

Значение аутотрансплантации расщепленной кожи в гнойной хирургии

К.В. Липатов, Е.А. Комарова
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Контакты: Е.А. Комарова, kollaps77@rambler.ru

Аутотрансплантация расщепленной кожи является одной из самых распространенных и значимых восстановительных операций в гнойной хирургии. Дана оценка эффективности и возможностей данного метода кожной пластики, описаны особенности применения аутотрансплантации расщепленной кожи в гнойной хирургии.

Ключевые слова: аутотрансплантация кожи, аутодермотрансплантат, кожная пластика.

Signification of autogenous skintransplantation in purulent surgery

K.V. Lipatov, E.A. Komarova
I.M. Sechenov First MSMU

Split-skin grafting is one of the most accepted and significant operations in the purulent surgery. In this study we appraised effectiveness and possibility of this method of dermepenthes and discuss about speciality of split-skin grafting use in the purulent surgery.

Key words: autogenous skin transplantaion, skin graft, soft-tissue coverage.

Введение

Больные с обширными постнекрэктомическими ранами и дефектами мягких тканей, образовавшимися в результате хирургической обработки очагов инфекции, тяжелой осложненной травмы, составляют значимую часть среди пациентов отделений гнойной хирургии [4, 6, 16]. При этом достижение положительной динамики в течение раневого процесса в виде стихания воспалительных явлений и появления признаков репарации не следует считать истинным выздоровлением больного, последнее становится возможным только в случае полного заживления раны. В связи с этим особое значение в комплексе лечебных мероприятий занимает хирургическое закрытие раневой поверхности [5, 8, 17]. Несмотря на высокий уровень развития современной хирургии, аллогенная трансплантация с целью пластики раневых дефектов не получила широкого применения и используется, как правило, для временного закрытия ран [17]. Выполнение местнопластических операций, а также полнослойной пластики сложносоставными лоскутами из бли-

жайших и отдаленных областей не всегда возможно по причине ограниченности пластических резервов кожи, травматичности, длительности и технической сложности подобных операций [3, 10, 11]. Поэтому особое значение приобретает метод аутотрансплантации расщепленной кожи [12, 13].

Материалы и методы

Мы проанализировали результаты лечения 199 больных с ранами различной этиологии и локализации, у которых на восстановительном этапе лечения применен метод аутотрансплантации расщепленной кожи. Причиной образования ран наиболее часто мы отмечали гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей – 105 (52,8 %) больных, трофические язвы – 36 (18,1 %), травматические повреждения – 22 (11,1 %), гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы – 14 (7 %). Наиболее частой локализацией ран были нижние конечности – 161 (80,9 %), при этом преобладали дефекты кожи в области голени и стопы – 110



Вид некротической рожы голени (а) на восстановительном этапе аутотрансплантации расщепленной кожи б, в – I и II фаза раневого процесса соответственно; г, д – ближайший (хороший) и отдаленный (удовлетворительный) результаты соответственно

нально значимых зон целесообразно использование аутодермотрансплантата толщиной 0,3 мм. Напротив, при локализации раневых дефектов на опорных, контактных поверхностях, в области крупных суставов следует использовать кожный лоскут толщиной 0,6 мм.

Необходимо отметить, что небольшая толщина забираемого лоскута обуславливает незначительный ущерб донорской зоне, возможность повторного забора аутодермотрансплантатов при ограниченности пластических резервов кожи, а неудачные ближайшие результаты опера-

ции не приведут к увеличению площади раны и существенному ухудшению общего состояния больного.

Нанесение на аутодермотрансплантат перфорационных отверстий необходимо для создания условий для оттока раневого экссудата из подлоскутного пространства и предотвращения отслойки лоскута с нарушением его питания. Кроме того, подобная манипуляция увеличивает пластические свойства кожного лоскута, что особенно актуально для закрытия обширных ран.

Фиксация пересаженного аутодермотрансплантата достигается тщательной адаптацией лоскута к реципиентному ложу, которое по возможности должно иметь плоскую поверхность, что достигается специальной подготовкой раны, а также наложением повязки с атравматическими раневыми покрытиями, эластичной компрессией, а иногда и иммобилизацией конечности, назначением постельного режима.

Большое значение имеет и правильное ведение послеоперационного периода. Первую перевязку следует выполнять на 4–5-е сут после операции, когда вероятность смещения аутодермотрансплантата при смене повязки становится минимальной. О приживлении кожного лоскута можно судить на 7–8-е сут послеоперационного периода по его цвету и подвижности.

Ретроспективный анализ осложнений в раннем послеоперационном периоде в виде нарушения приживления аутодермотрансплантатов показал, что во многом они были связаны с недостаточной подготовкой ран к трансплантации. Анализ отдаленных результатов показал, что, в отличие от ближайших результатов, они во многом были связаны с локализацией раны, характером тканей в дне ее, а также с этиологией патологического процесса, приведшего к образованию раневого дефекта.

