

СПОСОБ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ

Г. А. Измайлов

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. В. Г. Морозов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Нами разработан способ кожной пластики¹, позволяющий закрывать значительные по площади кожные дефекты полнослойными дермальными тонкими поперечными пластинами. Операцию начинают с определения площади раневой поверхности и вычисления размеров нужного кожного трансплантата. Если взять кожный трансплантат размерами 200×10 мм, то при обычной продольной его укладке можно укрыть раневую поверхность, максимальная площадь которой равняется площади трансплантата, т. е. 2000 мм². По предлагаемой методике при толщине трансплантата в 1 мм и толщине поперечно срезаемых кожных пластинок 0,1 мм удается в 10 раз увеличить площадь трансплантата и довести ее до 20000 мм², так как каждый поперечный срез имеет площадь 10 мм².

Ввиду того, что при срезании поперечных кожных пластин пересекается волокнистая и соединительная ткань, то есть эластические и мышечные элементы, уложенная на бок пластинка расправляется, увеличиваясь в размерах в 2 раза. Так как кожная пластинка дает краевую эпителизацию, равную ей по площади, кожные пластинки размещать на ране на расстоянии 4 мм друг от друга. Следовательно, такой способ пластики позволяет произвести закрытие раневой поверхности трансплантатом,

в 40 раз меньшим площади раны. Поэтому расчеты производят по формуле: $S = \frac{S_1}{40}$,

где S — искомая площадь необходимого трансплантата в мм, S₁ — размеры кожного дефекта в мм. Донорский участок выбирают с учетом локализации, а также площади поражения. Предпочтительнее брать трансплантат с передне-боковой поверхности бедер, плеч или живота, где кожа относительно толще (от 1 до 1,5 мм). Подготовку донорского участка начинают не менее, чем за сутки до операции путем УФО для максимального локального насыщения кровью и расширения кровеносных и лимфатических капилляров. Непосредственно перед операцией кожу энергично протирают эфиром и 70° спиртом.

Кожный трансплантат выкраивают во всю толщу без жировой клетчатки, шириной 10 мм (длина его зависит от площади кожного дефекта). Бритвой, скальпелем или специальным устройством — микродерматомом — делают срезы в поперечном направлении; получаются тонкие прямоугольные кусочки кожи, содержащие эпидермис, дерму, сальные железы, волосяные фолликулы, потовые железы, а также нервы и сосуды. На раневую поверхность кожные пластинки переносят без предварительной обработки в шахматном порядке, осторожно расправляя их за края пинцетами. Одним из условий хорошего приживления кожных пластинок является первичное склеивание, сцепление их с раневой поверхностью, поэтому очень важно укладывать кожные пластинки на рану без последующих перемещений, приводящих к разрушению первичной фибриной прослойки. Уложенные кожные микросрезы покрывают большими салфетками, пропитанными вазелиновым или камфорным маслом, с укреплением под равномерным умеренным давлением бинтами. Раневую поверхность на донорском участке зашивают наглухо.

Поступила 31 января 1978 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

А. В. Каплан. Травматология пожилого возраста. М., «Медицина», 1977, 352 стр.

Одному из важных разделов геронтологии — лечению и профилактике повреждений опорно-двигательного аппарата посвящена работа А. В. Каплана «Травматология пожилого возраста». Автором обобщен опыт лечения гериатрического контингента больных в ЦИТО им. Н. Н. Приорова почти за 30 лет.

Основываясь на богатом клиническом опыте, А. В. Каплан считает, что возраст не является преградой для заживления переломов костей.

В главе «Общие основы лечения переломов у пожилых» автор рассматривает вопросы предоперационной подготовки, выбора метода анестезии, возможные ослож-

¹ Авторское свидетельство № 520979 от 22/III 1976 г.