

Одновременное применение пластических вмешательств и препарата «КоллапАн» при гнойной патологии кисти

М. С. Алексеев, д. м. н., профессор, главный врач ГКБ № 4.



Несмотря на широкое применение пластических методов закрытия раневых дефектов пальцев кисти в травматологической и ортопедической практике, их использование в гнойной хирургии кисти довольно ограничено. В то же время, образующиеся в ряде случаев после обширных некрэктомий дефекты без пластического закрытия либо неизбежно приведут к ампутации пальца, либо исходом лечения будет обезображенный контрактурными и абсолютно непригодный орган. Проблема усугубляется при наличии деструктивного гнойного процесса в костных структурах кисти. Нами была поставлена цель улучшить функциональные и эстетические результаты хирургического лечения тяжелых гнойно-деструктивных заболеваний пальцев и кисти.

Для лечения гнойной костной патологии фаланг пальцев кисти с значительными дефектами мягких тканей нами у 13 пациентов были выполнены комбинированные оперативные вмешательства в объеме имплантации остеозамещающего препарата «КоллапАн» и одновременной несвободной перекрестной кожной пластики (рис. 1–4). Подготовка к имплантации биокомпозиционного материала включала в себя антибактериальную и противовоспалительную терапию, некрэксектрэктомию, санацию и дренирование гнойного очага. Образовавшиеся костные дефекты и диастазы были выполнены гранулами «КоллапАна», содержащими один из антибактериальных препаратов (гентамицин, линкомицин или диоксидин). Одновременно произведена перекрестная кожная пластика с соседнего пальца для закрытия раневого дефекта непосредственно над зоной введения биокомпозиционного материала. Кроме того, у 7 пациентов имплантация «КоллапАна» сочеталась с пластикой раневых дефектов местными тканями (рис. 5–10). Наконец, у 5 больных с костной пластикой «КоллапАн» был применен для заполнения донорского дефекта в большеберцовой кости (рис. 11–12).

Послеоперационный период у 13 больных с перекрестной пластикой протекал без осложнений. Через 3 недели кожные лоскуты были отсечены от питающей ножки и окончательно фиксированы к пораженному пальцу. У 12 больных лоскуты после отсечения сохраняли полную жизнеспособность. В одном случае в течение недели после отсечения питающей ножки была отмечена критическая ишемия пересаженного лоскута, купировавшаяся самостоятельно на фоне применения никотиновой кислоты и трентала.

У одного больного из группы с пластикой местными тканями в раннем послеоперационном периоде отмечено незна-

чительное пролабирование «КоллапАна» между краями раны, что мы связываем с передозировкой остеозамещающего препарата. Данное осложнение не потребовало дополнительных вмешательств и не привело к значительному удлинению сроков лечения.

Наконец, у всех пациентов с костной пластикой было констатировано гладкое течение послеоперационного периода.

Контрольные осмотры больных в сроки от 4 мес. до 3 лет после оперативных вмешательств позволили констатировать формирование эластичных подвижных рубцов. В ряде наблюдений было выявлено снижение функциональных показателей, однако это было обусловлено тяжестью перенесенного гнойного костно-деструктивного процесса. Напротив, введение «КоллапАна» после резекции межфаланговых суставов позволило получить в отдаленном периоде функционально пригодный анкилоз. На контрольных рентгенограммах заполненные биокомпозиционным материалом дефекты по плотности были сопоставимы с окружающей костной тканью.

Следует отметить, что сами по себе ни имплантация биокомпозиционного материала при сохранении открытого раневого дефекта, ни кожная пластика в «чистом» виде не позволили бы добиться полноценных результатов. Напротив, комбинация этих двух методов составила альтернативу ампутации фаланг или пальцев.

Таким образом, применение одномоментных вмешательств в объеме имплантации препарата «КоллапАн» и пластического закрытия раневых дефектов в хирургии гнойной кисти является не только оправданным, но и порой единственно возможным методом для сохранения функционально и эстетически пригодного пальца.



Рис. 1. Выполнена резекция дистального межфалангового сустава пальца кисти.

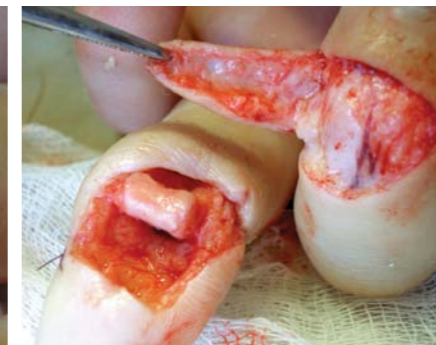


Рис. 2. Сформирован лоскут на питающей ножке.



Рис. 3. Костный диастаз выполнен гранулами КоллапАна.



Рис. 4. Выполнена перекрестная пластика с соседнего пальца.



Рис. 5. Остеомиелит костного трансплантата после резекции III–V пястных костей.



Рис. 6. Рентгенограмма до операции.



Рис. 7. После секвестрэктомии костная полость выполнена КоллапАном.



Рис. 8. Операция завершена Z-пластикой.



Рис. 9. Через 2 мес. после операции.



Рис. 10. Рентгенограмма кисти через 8 мес. после операции.



Рис. 11. КоллапАн имплантирован в большеберцовую кость после забора трансплантата из кортикального слоя.



Рис. 12. Рентгенограмма голени через 10 месяцев после операции.