

НОВЫЕ МЕТОДЫ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.5—002.44—089.844

ТЕХНИКА АУТОДЕРМОИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН И ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Г.А. Измайлов, С.Г. Измайлов, Н.И. Дерябина, П.Я. Оренбуров

Кафедра хирургических болезней (нач. — проф. С.Г. Измайлов) военно-медицинского института Федеральной пограничной службы РФ при Нижегородской государственной медицинской академии, кафедра общей хирургии (зав. — доц. В.Ю. Терещенко) Казанского государственного медицинского университета

До настоящего времени трудной задачей является терапия трофических язв голени. Одним из вариантов лечения признан хирургический метод путем имплантации в грануляционную ткань мелких кожных аутосаженцев. Однако основной причиной неудач при его использовании является несовершенная техника погружения кожных лоскутов в грануляции.

С целью упрощения техники имплантации кожи в толщу грануляций нами предложен попеременный имплантационно-трансплантационный способ, сущность которого заключается в следующем.

После кратковременной местной санации язвенной поверхности у больного выкраивают лишнюю жировой клетчатки кожную полосу и рассекают на тонкие поперечные пластины. Донорскую рану зашивают. Полученные таким образом плоские кожные пластинки в виде нитей имеют две боковые ровные поверхности, способные к срастанию с тканями. Конец кожной пластины зажимают в расщепленном торце хирургической иглы. Иглу захватывают иглодержателем и вкалывают ее в грануляции на границе с кожей. После этого иглу проводят косо-кнутри через грануляционную ткань по направлению к основанию язвы с захватом подгрануляционного слоя и выводят на поверхность грануляций на расстоянии 1,5–2 см от места вкола. Кожную полосу умеренно натягивают и производят ее шадящую тракцию через ткани с распластыванием стежки на грануляциях. С отступом на 1,5–2 см от места выкола повторно вводят иглу вглубь с захватом подгрануляционного слоя, а затем обратно на поверхность грануляций на расстоянии 1,5–2 см от места вкола. Таким образом ткани дна язвы прошивают до ее противоположного края попеременно имплантационно-трансплантационным швом. Последний выкол делают у края язвы, не захватывая кожу. Кожную полосу по всей длине расправляют с помощью пуговчатого зонда. После этого приступают к прошива-

нию тканей язвы параллельно идущим (на расстоянии 5 мм друг от друга) аналогичным швом, отличием которого является то, что в первый раз вкалывают иглу с захватом края кожи, а во второй — на уровне выкола первого шва (см. рис.). Последний выкол производят через кожу противоположного края язвы.

Таким образом, язва закрывается кожными полосами в шахматном порядке с час-

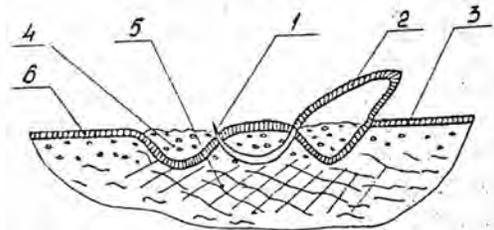


Схема попеременного аутодермоимплантационно-трансплантационного метода. Обозначение: 1 — игла; 2 — кожная пластина; 3, 6 — кожные пластины, уложенные на поверхность грануляций; 4 — грануляционная ткань; 5 — подгрануляционный слой.

тичной их имплантацией. Первую смену повязки делают на 2–3-и сутки, причем без риска оторвать кожные полосы ввиду их прочной фиксации механическим путем к реципиентному ложу. На 3-и сутки определяется отчетливая краевая эпителизация — встречное разрастание эпителия от кожных лоскутов.

Оперированные больные на 4–6-е сутки (на 2 дня раньше, чем в контроле) начинали ходить, при этом отторжения кожных полос не отмечалось. На 12–14-е сутки межтрансплантационные участки полностью закрываются эпителием. Использование предлагаемого способа лечения трофических язв голени привело к повышению эффективности терапии торпидно текущих язв. Способ прошел успешную апробацию при лечении 8 больных с трофическими язвами голени.

Поступила 11.01.98.