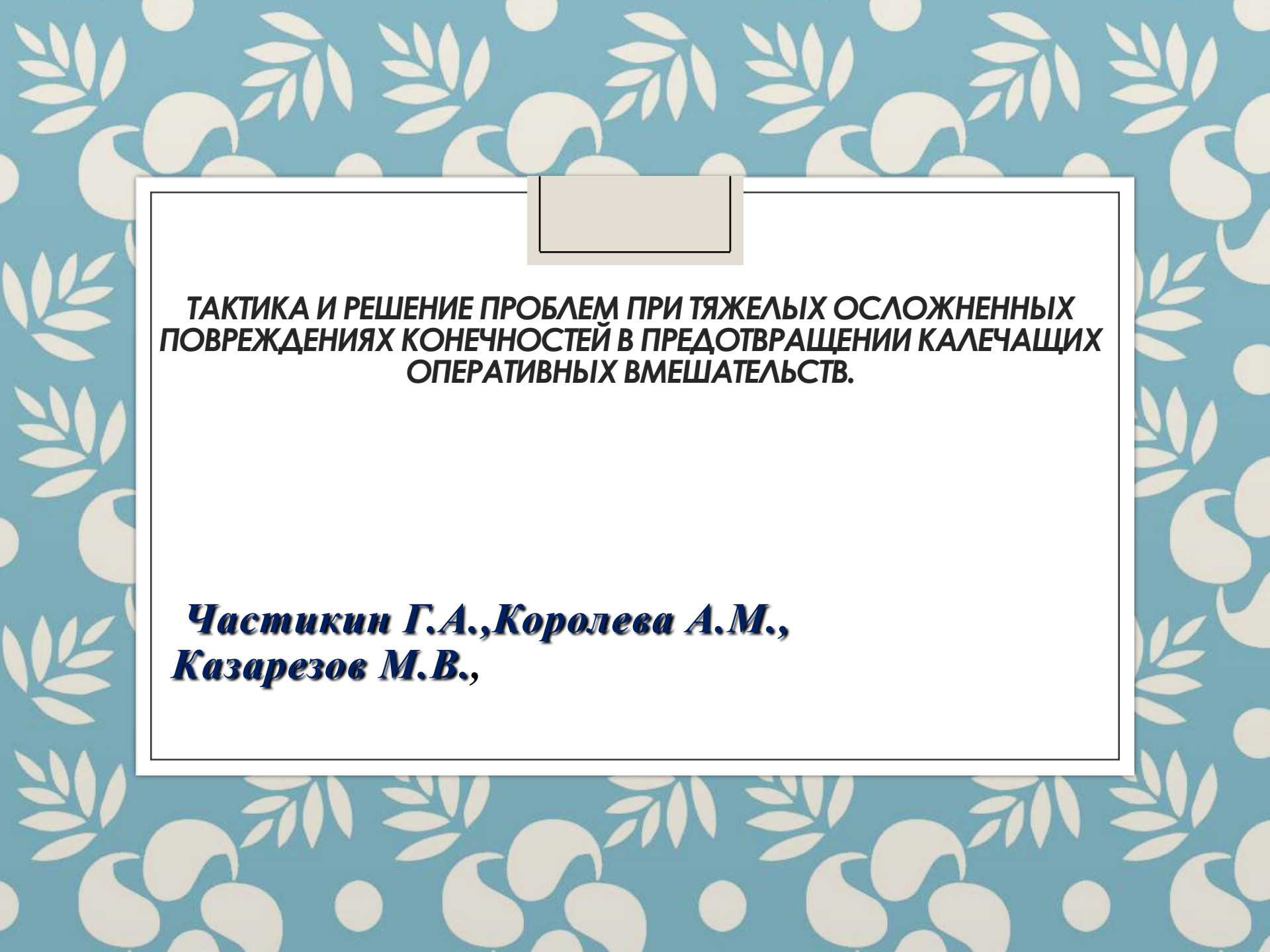


**ГБУЗ НСО НКЦРБ  
Новосибирский национальный исследовательский  
государственный университет  
Кафедра хирургии**





**ТАКТИКА И РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕННЫХ  
ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ КАЛЕЧАЩИХ  
ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.**

***Частикин Г.А., Королева А.М.,  
Казарезов М.В.,***

- В настоящее время, характер повреждений ужесточился не только в условиях военных действий, но и в мирной жизни, когда автодорожные травмы имеют массовый характер. Возникает все больше проблем в сохранении поврежденной конечности, а исход определяется, в большинстве случаев, уровнем квалификации врача встретившего пострадавшего.
- В экстренной ситуации очень важно оценить характер повреждения мягких тканей, их жизнеспособность, для возможности использования при замещении тканевого дефекта.

