

ОПЫТ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ

А. Ф. КОТОВИЧ, А. К. ЗЕНЬКОВ

Кафедра госпитальной хирургии (заведующий — доцент И. А. Петухов)
Витебского медицинского института

Успешное лечение больных с обширными и глубокими ожогами стало возможно с 1939 г., когда Э. Педжет впервые применил дерматом. В последующие годы ряд авторов (Т. Я. Арьев, Б. А. Петров, В. Д. Братусь, М. В. Колокольцев, Т. Е. Гнилорыбов и др.) усовершенствовали дерматом и методы кожной пластики. Они часто применяли сплошные «дерматомные» кожные лоскуты и получали хорошие функциональные результаты.

В хирургическом отделении Витебской областной клинической больницы с 1949 по 1968 гг. нами выполнены 482 кожные пластики больным при ожогах, открытых повреждениях тканей с большим дефектом кожи, рубцовых контрактурах, трофических язвах, скальпированных ранах головы.

53% составили мужчины и 47% — женщины. Возраст больных: до 16 лет — 38,5%, 17—50 лет — 49%, старше 50 лет — 12,5%.

В 73,2% кожная пластика применена при ожогах, в 11,8% — при травмах, в 8,1% — при трофических язвах, в 5,4% — при рубцовых контрактурах не ожоговой этиологии и в 1,5% — при скальпированных ранах головы. При обширных и глубоких ожогах в предоперационном периоде назначалось высококалорийное питание, витаминотерапия и многократное переливание крови, плазмы и белковых препаратов.

Переливание крови производили через 1—2 дня, взрослым по 200—600 мл, детям — по 200—400 мл. Больным со свежими ожогами производили раннюю некрэктомию и добивались появления хороших грануляций к концу третьей и началу четвертой недели. Местно на ожоговые раны применяли повязки с растворами риванола, фурацилина, а также с оксикортом, 10% эмульсией стрептоцида и 3% раствором борной кислоты. Такая подготовка больных проводилась под контролем показателей морфологического, биохимического состава крови и микрофлоры раны.

Массивное, многократное и частое переливание крови у больных с обширными гранулирующими ранами улучшает их общее состояние, повышает количество гемоглобина, эритроцитов и белка, что положительно сказывается в последующем на приживлении трансплантатов. Однако у ряда больных даже массивное переливание крови не улучшало общего состояния, гемоглобин оставался низким (32—50%), развивалось ожоговое истощение. Таким больным, несмотря на гипохромную анемию, при ранах, не превышающих 10% поверхности тела, производили аутопластику «дерматомным» трансплантатом, а при обширных гранулирующих ранах аутопластику сочетали с гомопластикой. В послеоперационном периоде больные нуждаются в переливании крови (2—3 раза в неделю по 200—400 мл) до полного заживления ран.

Больным с обширными гранулирующими ранами на почве ожогов производили поэтапную кожную пластику, при этом функционально подвижные области и лицо закрывали сплошным «дерматомным» лоскутом. На остальных участках тела применяли метод «почтовых марок». Пересадку кожи чаще производили на грануляционный покров (как менее травматичное вмешательство). Предварительное выскабливание ложа применяли при избыточных грануляциях, а также при пластике на лице, шее и ограниченных глубоких ожогах.

Первую повязку накладывали с эмульсией стрептоцида, йодоформом или раствором риванола. После пересадки трансплантата на гранулирующие раны первую перевязку делали на 3—4-й день, чтобы сохранить трансплантаты от гнойного расплавления. Сроки последующих перевязок решали индивидуально.

Применение кожной пластики в сочетании с общим и местным лечением у больных с ожогами было успешным: у 98 больных отмечено полное приживление трансплантатов, у 26—частичный некроз и у 7—полный некроз трансплантатов.

При открытых повреждениях тканей с большим дефектом кожи после тщательной хирургической обработки раны мы применяли первичную кожную пластику «дерматомным» лоскутом или полнослойным кожным лоскутом на питающей ножке. При инфицированных ранах производили вторичную кожную пластику на гранулирующую поверхность.

Рубцовые контрактуры лечили методом иссечения рубцов в пределах здоровых тканей с последующим закрытием дефекта «дерматомным» трансплантатом. Полного некроза трансплантатов при этом не отмечалось, наблюдался лишь частичный некроз трансплантата у 4 больных.

24 больным с трофическими язвами произведено 39 пересадок кожи. Наш опыт показал, что при трофических язвах методом выбора является пересадка полнослойного кожного лоскута на питающей ножке.

При скальпированных ранах головы вначале добивались получения грануляционной ткани, иногда нарушая для этого целостность кортикального слоя кости, а затем грануляции закрывали «дерматомным» трансплантатом.

4 больным со скальпированными ранами головы произведено 7 пересадок кожи, при этом у всех наблюдался частичный лизис трансплантатов. Они выписаны из клиники с мелкими эпителизирующими ранами; в последующем наступало полное заживление ран.

ВЫВОДЫ

1. Лучшей методикой кожной пластики при ожогах, открытых повреждениях тканей, скальпированных ранах и рубцовых контрактурах

является аутопластика расщепленным «дерматомным» кожным лоскутом с полным одномоментным закрытием дефекта.

2. При обширных и глубоких ожогах целесообразно применение поэтапной кожной пластики «дерматомными» лоскутами в сочетании с методом «почтовых марок».

3. При инфицированных травматических ранах лучше производить вторичную кожную пластику на грануляционную поверхность.

4. При трофических язвах методом выбора является пересадка полнослойного кожного лоскута на питающей ножке.

ЛИТЕРАТУРА

Колесников И. С., Вихрнев Б. С.. Оперативное лечение глубоких термических ожогов, М., 1962.— Б р а т у с ь В. Д. Хирургическое лечение термических ожогов, Киев, 1963.— А р ь е в Т. Я. Термические поражения, Л., 1966.— Г н и л о р ы б о в Т. Е., К о т А. И. Пластика свободным кожным лоскутом, Минск, 1968.