

ОСОБЕННОСТИ ПЛАСТИКИ КОЖНЫХ ИЗЪЯНОВ ОПОРНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СТОПЫ

Доц. А. К. Тычинкина

Клиника факультетской хирургии (зав.—проф. И. И. Неймарк)
Алтайского медицинского института и Горьковский научно-исследовательский
институт травматологии и ортопедии (директор — доц. М. Г. Григорьев)

Пластика кожных изъянов стопы как восстановительная операция имеет двойное назначение: с одной стороны, как средство сохранения органа и с другой — как средство восстановления его опорной функции.

Одновременное решение этих двух задач при обширных травмах оказывается не всегда возможным.

Основная причина трудностей пластики подошвы заключается в том, что кожа опорной поверхности стопы имеет особую структуру и замещение ее перенесенной с других мест не является равноценным. Кроме того, чувствительность кожи подошвы так высока, что даже после линейных ран в рубцах нередко возникают боли.

Изъяны стоп, особенно на опорной поверхности, как правило, требуют замещения не только кожи, но и подкожной клетчатки, что возможно осуществить или стеблем Филатова, или лоскутом на ножке с противоположной конечности.

Два названных метода и находят более широкое применение при кожных изъянах подошвенной поверхности. Возможность прибегнуть к сближению краев и перемещению местных тканей даже при небольших изъянах весьма ограничена. Сомнительна также возможность ротационного метода, рекомендуемого Р. Хардвеем (1959).

Мы располагаем данными о 113 больных с кожными изъянами на стопе и культях стоп, закрытыми лоскутом на ножке. Оценку лечения в свете отдаленных результатов мы и сочли возможным сделать в настоящей работе. Мужчин было 93, женщин 20. У 67 больных кожные дефекты располагались на стопах, а у 46 — на культях стоп. Почти у всех из них изъяны локализовались на опорных (92) или трущихся местах (14), за исключением 7 больных, у трех из которых имелся кожный дефект на тыльной поверхности и у четырех — в области свода стопы.

Причины кожных дефектов на стопе у оперированных нами больных были следующие: бытовые травмы — 41, огнестрельные раны (военного времени) — 25, производственные травмы — 18, отморожения — 16, пролежни — 5, трофические расстройства — 6 и опухоли — 2.

Со сроками заболевания до года было 32 и свыше — 81. Более половины всех больных (66) страдали кожными дефектами свыше 3 лет.

Кожная пластика лоскутом на ножке выполнена по общепринятой методике у 62 больных и по разработанной и применяемой нами с 1953 г. методике лоскутом на ножке в сочетании с погружным трансплантатом — у 51. У всех изъяны лоскутом на ножке закрывались после иссечения.

При остеомиелите проводилась секвестрэктомия с одновременным закрытием раны лоскутом на ножке.

Пластика лоскутом на ножке в сочетании с погружным трансплантатом позволяет переносить лоскуты больших нужных размеров не только по длине, но и по ширине, что, в свою очередь, создает условия для широкого иссечения всей раневой или язвенной поверхности изъяна и окружающих рубцов. Иссечение кожного дефекта в пределах неизменной кожи важно не только для избежания последующих изъязвлений вокруг пересаженного лоскута, но и для улучшения условий восстановления иннервации перемещенной сюда кожи. Надежное закрытие лоскута погружным трансплантатом позволило изменить планирование операций, чаще заимствовать кожу на голени, что облегчает положение больного в послеоперационном периоде. У женщин из косметических соображений лоскуты заимствованы на бедре. При тугоподвижности суставов, особенно коленного, голень иногда была единственным донорским участком.

Предварительное закрытие донорской раны на месте выкраивания лоскута на коже обеспечивает возможность типичных схем планирования для изъянов наиболее частой локализации. При этом мы стремились к соблюдению обязательного правила — планировать лоскут так, чтобы свободный конец лоскута подшивался на опорную поверхность стопы, а ножка, после ее отсечения, размещалась бы на нерабочей поверхности. Свободный край лоскута, обычно хорошо тренированного, приживается, как правило, первичным натяжением и оставляет узкий рубец. Раны на месте отсечения ножки заживают более грубым рубцом.

Вторым обязательным положением мы считаем одномоментное закрытие одним лоскутом всего изъяна.

Дефекты кожи на пятке, как правило, закрываются лоскутом с противоположной голени, направление ножки лоскута — верхне-боковое. Считаем удобным вариантом выкраивание лоскута с боковой ножкой противоположной голени для закрытия торцовой поверхности культи стопы.

У молодых субъектов с подвижными суставами лучшей схемой для закрытия подошвенной поверхности пятки надо считать предложение Н. Н. Блохина.

