

ВТОРИЧНАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ ЛУЧЕВЫМ ЛОСКУТОМ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Т.Р. МИНАЕВ, О.Н. НИЗОВ, А.Б. ХАКИМОВ, Ж.Х. ДАВЛАТОВ, Х.Р. СУВАНОВ, М.Ж. ЮЛДАШЕВ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В статье представлен случай из практики, когда больному с обширными рвано-ушибленными ранами тыльной поверхности правой кисти и II, III, IV, V пальцев с дефектом кожи и мягких тканей, с повреждением сухожилий разгибателей II, III, IV пальцев, открытыми переломами головок II, III пястных костей и основных фаланг II и IV пальцев, с декомпенсацией кровообращения тыльного кожного лоскута, через 8 часов после получения травмы выполнены восстановление сухожилий разгибателей II – IV пальцев, формирование искусственной синдактилии между II, III и IV пальцами и закрытие области дефекта тыльной поверхности кисти и пальцев транспонированным лучевым лоскутом на реверсированном кровотоке. Через 5 месяцев был выполнен 2-й этап пластики: разделение искусственной синдактилии между II, III и IV пальцами правой кисти с формированием межпальцевых промежутков перемещенными треугольными лоскутами на ножках, выкроенными из дистального края лучевого лоскута, без использования свободных аутокожных трансплантатов с хорошим функциональным и косметическим эффектом.

Ключевые слова: кожные дефекты кисти и пальцев, кожная пластика, лучевой лоскут, искусственная синдактилия.

A CASE REPORT: SECONDARY SKIN PLASTY AFTER CLOSING DEFECTS OF THE HAND AND FINGERS WITH A RADIAL FLAP

T.R. MINAEV, O.N. NIZOV, A.B. KHAKIMOV, J.H. DAVLATOV, H.R. SUVANOV, M.Z. YULDASHEV

Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

The article presents a case of patient with extensive lacerated-bruised wounds of dorsal skin of the right hand and with soft tissue defects of 2nd, 3rd, 4th and 5th fingers, with damage of the tendons of extensors of 2nd, 3rd and 4th fingers, open fractures of the heads of 2nd and 3rd metacarpal bones and the main phalanges of the 2nd and 4th fingers, with decompensation of the blood circulation of the back skin flap, after 8 hours after injury, the tendons of the extensors of the 2nd, 3rd and 4th fingers were restored, formation of artificial syndactyly between 2nd, 3rd and 4th fingers and closure of the defect area of the back surface of the hand and fingers with transposed radial flap on reversed blood flow was made. After 5 months 2nd stage of plasty was performed: the separation of artificial syndactyly between the 2nd, 3rd and 4th fingers of the right hand with the formation of interdigital spaces by moved triangular flaps on the pedicles cut out from the distal edge of the radial flap, without using free auto cutaneous grafts with a good functional and cosmetic effect.

Key words: skin defects of hand and fingers, skin plastic, radial flap, artificial syndactyly.

В практике закрытия обширных и глубоких травматических дефектов кожи и мягких тканей кисти и пальцев, с обнажением и повреждением подлежащих структур (костей, сухожилий, нервов,

сосудов) особое место занимают перемещенные островковые лоскуты, а среди них лучевой, или так называемый «китайский», лоскут предплечья на реверсированном кровотоке [1, 3, 4].

Несомненными преимуществами данного метода являются: выполнение операции в один этап и отсутствие необходимости наложения микрососудистых анастомозов. Это облегчает уход за раной, значительно упрощает медикаментозное лечение в послеоперационном периоде и позволяет начать ранние активные движения в локтевом и плечевом суставах с первых дней после операции, обеспечивая таким образом в отдаленном периоде хороший функциональный результат [5, 6].

Между тем, данный способ, несомненно, требует значительных затрат врачебного труда и времени: операция чаще всего проводится под общим наркозом; длительность её, в зависимости от тяжести повреждения, составляет до 4-5 часов. Кроме того, на месте забора лоскута на предплечье неизбежно образуется кожный дефект, для закрытия которого необходимо использовать свободный аутокожный трансплантат [2].

Еще одной проблемой, возникающей уже в отдаленном послеоперационном периоде, если лоскут применялся для закрытия не только дефектов кисти, но и пальцев, является раз-

деление искусственно созданной синдактилии. Это требует повторного оперативного вмешательства, которое должно выполняться грамотно и достаточно щадяще, чтобы не нарушить архитектонику кровоснабжения пересаженного лоскута.

