

ТАКТИЧЕСКИ ВЕРНОЕ РЕШЕНИЕ ПЕРМСКИХ ТРАВМАТОЛОГОВ ПОЗВОЛИЛО СПАСТИ ПАЦИЕНТУ КИСТЬ

Пермские травматологи провели редкую пластическую операцию по восстановлению кожи на руке, применив метод Н.Н. Блохина-Конверса. По словам министра здравоохранения Пермского края Ольги Ковтун, подобные операции проводятся в экстраординарных ситуациях, и применяются в случаях, когда у пациента нет возможности ждать выращивания новой кожи в лабораторных условиях. Спустя продолжительное время хирурги подвели итоги лечения и реабилитации этого пациента, дав положительную оценку, как взаимодействию медицинских служб, так и профессионализму коллег, оказывавших помощь на каждом этапе. О том, как разворачивались события, нам рассказал главный травматолог Пермского края Станислав Литвиненко.

Отчленения сегментов кисти являются наиболее тяжелым видом бытового и производственного травматизма: до 70% случаев приходится на долю работы с ручными электроинструментами и станками. Такие повреждения приводят к стойкой утрате трудоспособности более, чем в 50% случаев. По данным специалистов, в сельской местности, по сравнению с городом, регистрируется большее число случаев инвалидности, обусловленных отчленениями пальцев кисти, поскольку оказание специализированной травматологической помощи там чаще всего недоступно. Как признаются врачи, большинство хирургов районных больниц не владеют методиками сложной кожной пластики, а потому преимущественно принимают решение об ампутации поврежденного фрагмента или всей кисти.

По такому сценарию могла развиваться и эта история, если бы районные хирурги взяли самостоятельно оказывать помощь пострадавшему. Как говорят врачи, принимавшие участие в лечении пациента, успех этого случая во многом стал возможен благодаря череде правильно принятых тактических решений.

В декабре 2015 года специалисты санитарной авиации Пермской краевой клинической больницы доставили в столицу Прикамья молодого парня 22 лет из одного из отдаленных районов края, у которого была скальпированная рана кисти.

Станислав Литвиненко, главный травматолог МЗ ПК, заведующий отделением травматологии ПККБ, к.м.н.: «Волей случая оказалось, что в этот день на дежурстве в бригаде находился наш коллега – травматолог с многолетним стажем Константин Белов, который сразу включился в работу и помог нашим ребятам в отделении его прооперировать. Именно он принял тактически верное хирургическое решение, ставшее определяющим в дальнейшей тактике лечения

этого пациента: он не отсек пальца, как это чаще всего происходит в районных больницах, а провел операцию по методу Н.Н. Блохина-Конверса. У пальцев кисти пострадавшего были переломы ногтевых фаланг, одна оторвана – из-за попадания в механический станок с руки сняло все, что можно: не только кожу, но и частично пальцы. Поэтому единственно возможным вариантом спасения поврежденной кисти было погружение в лоскут, выделенный на животе.»





По словам Станислава Литвиненко, кожная лоскутная пластика, называемая итальянской, известна давно. Этот метод имеет множество вариантов, и применяется в том случае, когда нет возможности сшить поврежденные кожные покровы. Операция по методу Н.Н. Блохина-Конверса относится к разряду подобных пластик, являясь одной из самых сложных. По словам травматологов, это наиболее технологичный вид восстановительного хирургического лечения, требующий от хирурга мануального мастерства и знаний. Именно поэтому технология применяется достаточно редко, исключительно по четким показаниям и в большинстве случаев её используют врачи крупных клиник. Согласно наблюдениям специалистов, при циркулярных скальпированных ранах ногтевых и средних фаланг одного или одновременно нескольких пальцев кожная пластика сдвоенными лоскутами по Блохину-Конверсу в различных модификациях наиболее оправдана.

Лечение предусматривает несколько этапов. Первый – погружение поврежденной кисти в подготовленный донорский «карман» на животе. Согласно методике операции, на передне-боковой поверхности живота выкраивают два лоскута, которые содержат подкожно-жировую клетчатку, а при необходимости и фасцию, что значительно повышает функциональные возможности кисти и устойчивость к физическим нагрузкам. После мобилизации лоскутов иссекают часть подкожного жирового слоя, лоскуты сближают и из них формируют трубку, в которую вшивают скальпированную конечность. Лоскуты формируются так, чтобы сохранить питающие их сосуды и создать наиболее удобное положение для кисти.