У одного больного дефект кожи пятки и переднего отдела культи стопы нами закрыт одновременно двумя лоскутами с противоположного бедра.

Расположение изъяна всегда требует новых индивидуальных вариантов планирования, и выполнение операции резко облегчается, если хирург не стеснен в выборе донорского участка. При этом есть возможность, в известных, конечно, пределах, облегчить вынужденное положение больного.

Положительной стороной пластики лоскутом на ножке в сочетании с погружным трансплантатом является возможность переносить тренированный, проверенный и жизнеспособный лоскут. Отсутствие этапов миграции в пластике лоскутом на ножке позволяет экономно расходовать кожу.

Отдаленные результаты нам известны о 74 больных, у 60 — по письмам и у 14 — по личному осмотру. Сроки наблюдения — от 1 до 14 лет.

Из 69 живущих работают 68, 64 — на производстве и в колхозе, 4 — дома, будущи пенсионерами по возрасту; 32 больных с культиями стоп (некоторые обеих) имеют III группу инвалидности, но продолжают работать.

Подавляющее большинство, за исключением 11 человек, носит обычную обувь из магазина. Однако половина из них пользуется вспомогательными средствами.

Операция принесла пользу всем больным, за исключением трех. У одного имеются боли в оперированной культе стопы, к тому же вторая стопа также ампутирована в среднем отделе. У двух сделана ампутация по Пирогову, у одной — в связи с очень короткой культей, у другого — после неудавшейся пластики.

Более половины больных после пластических операций не отмечают никаких болей, другие отмечают боли только после длительной ходьбы.

На основании жалоб больных мы выделяем следующие болезни лоскута: а) потертости, б) гиперкератоз, в) трещины, г) анестезия, д) каузалгии, е) воспаление.

Потертости на пересаженном лоскуте наблюдаются в первые 1—2 года. Они быстро возникают и так же быстро заживают, не причиняя никаких страданий. Другое дело — потертости в зоне оставляемых рубцов: они болезненны и долго не заживают.

Гиперкератозы чаще развиваются в рубцах на костных выступах (головки плюсневых костей, пяточный бугор).

В ряде случаев на таком ороговевшем рубце возникают трещины. Наиболее выражен гиперкератоз у больных нейротрофическими язвами и после отморожений. Двое больных замечают у себя время от времени красноту, отек и боли, ограниченную зоной лоскута. Одна больная это описывает как «рожистое воспаление», легко уступающее покою и физиопроцедурам. Возникновение таких воспалений связано с большой физической нагрузкой. После затихания вышеописанных явлений на лоскуте не остается никаких следов. Такое воспаление у одного больного возникало неоднократно за 5 лет, у другой — дважды за 10 лет. Есть основание предположить обострение дремлющей инфекции.

Наибольшее число больных жалуется на резкое понижение всех видов чувствительности лоскута. Только 13 человек написали о том, что кожа пересаженного лоскута чувствует так хорошо, как здоровая, окружающая лоскут. У остальных, в том числе и обследованных нами, лоскут остается малочувствительным к боли и температурным влияниям.

Восстановлению чувствительности не способствуют отморожения, широкие рубцы и запоздалая пластика.

Больше чем у половины больных голень и бедро больной ноги остаются атрофичными. Однако после пластики атрофия мышц бедра и голени не прогрессирует, а даже уменьшается.

Рецидив язв наступил у 6 больных.

В первые год-два после пластики жалоб больше, чем в более поздние годы.

У выписанных на амбулаторное лечение пересаженного лоскута отдаленные результаты не хуже, чем у выписанных с зажившими изъянами. Раны заживали у большинства больных быстро, иногда даже в пути (за 3—4 дня).

Ряд больных отмечает как недостаток пластики — избыток жира под кожей пересаженного лоскута. Двум сделано иссечение; другие больные фиксируют лоскут тугим бинтованием, в противном случае он перекачивается и снижает опорность. Подкожный жир, переносимый без фасции, в процессе приживления уплотняется, хорошо фиксирует кожу, поэтому мы в последнее время переносим лоскут без фасции.

В заключение следует сказать, что пластика дефектов стопы вызывает большие трудности. Однако попытки по сохранению и восстановлению функции стопы себя оправдывают.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н. Н. Кожная пластика, Медгиз, 1955. — 2. Осна А. И. Кожная пластика при поражениях стопы. Кишинев, 1948. — 3. Парин Б. В. Методика итальянской пластики при незаживающих ранах и язвах голени и стопы. Листок обмена госпитальным опытом, 1945, 24; Ортопедия, травматология и протезирование, 1959, 11.

Поступила 22 июля 1960 г.