Наилучшие результаты операции достигались при наличии в дне раны достаточного мягкотканого массива. Напротив, закрытие ран в безмышечных зонах, в области крупных суставов, на опорных или контактных поверхностях значительно чаще сопровождалось выраженной рубцовой деформацией тканей, дерматогенными контрактурами суставов, изъязвлениями [1, 9, 14, 15].

Таким образом, проведенные исследования показали высокую эффективность применения аутодермотрансплантации кожи в гнойной хирургии. При этом она показана при невозможности или нецелесообразности выполнения полнослойной кожной пластики. Основными преимуществами данного метода являются возможность одномоментного закрытия обширных ран, техническая простота выполнения и малая травматичность, что позволяет с успехом применять его у больных пожилого и старческого возраста. Кроме того, аутодермотрансплантация расщепленной кожи может выполняться в качестве первоначального этапа восстановительного лечения в ситуациях, когда важным является скорейшее закрытие раневой поверхности с целью предупреждения суперинфекции раны, раневого истощения. В последующем же, после ликвидации угрозы жизни пациента, может быть проведен второй этап лечения – полнослойная пластика с целью улучшения косметических и функциональных результатов. Недостатки метода обусловлены принципиальной невозможностью восстановления полноценного кожного покрова при данном способе пластики, что может приводить к неудовлетворительным косметическим и функциональным результатам в отдаленные сроки. Однако дерматомная пластика ран с достаточным мягкотканевым массивом позволяет добиться хороших и удовлетворительных отдаленных результатов, а закрытие ран, расположенных в функционально значимых зонах, может дать стойкий удовлетворительный результат при условии тщательного ухода за зоной пластики, дозирования нагрузок и использования специальной обуви, динамического наблюдения у специалиста.

Литература

1. Кожно-пластические вмешательства при синдроме диабетической стопы / А.И.Аникин [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2008. – №16.
2. Белоусов, А.Е. О функции пересаженных тканей в пластической и реконструктивной хирургии / А.Е. Белоусов // Анналы пласт., реконстр. эстет. хирургии. – 1997. – № 4. – С.55–58.
3. Белоусов, А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия / А.Е. Белоусов. – СПб. : Гиппократ, 1998. – 743 с.
4. Горюнов, С.В. Гнойная хирургия : атлас / С.В.Горюнов, Д.В.Ромашов, И.А. Бутивщенко. – М.: БИНОМ, 2004. – 558 с.
5. Горюнов, С.В. Современные возможности кожной пластики в гнойной хирургии / С.В. Горюнов, Д.В. Ульянина, А.А. Ромашов // Юбилейный сборник научных трудов по госпитальной хирургии к 100-летию со дня рождения проф. В.С. Маята. – М., 2003. – С.31–40.
6. Гостищев, В.К. Инфекции в хирургии : рук-во для врачей / В.К. Гостищев. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. – 768 с.
7. Евтеев, А.А. Анализ причин и структуры неудач аутодермопластики при использовании хирургических методов подготовки ран к пластическому закрытию / А.А. Евтеев // Научные труды I съезда комбустиологов России. – М.: [Б. и.], 2005. – С.162–164.
8. Избранный курс лекций по гнойной хирургии / под ред. В.Д. Федорова, А.М. Светухина. – М.: [Б. и.], 2007. – 364 с.
9. Кривихин, Д.В. Аутодермальное закрытие ран у больных сахарным диабетом II типа с синдромом диабетической стопы

ческой стопы после «малых» операций на стопе / Д.В. Кривихин : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 23 с.

- 10.** Потапов, В.Л. Клинико-лабораторная оценка применения современных методов восстановления кожных покровов у обожженных / В.Л. Потапов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тула: [Б. и.], 2002. – 24 с.
- 11.** Сергиенко, Е.Н. Пластическая коррекция кожных покровов / Е.Н.Сергиенко, В.В.Богатов, А.М. Шабанов. – Тверь: [Б. и.], 2003. – 67 с.
- 12.** Шляпников, С.А. Хирургические инфекции мягких тканей – старая проблема в новом свете / С.А. Шляпников // Инфекции в хирургии. – 2003. – № 1. – С.14–21.
- 13.** Chirurgische Konzept und Ergebnisse bei nekrotisierender Fasciitis / C. Heitmann [et al.] // Der Chirurg. – 2001. – № 72. – S. 168–173.
- 14.** Kremer, M. Plastisch-chirurgische Therapie beckennaher Dekubitalulzera / M.Kremer, A. Berger//Der Chirurg. – 1999. – № 6. – S.726–740.
- 15.** MacLennon, S.E. Reconstruction of the burned breast / S.E. MacLennon, M.D. Wells, H.W. Negle // Clin. Plast. Surg. – 2000. – Vol. 27, № 1. – P. 113–119.
- 16.** Nürnberger, H.-R. Klinikleitfaden. Chirurgie / H.-R.Nürnberger, F.-M. Hasse, A. Pommer. – München: URBAN FISCHER, 2006. – 935 s.
- 17.** Peel, L.A. Transplantation of tissues / L.A.Peel. – Baltimore: Williams and Wilkins Co., 1995. – P.421.