

## РЕКОНСТРУКЦИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТИ

*М.С. Кадыров*

Приведены результаты операций у больных с дефектами ногтевых фаланг пальцев с использованием различных видов пальцевых лоскутов.

*Ключевые слова:* дефекты пальцев; пластика васкуляризированными пальцевыми лоскутами.

**Актуальность темы.** Травма кисти занимает первое место среди всех травм, на ее долю которой приходится до 57% наблюдений [1]. Из них повреждения ногтевой фаланги пальцев кисти составляет от 18 до 34% всех повреждений кисти [2].

Тем не менее, в вопросах тактики и реконструкции травматических дефектов ногтевых фаланг пальцев кисти нет единого мнения, что обуславливает актуальность данной проблемы, и особенно для практических хирургов [3, 4, 5, 6].

*Цель работы:* оптимизация хирургического лечения дефектов кожи и мягких тканей ногтевой фаланги пальцев кисти с использованием различных методов пластики.

**Материал и методы.** В отделении пластической реконструктивной микрохирургии и хирургии кисти национального госпиталя Минздрава Кыргызской Республики за период с января 2009 по февраль 2011 г. были обследованы

и прооперированы 121 больной с различными дефектами ногтевых фаланг пальцев кисти, которым были выполнены различные виды пластики с целью восстановления целостности кожи и мягких тканей.

Возраст больных колебался от 1,5 до 70 лет, мужчин было 73 (60,4 %), женщин – 48 (39,6 %). (см. таблицу).

Из данных таблицы видно, что большинство пациентов – это лица активного трудоспособного возраста от 18 до 45 лет (57,0%), причем 50 (41,3%) из них – мужчины.

В большинстве случаев пациенты имели следующие виды дефектов. У 78 (64,5%) пациентов были дефекты кожи и мягких тканей дистальной фаланги, которые не превышали  $d = 1,0$  см. Дефект корригирован применением V-Y-пластики. Этот метод используется при замещении дефектов мягких тканей, небольших по площади, не сопровождающихся поражением более глубоких,

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст больных, лет					Всего
	1,5–17	18–29	30–45	45–60	65–70	
Мужчины	13	23	27	14	8	85
Женщины	6	10	9	8	3	36
Всего	19	33	36	22	11	121

анатомически значимых структур. У 18 (14,9%) пациентов дефекты кожи и мягких тканей превышали  $d = 1,0$  см, произведена пластика дефекта ротированным кожно-фасциальным пальцевым лоскутом на питающей ножке. Показание к применению кожно-фасциального лоскута при обширных дефектах кожи и мягких тканей основывалось на невозможности использования локальных тканей. При скальпированных дефектах без глубоких повреждений мягких тканей был использован метод свободной полнослойной аутодермопластики – у 16 (13,2%) больных. Пластика местными тканями применена у 9 (7,4%) пациентов.

Для иллюстрации приведем клиническое наблюдение.

Травматический дефект кожи и мягких тканей третьего пальца правой кисти на уровне 1-й зоны (рис. 1). Размер дефекта 2,0 x 0,6 см. Нами было выполнено выделение кожно-фасциального

пальцевого лоскута, который был ротирован на 180 градусов по типу “пропеллера” к месту дефекта и был им замещен (рис. 2). Донорский дефект ушит первично (рис. 3). Послеоперационное течение без осложнений. Приживление лоскута полное (рис. 4).

**Результаты и обсуждение.** В ближайшем послеоперационном периоде у 4,9% больных наблюдался некроз лоскута, причина которого заключалась в нарушении кровообращения в лоскуте в результате неправильно выполненного выделения лоскута. У остальных 95,1% пациентов послеоперационный период протекал без осложнений с полным приживлением пересаженных трансплантатов.

В отдаленном периоде (от 6 месяцев до 1 года) у 89,1% оперированных имел место хороший функциональный и эстетический результат. К удовлетворительным относились результаты, когда восстановление функции пальца было не



Рис. 1. До операции



Рис. 2. Во время операции



Рис. 3. Вид после операции



Рис. 4. Отдаленный результат

полное, но удовлетворяло функциональным потребностям больного (10,9% больных).

Неудовлетворительных результатов не наблюдалось.

Таким образом, тактика реконструкции дефектов кожи и мягких тканей зависит от характера самого дефекта и при правильном подборе вида реконструкции возможно получение хорошего функционального и эстетического результата у 98,6% пациентов.

### ***Литература***

1. *Пирожкова Т.А., Андреева Л.А.* Оценка функции кисти в свете медико-социальной экспертизы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000. № 3. С. 25–27.
2. *Новиков А.В., Щедрина М.А.* Предпосылки к созданию системы реабилитации больных с последствиями травм и заболеваний кисти. СПб., 2001. № 3. С. 24–27.
3. *Белоусов А. Е.* Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. СПб.: Гиппократ, 1998. С. 180, 370, 408.
4. *Усольцева Б.В., Машкара К.И.* Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Изд. 3-е. М., 1986. С. 242–245.
5. *Grabb and Smith's Plastic Surgery, Sixth Edition* by Charles H. Thorne. 2007. С. 771–775.
6. *Reconstructive plastik surgery. Principles and procedures in correction, reconstruction and transplantation.* V. IV. John Marquis Converse M.D. J. William Littler, M.D. С. 1639–1641.