

Сбережение кожных лоскутов при рваноушибленных ранах.

Проф. В. А. Гусынин. (Казань).

Тяжелые травматические повреждения типа огнестрельных, промышленных, сельскохозяйственных и железнодорожных дают обычно рваноушибленные раны. Раны характеризуются потерей в значительной степени тканей в большем или меньшем размере, обнажением глубоких слоев тканей, размятым и безжизненным их состоянием, наличием лоскутов отделившейся кожи и большей или меньшей степенью загрязненности. Первичная хирургическая помощь при таких повреждениях сводится главным образом к механической очистке и обработке раны. Характер этой обработки различен: иссечение раны с последующим первичным швом или без него, debridement с удалением безжизненных частей и тампонадой раны, ампутация поврежденного члена. Каждый из этих способов первоначально хирургического пособия имеет свои показания. Навлучший из них тот, который при данных условиях травмы более совершенным образом уменьшает или исключает развитие септических осложнений, ведет к скорейшему заживлению раны и обеспечивает максимальный функциональный эффект. С точки зрения выставленного требования наиболее совершенным методом первичной обработки ран является механическая стерилизация раны там, где это возможно. Поэтому естественно, что область возможного применения ее должна быть расширена. В настоящее время показания к механической стерилизации ран не ограничиваются только случаями, где возможно наложение первичного шва, но распространяются также на повреждения при которых рана закрывается путем первичной пластики (Гориневская В. В.). Воспалительнораневой процесс хирургической техникой первичной обработки доводится до минимума: сокращается до крайности дегенеративная и экссудативная стадии раневого воспаления и создаются условия для немедленного развития восстановительных явлений.

Но, понятно, далеко не всегда иссечение раны и первичный шов могут иметь место. При ранах с большой зоной повреждения debridement часто остается единственным лечебно-профилактическим методом обработки раны, особенно это нужно сказать о ранах огнестрельного происхождения на войне. Течение таких ран проходит через весьма длительный процесс дегенеративных, экссудативных и регенеративных изменений, а самое заживление раны происходит часто с большой потерей тканей, с рубцовой деформацией органа и резким понижением или полным исчезновением его функций.

Спрашивается, что может сделать техника первичного хирургического пособия в таких случаях для ускорения заживления и предотвращения или уменьшения последующего ущерба?

В борьбе с первичной раневой инфекцией при хирургическом расширении ран мало приходится задумываться о сохранении тканевых резервов для будущего замещения дефекта: мысль больше увлечена радикальностью хирургического вмешательства, иссечением тканей, а не сбережением их. В целях упрощения формы раны и обеспечения лучшего раневого стока нередко удаляют кожные лоскуты, представляющие ценный материал для вторичной пластики. Иногда такое обрезание кожных лоскутов

делается неизбежным в дальнейшем, вследствие их омертвления, а омертвевают они вследствие септического поражения раневой поверхности. Нередки случаи, когда оставленные кожные лоскуты в процессе заживления раны сморщиваются и рубцово перерождаются и, таким образом, становятся негодными для целей вторичной пластики. Поэтому недостаточно бывает сохранить их при *bridement* раны, но необходимо подвергнуть их некоторой обработке, благодаря которой они могли бы сберечь свои биопластические свойства.

Лучшим способом сбережения кожных лоскутов является заворачивание их раневой поверхностью внутрь в виде стебельчатых придатков или в виде краевых валиков и кожных складок. Предварительно лоскуты обрабатываются: поверхностный слой раневой стороны и края лоскута иссекаются и обрезаются, окровавленные поверхности приводятся в соприкосновение, лоскуты дублируются; кожная дубликатура располагается своим основанием по краю сохранившегося кожного покрова (засучивание лоскута) или отвисает свободно в виде придатка, или перекидывается с края на край в виде мостовидного стебля, держащегося у обоих концов своих непосредственным переходом в уцелевшую кожу. Дублирование лоскута в некоторых, особо тяжелых случаях, против показаний длительного оперативного вмешательства, можно произвести посредством наложения немногих стягивающих швов только для приведения в соприкосновение раневых поверхностей. Такой стебель, валик, дубликатура в дальнейшем течении организуется, в то время как остальная рана очищается и покрывается грануляциями. Кожные придатки ни в какой мере не могут служить препятствием для тампонады раны при целесообразном их расположении. Как только гранулирующая поверхность приобретает здоровый вид, наступает момент для вторичной пластики. Стебель, валик или кожная складка рассекается по линии рубцовой спайки продольным разрезом до клетчатки и разворачивается в виде лоскута; распластанным лоскутом застилается свободное поле раны после предварительного выскабливания грануляций. Кожнопластическую застилку раны необходимо делать до момента рубцевания, чтобы предупредить процесс сморщивания и деформации органа.