Клинический пример. Больной Ч., 40 лет, был госпитализирован в РНЦЭМП с диагнозом: Обширные рвано-ушибленные раны тыльной поверхности правой кисти и II, III, IV, V пальцев с дефектом кожи и мягких тканей, с повреждением сухожилий разгибателей II, III, IV пальцев, открытыми переломами головок II, III пястных костей и основных фаланг II и IV пальцев, с декомпенсацией кровообращения тыльного кожного лоскута. В анамнезе: за 8 часов до поступления кисть попала в хлопо-чесальный станок. После получения травмы больной был доставлен в местную ЦРБ, где сделаны ПХО ран, репозиция переломов и остеосинтез металлическими спицами, однако после операции, с учетом состояния кожи тыла кисти, больной был направлен к нам. Вид кисти и рентгенограмма при поступлении представлены на рисунках 1 и 2.



Рис. 1. Вид кисти при поступлении.



Рис. 2. Рентгенограмма.



Рис. 3. Создание синдактилии (вид с тыла).



Рис. 4. Создание синдактилии (вид с ладони).

В нашем центре больной был вновь оперирован. Выполнены – хирургическая обработка и ревизия ран. Восстановление сухожилий разгибателей II – IV пальцев. Формирование искусственной синдактилии между II, III и IV пальцами. Транспозиция лучевого лоскута на реверсированном кровотоке на область дефекта тыльной поверхности кисти и пальцев с закрытием донорского дефекта предплечья свободным аутокожным трансплантатом. Иммобилизация гипсовой лонгетой (рис. 3-6).

Послеоперационное течение протекало гладко. Полное приживание как перемещенного лучевого лоскута, так и свободного аутокожного трансплантата. Спицы удалены через 6 недель, после полного сращения переломов.

В связи с карантинными мероприятиями больной смог обратиться к нам повторно только через 5 месяцев после первичной операции с жалобами на наличие сращения между II – III – IV пальцами правой кисти, что затрудняло ее нормальное функционирование (рис. 7).

Был выполнен 2-й этап пластики: разделение искусственной синдактилии между II, III и IV пальцами правой кисти с формированием меж-

пальцевых промежутков перемещенными треугольными лоскутами на ножках, выкроенными из дистального края лучевого лоскута, без использования свободных аутокожных трансплантатов (рис. 8 и 9).

Послеоперационное течение без особенностей. Вид на контрольном осмотре через 3 месяца представлен на рисунках 10 и 11.

ВЫВОДЫ

Лучевой, или так называемый «китайский», лоскут предплечья на реверсированном кровотоке позволяет закрывать травматические дефекты кожи и мягких тканей кисти и пальцев с обнажением и повреждением подлежащих структур в один этап и без наложения микрососудистых анастомозов.

Данный способ, несомненно, требует высокой квалификации хирурга, занимает длительное время, проводится под общим наркозом, обязательно требует для закрытия донорского места на предплечье пересадки свободного аутокожного трансплантата.

В случае, если лоскут применялся для закрытия не только дефектов кисти, но и пальцев, требуется



Рис. 5. Поднятие лучевого лоскута

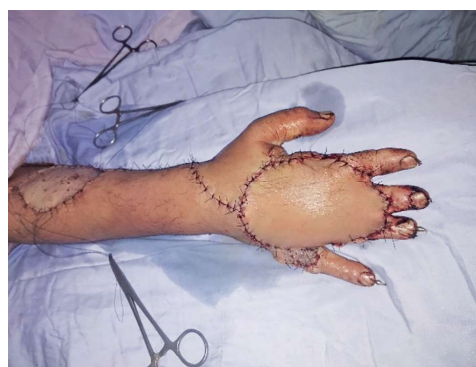


Рис. 6. Окончательный вид



Рис. 7. Вид через 5 месяцев.



Рис. 8. После разделения синдактилии (вид с тыла)



Рис. 9. После разделения синдактилии (вид с ладони)



Рис. 10. Окончательный вид (с тыла)



Рис. 11. Окончательный вид (с ладони)

повторное оперативное вмешательство для разделения искусственно созданной синдактилии.

После полного приживления дистальный край лучевого лоскута легко может быть исполь-

