

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫХ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ НА ДИСТАЛЬНОМ ОСНОВАНИИ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛЕНИ И СТОПЫ

Федоров К. А., Сухарев А. А.

*ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь»*

Богдан В. Г.

*Военно-медицинский факультет
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. За основу были взяты нейроваскулярные кожно-фасциальные лоскуты на дистальном основании, такие как суралис- и сафенус-лоскут. Питание суралис-лоскута осуществлялось от межмышечных перфорантов малоберцовой артерии формирующих собственную сосудистую сеть сурального (икроножного) нерва и малой подкожной вены. Питающими сосудами сафенус-лоскута были определены мышечно-кожные перфоранты задней большеберцовой артерии, которые так же формировали собственную сосудистую сеть для сафенус (подкожного) нерва и большой подкожной вены нижней конечности.

Цель. Улучшение результатов комплексного лечения пациентов с боевыми повреждениями нижней конечности и сходной по механогенезу патологией.

Материалы и методы. В исследование было включено 20 пациентов, находившихся на лечении в период с 2006 по 2016 гг. в ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» с повреждениями голени и стопы, сопровождав-

шимися значительным дефектом мягких тканей. Средний возраст составил $39,5 \pm 7,9$ лет, все пациенты были мужского пола. 10 пациентам (50 %) пластика проводилась по поводу несвежих посттравматических проявлений, 5 пациентов (25 %) оперировались с осложнением в виде хронического остеомиелита большеберцовой кости, оставшиеся 5 пациентов (25 %) составила группа со «свежими» посттравматическими дефектами мягких тканей с обнажением подкожно-располагающихся структур в виде сосудов, нервов, сухожилий, связок, костей и формируемых последними суставов. Реконструктивные операции проводились в срок от 10 до 45 суток с момента получения травмы.

В плане предоперационного обследования обязательным было выполнение ультразвукового доплеровского сканирования сосудов нижней конечности с целью определения степени проходимости глубоких и поверхностных вен, а также уровня расположения перфорантов и их состоятельности. Данное исследование так же имело значение при выборе типа лоскута в зависимости от уровня дефекта мягких тканей и вовлечения в патологический процесс сосудистых структур.

Результаты и обсуждение. Для подготовки раневой поверхности к кожно-пластической реконструкции в 10 случаях (50 %) проводилась терапия с использованием VAC-системы.

Непосредственно перед оперативным вмешательством наносили разметку предполагаемого лоскута с указанием его размеров, оси сосудистого пучка и обязательно точки ротации. Забор лоскута проводили по классической методике начиная от проксимального конца лоскута в направлении точки ротации.

В 7 случаях (35 %) методику забора лоскутов дополняли модификацией в виде сохранения кожной «дорожки» над сосудистой ножкой, создавало предпосылки для улучшения приживления лоскутов, снижению частоты послеоперационных осложнений и облегчало техническое выполнение кожно-пластической операции. 6 лоскутов показали хорошую приживаемость и отсутствие осложнений в послеоперационном периоде. В 1-м случае развился краевой некроз, который по нашему мнению был связан с сопутствующей патологией вен нижней конечности.

В одном случае при глубоком дефекте мягких тканей области ахиллова сухожилия был использован модифицированный сафенус-лоскут. Модификация заключалась в деэпитализации 2/3 лоскута с формированием свободного жиро-фасциального конца, который был помещен в область дефекта, а участком кожи подшит к краям раны. Лоскут прижился без осложнений, обеспечив хороший функциональный и эстетический результат.

Средняя продолжительность нахождения в стационаре по поводу выполнения реконструктивного вмешательства составила $20,1 \pm 3,4$ суток.

Выводы.

1. Для оценки возможности проведения реконструктивного вмешательства в предоперационном обследовании обязательно выполнение ультразвукового доплеровского сканирования сосудов нижней конечности;

2. Применение нейроваскулярных кожно-фасциальных лоскутов на дистальном основании, таких как суралис- и сафенус-лоскуты могут конкурировать с другими методами и должны рассматриваться как методика выбора;

3. Такие лоскуты должны рассматриваться как методика оперативного лечения, проводимая в ранние сроки, что позволит ускорить и облегчить дальнейшую реабилитацию;

4. Применение реконструктивных методик, основанных на использовании сложных лоскутов, для закрытия обширных и глубоких дефектов мягких тканей показано в ранние сроки после получения травмы;

5. Предложенные методики являются простыми в техническом плане, не требуют дополнительного оборудования, могут выполняться врачами хирургами и травматологами в лечебных учреждениях любого уровня.