Описанный способ сбережения кожных лоскутов при рваноушибленных ранах для вторичной пластики в значительной степени ускоряет заживление раны и является профилактическим средством против увечья на почве деформации органа, средством, способствующим восстановлению функции.

Будучи применимо во всех случаях рваноушибленных ран, сбережение кожных лоскутов по вышеописанному способу является показанным и целесообразным также при следующих обстоятельствах.

1.— При усечении конечности по поводу травматического повреждения у пострадавших, находящихся в особо тяжелом состоянии. В подобных случаях тяжесть состояния вынуждает иногда отказаться от производства типовой ампутации и ограничиться отнятием конечности на уровне травматического разделения ее и остановкой кровотечения. Сохранение кожных лоскутов у таких больных по методу дублирования несколькими узловыми или матрацными швами позволяет произвести оформление культи в дальнейшем после очищения раны без последующей высокой ампутации.

2.— При ампутациях на войне в передовом районе рана, как правило, не зашивается. В подходящих случаях и обстановке к ампутации может

быть присоединена и пластическая консервация кожных лоскутов по методу дублирования двумя-тремя швами. Кожные валики и дубликатуры создают резерв кожи, который может быть использован в более спокойной обстановке корпусных и запасных госпиталей для закрытия культи.

3.—Кожные стебли на культях конечностей могут оказаться полезными для образования так называемых кинопластических культей.

4.—На том же принципе сбережения мягких тканей основано сохранение пальцев, обреченных на полную негодность при некоторых травматических повреждениях кисти, сопровождающихся полным разрушением соответствующих пястных костей, пальцевых нервов и кожных покровов. Уцелевшие сосуды пальца избавляют его от гибели. Такой палец ценен как резерв мягких тканей. В нужный момент, после выпущения фаланг из продольного разреза, он превращается в лоскут, удобный для закрытия дефекта в кисти. Пальцевая пластика кисти предотвращает деформацию и сведение уцелевших пальцев, кисть не теряет своей работоспособности в последующем.

Приведу два примера для иллюстрации изложенных правил сбережения кожных лоскутов.

Шарафутдинов К., 13-ти лет, доставлен был 1/XII 30 г. в Клинику военнополевой хирургии с огнестрельным ранением правой кисти. Несколько часов назад мальчик, рассматривая ружейный ствол без ложи и курка, сунул его казенной частью в печь, в огонь. Тотчас из ствола последовал выстрел, заряд пробил кисть правой руки. На кисти в области 4-ой пястной кости—сквозная рваная рана. По краям являющегося отверстия видны обрывки ушибленных и опаленных порохом тканей и осколки раздробленной 4-ой пястной кости. Пястнофаланговый сустав 4-го пальца сохранен, но нервы и сухожилия пальца разорваны.

В порядке первичной обработки рана очищена и затампонирована. Через 24 дня, когда рана покрылась хорошими грануляциями, сделана операция закрытия дефекта кисти. Мягкие ткани на ладонной поверхности 4-го пальца рассеяны продольным разрезом до кости, фаланги пальца вылучены из разреза и образовавшийся лоскут завернут и подшит к раневому отверстию в кисти с ладонной стороны.

23/II мальчик выписался с хорошо оформленной кистью и почти зажившей раной для амбулаторного лечения.

