

Обсуждая сравнительные показатели, стоит отметить, что традиционные хирургические вмешательства дают схожие показатели в отношении эффективности, однако чаще сопровождаются более выраженными болевыми и восстановительными аспектами. Пункция с аспирацией имеет самый низкий уровень рецидивов, но нередко требует повторных вмешательств, что снижает ее привлекательность. Таким образом, лазерное лечение представляется перспективной альтернативой.

Выводы

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- Лазерное лечение синовиальных кист и гигром эффективно в 92 % случаев, обеспечивая облитерацию кисты или уменьшение размера образования и устранение симптомов.
- Метод обладает высокой безопасностью, практически не вызывает осложнений и позволяет проводить лечение в амбулаторных условиях.
- Рецидивы встречаются в небольшом количестве случаев и требуют повторной лазерной терапии или хирургического вмешательства.

Целесообразно внедрение лазерных методов в стандартные протоколы лечения синовиальных кист, а также проведение дальнейших рандомизированных контролируемых исследований с большим объемом выборки для подтверждения полученных данных и определения наиболее оптимальных режимов воздействия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ковчур, О. И. Применение лазера в лечении гигром / О. И. Ковчур, П. И. Ковчур, А. И. Фетюков // Лазерная медицина. – 2021. – Т. 25. № 53. – С. 21.
2. Ganglions of the hand and wrist: Retrospective statistical analysis of 520 cases / S. Kuliński, O. Gutkowska, S. Mizia, J. Gosk [et al.] // Adv. Clin. Exp. Med. 2017. – Vol. 26, № 1. – P. 95-100. – DOI: 10.17219/acem/65070.
3. Open Excision of Dorsal Wrist Ganglion. / M. A. Elahi, M. L. Moore, J. R. Pollock [et al.] // JBJS Essent Surg Tech. 2023. – Vol. 13, № 2. – Art: e21.00043. – DOI: 10.2106/JBJS.ST.21.00043.

УДК 617.576-001-089.844-77:616.5

И. А. Славников^{1,2}, А. А. Ярец¹, Ю. И. Ярец³, З. А. Дундаров¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 1»,

г. Гомель, Республика Беларусь

³Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»,

г. Гомель, Республика Беларусь

ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАСТИКИ ПАХОВЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ КИСТЕЙ

Введение

Механические травмы кисти с отслойкой покровных тканей по типу «перчатки», сочетающиеся со скелетированием фаланг пальцев, имеют высокий риск инвалидизации пострадавших, вследствие нарушения анатомической структуры кисти и ее

функций [1]. Возникновение обширных дефектов кожи кисти с обнажением глубоких структур (костей, суставов, мышц, сухожилий) требует использования кожной пластики, дающей возможность максимально возможного восстановления анатомии и функций поврежденного сегмента при минимальном ущербе для донорской зоны [2]. Одним из вариантов хирургического лечения может являться итальянская пластика тканями паховой области, имеющими осевое кровоснабжение, описанная в 1972 году И. Мак-Грегором и И. Джексоном в 1972 году, и получившая название «пластики паховым лоскутом» [3, 4, 5].

Цель

Оценить возможность применения итальянской пластики паховым лоскутом на осевом питающем сосуде (поверхностной артерии, огибающей подвздошную ось) при хирургическом лечении пациентов с обширными дефектами кожи кисти и обнажением глубоких структур, причиной которых явилась механическая травма.

Материалы и методы исследования

В ожоговом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1» за период с 2012 по 2024 годы пролечено 49 травмированных с дефектами покровных тканей кисти, вследствие механических повреждений, для устранения которых использовалась итальянская пластика кожно-фасциальным паховым лоскутом на осевом питающем сосуде (поверхностной артерии, огибающей подвздошную ось). Среди общего числа пострадавших у 5 пациентов (10,2 %) зафиксировано скелетирование 3–4 пальцев в сочетании с «перчаточной» субфасциальной отслойкой кожи, подкожной жировой клетчатки и фасции, имеющее локализацию от линии соответствующих пястно-фаланговых суставов до уровня средних третей диафизов пястных костей. У 100 % пациентов травма была производственной. Травмированные находились в возрастной группе от 22 до 32 лет. По половому признаку большинство травмированных составили мужчины (80 %; 4 пациента), меньшинство – женщины (20 %; 1 пострадавшая).