Дефект кожи на донорском участке закрывают местными тканями за счет возможного смещения кожи живота. В случае натяжения краев раны необходимо иссекать избыток жировой ткани и мобилизовать – отсепаровать края раны. Длину трубки формируют на 1,5-2 см больше длины скальпированной части пальца или кисти, что необходимо для формирования торцевой поверхности культи после пересечения основания лоскутов. Это важно, поскольку при отсечении ножки сформированной трубки происходит её сокращение. Способ кожной пластики встречными лоскутами на питающих ножках позволяет одновременно закрыть донорскую рану и ножку лоскута.

Станислав Литвиненко: «Анализируя проведение первого этапа лечения пострадавшего, могу сказать, что мы провели его хорошо. Об оценке отлично можно говорить в том случае, если бы нам удалось сформировать каждый палец. Замечу, что в своей практике я ни разу не встречал пациентов, кому была проведена операция по Блохину-Конверсу с выделенными всеми 5-ю пальцами. У нас не



получилось это сделать по объективным причинам – в силу физиологических особенностей пациента: парень молодой и очень стройный, нам просто не хватило бы кожных покровов, чтобы «укутать» каждый скелетированный палец. Мы предлагали молодому человеку выделить хотя бы второй палец, но он отказался, сказав, что с «варежкой» ему гораздо удобнее.

Согласно методике поврежденная кисть погружается в живот пациента на 3 недели – время, достаточное для восстановления кровообращения: все это время мы пристально следили за тем, чтобы в ране не начался воспалительный процесс. Это стало очевидно, если бы внутри отмер один из пальцев, или началась бы флегмона. Пациенту регулярно проводились рентгенографические исследования, УЗИ, чтобы у нас была возможность отслеживать состояние лоскута. Можно сказать, что положительный исход лечения зависит не только от мастерства хирургов-травматологов, здесь должен сложиться «пазл» из многих составляющих: пальцы не должны отмереть внутри сформированной кожной «трубки», лоскут должен срастись с кистью, необходимо восстановление кровоснабжения. Только после этого можно было отсекал и формировать культю.

Первый этап важен стратегически: травматолог должен аккуратно подготовить и сложить лоскуты, определив нужный размер предполагаемой трубки, в которую будет помещена кисть. Опасность заключается в том, что если в месте сшитых участков кожи кисти и живота не прорастут сосуды, то все остальное бессмысленно. Операция по методу Блохина-Конверса редка еще и потому, что всегда велик риск возникновения некроза трансплантата. Самое грозное осложнение – реампутация. К счастью, в нашем случае некроз тканей не развился, лоскут прижился. Все было выполнено правильно.

Второй этап – формирование культи. Не менее сложное и скрупулезное хирургическое вмешательство: необходимо отсечь лоскут и сформировать новую кисть. Эту операцию выполняли травматологи нашего

отделения: им удалось плотно сложить ткани во избежание полостей, которые тоже могли вызвать воспаление между кожными лоскутами. Важно учесть, что помимо лечебных задач, врачи учитывали тонкости пластической и эстетической хирургии. Этот этап тоже прошел успешно.

Следующий раздел лечения пациента касался восстановления кожного покрова донорского участка. Как я уже говорил, молодой человек очень худой, поэтому сшить образовавшуюся после иссечения лоскута рану собственной кожей мы не смогли. Для предотвращения воспалительного процесса и ускорения образования грануляций, нам пришлось наложить на дефект кожи живота систему Suprasorb CNP: несмотря на то, что кисть хоть и свой орган, но для живота это все же инородное тело. Когда рана была подготовлена, мы провели кожную пластику, так называемыми, «кожными марками» для стимуляции эпителизации. В течение месяца рана на животе закрылась.

Завершающим этапом любого хирургического лечения является реабилитация, основой которой для нашего пациента была лечебная физкультура: необходимо было восстановить активные и пассивные движения самой кисти, тренировать трансплантат. Основная задача – не допустить появления контрактуры. Отмечу, что чем мельче сустав, тем сложнее возвращать его подвижность: если в течение 1-2 месяцев палец не двигается, то возникает тяжелая контрактура. У больного пальцы и кисть находились в неподвижном состоянии все время, пока были пришиты к лоскуту на животе. К счастью, хватательный навык был восстановлен полностью.

Подводя итог, можно сказать, что в представленных обстоятельствах мы применили оптимальную комбинированную кожную пластику, позволившую сохранить молодому парню конечность. Если пациент был бы старше, все могло сложиться по-другому – мог не прижиться лоскут, развиться контрактура. В этом случае все прошло штатно, почти по учебнику – результат хороший». ☒