Иванов В., 8-ми лет, доставлен в Клинику военнополевой хирургии по поводу оскольчатого перелома костей левого локтевого сустава с обширной рваноушибленной раной плеча и предплечья. Повреждение причинено трамваем. Две нижних трети плеча и верхняя треть предплечья оголены от кожи, кожа частью совсем сорвана, частью висит в виде лохматых лоскутов. Мышцы частично размяты и порваны. N. ulnaris на всем протяжении раны обнажен и отвисает в виде свободного шнурка. Предплечье болтается во все стороны на остатках сухожилий, мышц и связок локтевого сустава. Art. brachialis цела. Вследствие тяжелой травмы и шока больному сделано переливание крови.

Давление крови до трансфузии макс.—68, мин.—22; после—74—26.

Операция: сделана атипическая резекция локтевого сустава. После удаления суставных концов образовался свободный промежуток между костями (см.—12.) Лохматые края кожи обрезаны. Оставшиеся обрывки кожи образовали три главных лоскута: два по концам раны, переходящие широким основанием в уцелевшую кожу плеча и предплечья и один продольный, идущий от плеча к предплечью. Первые два после обработки подвернуты свободными краями к основанию лоскута таким образом, что из них образовались широкие складки кожи эпителиальной поверхностью наружу. Продольный лоскут завернут в мостовидный стебель.

Рана обработана и очищена.

29/IV мальчику снова была сделана трансфузия крови в количестве 300 гр. от донора I группы цитратным способом.

В дальнейшем—длительный период выжидания очищения раны и обрастания ее чистыми, здоровыми грануляциями. Мальчик перенес продолжительный срок

нагноительной лихорадки. Сильно ослаб. Приблизительно через месяц потребовалось снова перелить кровь.

Мостовидный кожный стебель омертвел и отторгнулся. Краевые же дубликатуры кожи хорошо сохранились и были использованы для закрытия гранулирующей раны. С этой целью они были развернуты с помощью ножа и распластаны на гранулирующей поверхности раны плеча. После приживления кожи рана значительно уменьшилась в размерах, однако, все-таки оставалась все еще большой. Поэтому пришлось прибегнуть к образованию добавочного флатовского стебля на боковой стороне грудной стенки. За счет флатовского стебля впоследствии была закрыта большая часть раны плеча.

С закрытой почти полностью раневой поверхностью в конце июня мальчик был выписан из клиники.

В декабре 1934 года мальчик Иванов был показан в Хирургической секции Казанской научной ассоциации. Нижняя половина левого плеча и верхняя треть предплечья по всей окружности были покрыты здоровой кожей с рубцовыми узкими полосками по линиям соединения краев кожных лоскутов. Вследствие ретракции мышц плеча кости предплечья подтянуты к плечевой кости почти до соприкосновения. Образовался ложный сустав, но без вывиха предплечья во все стороны. Сгибание предплечья в суставе производится с помощью другой руки. Чувствительность и движения кисти и пальцев сохранились в полной мере.

В дальнейшем мальчику предстоит операция остеосинтеза костей плеча и предплечья под прямым углом.

Только планомерное и терпеливое пластическое восстановление тканей по этапам с момента повреждения и далее в процессе заживления обширных ран позволяет сохранить и воссоздать орган, который в самом начале вследствие больших разрушений казался обреченным на гибель. И в этой поступательной пластической реконструкции органа в период заживления раны прежде всего требуется восстановление кожных покровов. Под их защитой и в дальнейшем могут быть предприняты более глубокие репаративные операции. Раннее же пластическое восстановление кожных покровов при рваноушибленных ранах предполагает сбережение кожных лоскутов. Это сбережение лучше всего делать по методу сращения их раневыми поверхностями в дубликатуры. Таким образом более широкие реконструктивные работы при обширных разрушениях могут и должны осуществляться или, по крайней мере, начинаться не в поздней стадии, когда рана заживет полностью, а с самого начала в порядке первичной обработки раны и далее в период заживления раны. Рубцовая деформация органа после излечения ран иной раз уже не позволяет восстановить форму и функцию органа в той мере и степени, в какой эта задача может быть достигнута в процессе заживления раны. Срок и объем инвалидности таким образом уменьшаются.