Результаты исследования и их обсуждение

Всем пациентам из указанной группы хирургическое лечение было выполнено в срок от 2 до 19 часов с момента травмы. Для обезболивания при выполнении операции у всех травмированных использовалась многокомпонентная эндотрахеальная ингаляционная анестезия. Кожно-фасциальный лоскут языкообразной формы выкраивали на контралатеральной травмированной кисти стороне передней брюшной стенки. Размеры формируемых лоскутов варьировались от 11,0 x 20,0 см до 13,0 x 28,0 см. Донорские раны передней брюшной стенки устранялись одномоментно путем их послойного ушивания с установкой активного двухпросветного дренажа на срок от 7 до 10 дней после выполнения хирургического вмешательства.

Средняя продолжительность функционирования временной питающей ножки лоскута у пациентов составила 28,5 дней. В течение 8–18 дней перед выполнением второй операции (отсечения питающей ножки) проводилась тренировка лоскута путем пережатия его ножки эластичным кишечным жомом. Второй этап оперативного вмешательства осуществлялся с использованием местной инфильтрационной анестезии. Адаптация краев культи пахового лоскута к краям раневого дефекта на кисти осуществлялась с использованием проводниковой анестезии ветвей плечевого сплетения через 5–7 дней после завершения второго этапа.

В последующем всем пациентам осуществлялось этапное хирургическое лечение, целью которого являлась ликвидация послеоперационных межпальцевых синдак-

тий с формированием межпальцевых промежутков и пальцев, что достигалось путем использования различных видов кожной пластики, а также их комбинаций (трапецевидной, множественной Z-пластики, пластики расщепленными кожными трансплантатами). Хирургические вмешательства выполнялись в условиях стационара, с последующим продолжением лечения в поликлиниках по месту жительства пациентов.

У всех пострадавших зафиксировано возникновение послеоперационных осложнений (краевые некрозы кожно-фасциального лоскута, лизис части расщепленных кожных трансплантатов). Возникновение указанных осложнений не приводило к увеличению сроков и числа госпитализаций и нивелировалось консервативными методами в поликлинических условиях.

Длительность временной нетрудоспособности у всех пациентов составила 240 дней (срок проведения второй МРЭК), средняя продолжительность лечения в стационаре – 134,5 дня, среднее число госпитализаций – 9, среднее число хирургических вмешательств – 11, средняя продолжительность всех выполненных операций – 1225 минут. После проведения второй МРЭК всем пострадавшим оформлена третья группа инвалидности; все пациенты продолжили трудовую деятельность на прежнем рабочем месте.

Выводы

1. Применение пластики паховым лоскутом на осевом питающем сосуде дает возможность выполнить пластическое закрытие обширных субфасциальных дефектов кисти в сочетании со скелетированием нескольких пальцев.

2. Использование кожно-фасциального пахового лоскута позволяет у пациентов с травмами кисти позволяет восстановить анатомическую структуру и функции поврежденного сегмента верхней конечности.

3. Итальянская пластика паховым лоскутом обеспечивает получение трансплантата значительных размеров с минимальным косметическим ущербом для донорской зоны.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Славников, И. А. Применение пахового лоскута с осевым кровоснабжением при лечении пациентов с травмами и заболеваниями кисти / И. А. Славников, Л. Н. Рубанов, В. Л. Рубанов // Современные достижения молодых учёных в медицине – 2020 : материалы Респ. науч.-практ. конф. молодых ученых, г. Гродно, 27 нояб. 2020 г. / Гродн. гос. мед. ун-т. – Гродно : ГрГМУ, 2020. – С. 188–190.

2. Славников, И. А. Использование пластики паховым лоскутом при субтотальных дефектах покровных тканей кисти, вследствие механической травмы [Электронный ресурс] / И. А. Славников, А. А. Ярец, Ю. И. Ярец, З. А. Дундаров // VII съезд комбустиологов России : сб. тез. VII съезда комбустиологов России с междунар. участием, г. Москва, 23–26 апреля 2025 г. / Комбустиология. – 2025. – № 73–74. – URL: С. 188–190. <http://combustiology.ru/journal/vtoroj-sbornik/> (дата обращения: 12.09.2025).

3. Белоусов, А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. – СПб. : Гиппократ, 1998. – 744 с.

4. Обыденнов, С. А. Основы реконструктивной пластической микрохирургии / С. А. Обыденнов, И. В. Фраучи. – СПб. : Человек, 2000. – 214 с.

5. Fu-Chan, W. Flaps and reconstructive surgery / W. Fu-Chan, S. Mardini. – Saunders : Elsevier. – 2010. – 624 p.