зован при разделения синдактилии, для формирования межпальцевых промежутков, без использования свободных аутокожных трансплантатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Саакян А.Б., Ягджян Г.В., Барбакадзе А.Б., Абрамян Д.О. Реконструкция кисти островковыми лоскутами. Методическое пособие. Ереван. 2004; 120.
2. Acar M.A., Güleç A., Aydın B.K., Erkoçak Ö.F., Elmadag M., Türkmen F. Reconstruction of dorsal hand and finger defects with reverse radial fasciocutaneous forearm flaps. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2015; 25(4):723-729.
3. Flügel A., Heitmann C., Kehrer A., Germann G., Sauerbier M. Defect coverage of the hand with the free serratus fascial flap. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2005; 37(3):186-92.
4. Jimenez Muñoz-Ledo G., Melgosa-Juárez M., Palacios-Juárez J., Morales-Maza J., Rodríguez-Quintero J.H. Complex upper limb reconstruction using dorsoepigastric flap. Case report of a convenient resource. *Int J Surg Case Rep* 2019; 62:31-34. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.08.002.
5. Van Bekkum S., De Jong T., Zuidam M., Mureau M.A.M. Long-term quality of life after free flap upper extremity reconstruction for traumatic injuries. *J Reconstr Microsurg* 2020; 36(3):213-222.
6. Veravuthipakorn L., Veravuthipakorn A. Microsurgical free flap and replantation without antithrombotic agents. *J. Med Assoc Thai*. 2004; 87(6):665-669.

ҚЎЛ ПАНЖАСИ ВА БАРМОҚЛАР НУҚСОНЛАРИНИ БИЛАК ЛАХТАГИ БИЛАН ЁПИШДАН КЕЙИНГИ ИККИЛАМЧИ ТЕРИ ПЛАСТИКАСИ. АМАЛИЁТДАН ОЛИНГАН ҲОЛАТ

Т.Р. МИНАЕВ, О.Н. НИЗОВ, А.Б. ХАКИМОВ, Ж.Х. ДАВЛАТОВ, Х.Р. СУВАНОВ, М.Ж. ЮЛДАШЕВ

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада ўнг қўл панжаси орқа юзаси ва II, III, IV, V бармоқлар кенг урилиб йиртилган жароҳатлари, тери ва юмшоқ тўқималар дефекти, шу жумладан II, III, IV бармоқларнинг ёзувчи пайлари шикастланган, II, III кафт усти суяклари бошларнинг ҳамда II ва IV бармоқлар асосий фалангалари очиқ синиши, қўл панжаси орқа юзасидаги тери лахтагидаги қон айланиши декомпенсацияси билан бўлган ҳолат келтирилган. Жароҳат олингандан 8 соатдан кейин II – IV бармоқларнинг ёзувчи пайлари тикланган, II, III ва IV бармоқлар орасида сунъий синдактилия шакллантирилган ва панжа орқа юзаси ва бармоқлар соҳасидаги тери нуқсони тескари қон оқимиға эға билак лахтаги ёрдамида ёпилган. 5 ойдан кейин пластиканинг 2-босқичи бажарилди: эркин тери аутотрансплантати ишлатмасдан, билак лахтаги дистал қирғоқларидан оёқчаларда учбурчак шаклдаги тери лахтагини бармоқлараро оралиқ соҳаға силжитилиш ва шакллантириш йўли билан ўнг қўл II, III ва IV бармоқлари орасидаги синдактилияни ажратиш амалиёти бажарилган. Яхши функционал ва косметик кўринишға эға бўлган натижа олинган.

Калит сўзлар: *қўл ва бармоқларнинг тери нуқсонлари, тери пластикаси, билак лахтаги, сунъий синдактилия.*

Сведения об авторах:

Минаев Тимур Рафаэльевич – кандидат медицинских наук, врач-ординатор отделения сосудистой хирургии с микрохирургией Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. E-mail: minaev.timur@lenta.ru.

Низов Олег Николаевич – кандидат медицинских наук, врач-ординатор отделения сосудистой хирургии с микрохирургией Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. E-mail: oleg_nic62@mail.ru.

Хакимов Анвар Баходирович – врач-ординатор отделения сосудистой хирургии с микрохирургией Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Давлатов Жохонгир Хамиджон ўгли – врач-ординатор отделения сосудистой хирургии с микрохирургией Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. E-mail: jahdav1979@gmail.com.

Суванов Хусниддин Рустамович – врач-ординатор отделения сосудистой хирургии с микрохирургией Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. E-mail: suvonov.xr@list.ru.

Юлдашев Мухаммад Джураевич – врач-ординатор отделения сосудистой хирургии с микрохирургией Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Authors

Timur Minaev – MD, PhD, Department of Vascular Surgery and Microsurgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: minaev.timur@lenta.ru.

Oleg Nizov – MD, PhD, Department of Vascular Surgery and Microsurgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: oleg_nic62@mail.ru.

Anvar Khakimov – MD, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.

Jahongir Davlatov – MD, Department of Vascular Surgery and Microsurgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: jahdav1979@gmail.com.

Husniddin Suvanov – MD, Department of Vascular Surgery and Microsurgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: suvonov.xr@list.ru.

Muhammad Yuldashev – MD, Department of Vascular Surgery and Microsurgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.