- **Травматические повреждения конечностей, сопровождающиеся инфицированными дефектами и некрозом, занимают значительное место в структуре всех повреждений, о чем неоднократно отмечалось в работах многих авторов.**

***Основными из них являются:***

- **обширные инфицированные раны**
- **посттравматический остеомиелит с дефектами тканей,**
- **инфицированный ложный сустав**
- **огнестрельные переломы, травматические ампутации, размозжение и раздавливания мягких тканей, глубокие ожоги и отморожения конечностей.**
- **А проблемы их восстановления не решены**

- Основными критериями отнесения пациентов к группе тяжелых осложненных повреждений, были: явное отторжение или некроз сегмента, или имеющиеся тяжелые осложненные переломы, при которых пациенту на этапах эвакуации и, даже в специализированных условиях предлагалась ампутация конечности.

➤ **дифференцированный подход к тактике лечения больных с инфицированными дефектами сегментов конечностей в зависимости от остроты воспаления:**

**а) при экстренной травме (когда больной доставляется в течение 24 часов после повреждения) выполняется хирургическая обработка с полным восстановлением костных и мягкотканых дефектов в условиях регионарной внутриартериальной антибиотикотерапии**

**б) при хроническом характере воспаления в ране возможна одномоментная некрсеквестрэктомия и замещение дефектов тканей;**

**в) при остром характере воспаления в ране вначале осуществляется некрсеквестрэктомия, регионарная внутриартериальная антибиотикотерапия, а через 10-14 суток – реконструктивно-пластическая операция;**

**➤ замещение больших мягкотканых дефектов в области травматического повреждения нижних конечностей, расположенных особенно в дистальных отделах, кожно-подкожно-фасциальным лоскутом по типу Филатовского стебля, длиной, достигающей 40-50 см.**

**49 пациентов с инфицированными дефектами сегментов конечностей лечились с использованием технологии, составными частями которой являются:**

- расширение возможностей оперативных вмешательств и применение различных методов пластики, благодаря подготовки раневой поверхности с помощью регионарного внутриартериального введения антибиотиков и ряда других препаратов;**

**I группа –**

*18(36,7%) - больные, поступившие с тяжелым открытым повреждением в течение 24 часов от момента травмы, с микробной контаминацией раны;*

**II группа -**

*18(36,7%) - больные с острым гнойно-воспалительным процессом;*

**III группа -**

*13(26,6%) - больные с хроническим гнойно-воспалительным процессом.*

**Все больные из первой группы при поступлении были оперированы. Им проводилась катетеризация магистральной артерии и вводился стандартный состав, который включал: антибиотик, новокаин, гепарин, спазмолитик. Затем им выполнялась первичная хирургическая обработка с полным объемом реконструктивно-пластических операций. Инфузионная терапия продолжалась до исключения возможных воспалительных осложнений, или завершения лечения в стационаре.**

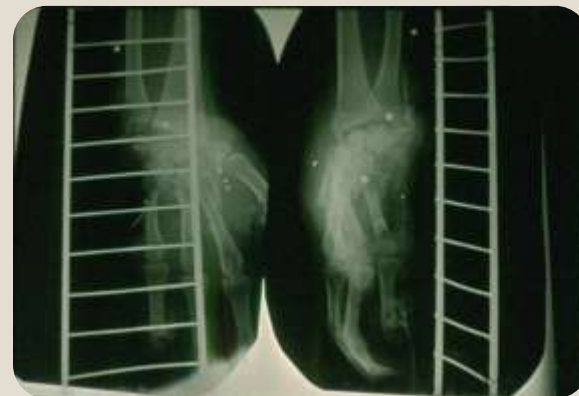
# *Иллюстрация лечения больных первой группы*



**Вид руки при поступлении**



**Вид руки при поступлении**



**Рентгенограмма**

**Диагноз. Огнестрельный перелом локтевой кости, перелом костей запястья и 2,3,4 пястных костей, отчленение пятой пястной кости и 5 пальца, отчленение 4 пальца на уровне проксимальной фаланги. Повреждение локтевой артерии и нерва, дефект тканей дистального отдела предплечья, лучезапястного сустава и кисти, повреждение сухожилий сгибателей и разгибателей.**

- **Выполнена катетеризация плечевой артерии и начато введение антибиотиков, первичная хирургическая обработка раны, остеосинтез пястных костей, шов сухожилий по Розову, пластика тканевого дефекта спаренным лоскутом.**

# *Результат лечения*



**Рука пациентки, 16 лет через 12 суток после пластики дефекта спаренным лоскутом**



**Ладонная поверхность кисти пациентки, 16 лет через два месяца после пластики**



**Тыл кисти пациентки, 16 лет через два месяца после пластики**

*У всех пациентов, поступивших по экстренным показаниям, удалось сохранить поврежденный сегмент конечности.*

- Больной С. 28 лет Во время работы левая нога была зажата тросом подъемного крана. В результате произошло отторжение кожи с подкожно-жировой клетчатки от 1/3 бедра, до голеностопного сустава. На рентгенограмме голени: перелом обеих костей в нижней трети. На фоне противошоковой терапии, катетеризирована бедренная артерия и начато введение инфузата. Выполнена первичная хирургическая обработка раны ноги с отсечением кожно-подкожного фрагмента и остеосинтез б/берцовой кости накостной пластиной. Отсеченный кожно-подкожный лоскут распластан на операционном столе и с помощью дерматома взят расщепленный в 3/4 трансплантат, который спиралевидно уложен на рану. Пересаженные трансплантаты прижили. На рисунке вид ноги через неделю после пластики.



**В лечении больных из второй группы санация гнойного очага и удаление некротических тканей проводилась под прикрытием регионарной инфузии, через 12-15 суток им выполнялись реконструктивно-пластические операции.**

**Диагноз. Открытый перелом наружного надмыщелка плеча, перелом локтевой кости со смещением отломков, вывих головки лучевой кости, обширная инфицированная рана (дефект) от В/3 плеча на 2/3 окружности руки с отчленением 5 пястной кости с 5 пальцем. Острая флегмона.**



**Рука больного,  
23 лет, при  
поступлении в  
клинику**



**Наложение  
дистракционного аппарата  
пациенту, 23 лет**



**Результат  
лечения  
пациента, 23  
лет**



**Рука пациента,  
23 лет, в ходе  
лечения**

**Пример больного, 22-х лет, который поступил в клинику с диагнозом: открытый краевой перелом (дефект большеберцовой кости на 2/3 длины и ширины) с обширным повреждением мышц голени и сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев стопы левой голени. Синдром длительного сдавления, острый остеомиелит левой голени.**

**На рентгенограмме при поступлении: дефект большеберцовой кости на 2/3 диаметра и более 2/3 длины от верхней трети до внутренней лодыжки.**



# *Пластика с помощью длинного Филатовского стебля*



**Момент выкраивания  
лоскута**



**Формирование  
длинного  
Филатовского стебля**



**Шаг проксимальной  
ножки длинного  
Филатовского стебля**

*Через 45 суток с момента выкраивания стебля, после иссечения рубцовых и нежизнеспособных тканей, образовавшийся дефект в области стопы и голеностопного сустава, был замещен распластанным проксимальным концом стебля.*



**Отсечение питающей ножки и распластывание стебля на дефекте голени больного, 22 лет.**



**Вид голени больного, 22 лет после операции**

**У больных третьей группы хроническая инфекция приводила к глубоким дегенеративным изменениям с последующими трофическими нарушениями. Продолжительный инфекционный процесс в зоне перелома усугублял явления некроза с нарушением формирования костной ткани и развитием обширных дефектов.**

➤ *Лечение пациентов третьей группы иллюстрирует пример больного, 32 лет*



**Голень  
больного, 32  
лет, при  
поступлении**



**Рентгенограмма  
голень больного, 32  
лет, при поступлении  
в клинику.**



**Вид голени  
после  
коррекции  
лоскута**



**Пластика дефекта  
голень лоскутом на  
питающей ножке**

**Таким образом, замещение инфицированных дефектов конечностей с использованием различных реконструктивно-пластических операций, под прикрытием длительной артериальной инфузии антибиотиков, позволило исключить развитие воспалительных явлений независимо от наличия гнойной инфекции в очаге и обеспечить благоприятный исход лечения.**

# ***Выводы***

- 1. Возможности заживления инфицированной раны при травматических повреждениях конечностей, осложненных воспалительными и некротическими процессами ограничены, поэтому необходим комплексный подход к лечению с использованием пластического замещения тканевых дефектов с обеспечением условий для приживления трансплантатов.**
- 2. Замещение инфицированных тканевых дефектов целесообразно проводить с применением дифференцированного подхода в зависимости от остроты воспалительного процесса в условиях регионарной антибиотикотерапии.**
- 3. Целесообразно использование кожно-подкожно-фасциального лоскута длиной 40-50 см, с соотношением ширины к длине 1: 5 с формированием стебля филатовского типа для замещения обширных мягкотканых дефектов преимущественно дистальных отделов нижних конечностей.**

**СПАСИБО  
ЗА ВНИМАНИЕ!**