

© Коллектив авторов, 2018
УДК 616-001-031.14-06:616.718:616.5-007.281-089
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-4-83-85

Я. В. Гавришук, С. И. Микитюк, А. Е. Демко, И. В. Кажанов, А. В. Никитин

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ И ОБШИРНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОТСЛОЙКОЙ КОЖИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: политравма, повреждение нижних конечностей, травматическая отслойка кожи

Ya. V. Gavrishuk, S. I. Mikityuk, A. E. Demko, I. V. Kazhanov, A. V. Nikitin

Treatment of the patient with polytrauma and extensive degloving injury of skin tissue of the lower limb

Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine», Russia, St. Petersburg

Keywords: polytrauma, injury of lower limbs, degloving injury of skin tissue

Оказание специализированной медицинской помощи пострадавшим с политравмой и травматической отслойкой кожи остается актуальной проблемой из-за ошибок в диагностике и отсутствия единой тактики лечения, так как основное внимание уделяется устранению жизнеугрожающих последствий травм, не предполагая возможное тяжелое закрытое повреждение, такое как травматическая отслойка кожи [1, 2].

Цель данного наблюдения – показать возможности использованного нами способа лечения обширной циркулярной травматической отслойки кожи конечности.

Пострадавшая Л., 62 лет, 16.12.2016 г. получила травму в результате дорожно-транспортного происшествия (пешеход, сбита автобусом). Доставлена в травмоцентр 1-го уровня (наш институт) через 47 мин после получения травмы. Сознание пострадавшей по шкале ком Глазго CGS 14 баллов, АД 60/40 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 105 уд./мин. При осмотре обнаружена рвано-ушибленная рана размерами 3×1 см по наружной поверхности нижней трети правого бедра с продолжающимся наружным кровотечением. Правая нижняя конечность синюшного цвета, имеются след от протектора колеса в виде кровоизлияний по внутренней поверхности, отек, асимметрия травмированного сегмента от паховой складки до нижней трети голени. Определялась флюктуация, неравномерность консистенции мягких тканей, патологическая подвижность кожи относительно подлежащих тканей – симптом Келлера (кожа собирается в складку и сдвигается), а также гипертермия и снижение чувствительности в области повреждения.

После проведения интенсивной терапии была достигнута относительная стабилизация гемодинамики (АД 110/65 мм рт. ст., ЧСС 90 уд./мин). Выполнено сокращенное ультразвуковое исследование (УЗИ) грудной и брюшной полостей при травме (FAST-протокол), а также спиральная компьютерная томография (СКТ) головы, груди, позвоночника, таза. При УЗИ области повреждения

отмечено наличие полостей, различных по размерам и контурам с гипер- и гипозоногенными включениями. На рентгенограммах правого коленного сустава выявлен перелом наружного мыщелка бедренной кости со смещением отломков. Сформулирован диагноз: «Тяжелая сочетанная травма позвоночника, конечностей. Закрытая стабильная травма позвоночника без нарушения проводимости спинного мозга. Перелом левого поперечного отростка 1 поясничного позвонка. Открытый внутрисуставной перелом наружного мыщелка правой бедренной кости. Рвано-ушибленная рана наружной поверхности нижней трети правого бедра. Обширная циркулярная отслойка кожи правого бедра и голени. Продолжающееся наружное кровотечение. Острая кровопотеря. Травматический шок III степени».

С целью временной остановки кровотечения в полость отслойки кожи на время обследования пострадавшей использовали эластичные бинты. Оценена обширность и глубина повреждения тканей правой нижней конечности при ревизии. Выявлено циркулярное отслоение кожи правой нижней конечности площадью более 1000 см² с повреждением подлежащих тканей (подкожной жировой клетчатки, фасции, мышц). Отслоенный лоскут признан нежизнеспособным, принято решение о выполнении свободной аутодермопластики по Красовитову. Кожный лоскут отсечен на границе перехода его в неповрежденную кожу. Удалена подкожная жировая клетчатка с отсеченного лоскута и раневой поверхности конечности (рисунк, а; б). Для укрытия обнаженной большеберцовой кости выполнена несвободная мышечная пластика медиальной головкой икроножной мышцы на проксимальной питающей ножке. Кожный лоскут перфорирован, уложен на раневую поверхность правой нижней конечности и фиксирован отдельными узловыми швами (рисунк, в; г). С целью иммобилизации перелома бедренной кости и создания благоприятных условий для заживления раны травмированный сегмент иммобилизован стержневым аппаратом внешней фиксации (АВФ) с замыканием правого тазобедренного и коленного суставов (рисунк, д).

В послеоперационном периоде проводили инфузионно-трансфузионную, антикоагулянтную, дезагрегантную, детоксикационную терапию, парентерально вводили антибактери-



а



б



в



г



д

Рис. 1. Внешний вид правой нижней конечности пациентки Л., 62 лет, с политравмой и травматической отслойкой кожи: а – отсеченный кожный лоскут; б – вид конечности после первичной хирургической обработки; в, г, д – после пластики по Красовитову – вид спереди (в); вид сбоку (г); после наложения АВФ (д)

альные препараты широкого спектра действия. Осуществляли физиотерапевтические процедуры, гипербарическую оксигенацию, перевязки с использованием атравматичных повязок. Достигнуто приживление 90 % площади пересаженного кожного лоскута. Швы сняты на 17-е сутки, АВФ демонтирован на 25-е сутки, после чего выполнены открытая репозиция, остеосинтез перелома наружного мыщелка бедренной кости винтами.

Выписана в удовлетворительном состоянии через 7 недель после травмы. С целью улучшения лимфотического оттока и микроциркуляции рекомендовано ношение компрессионного трикотажа, прием венотоников и дезагрегантов, компрессионный аппаратный лимфодренажный массаж.

Таким образом, примененный способ лечения травматической отслойки кожи по В. К. Красовитову у пострадавшей с политравмой позволил добиться закрытия обширного дефекта кожи и может быть рекомендован для этой категории пациентов [3, 4].

Конфликт интересов / Conflicts of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Микусев И. Е., Микусев Г. И., Хабибуллин Р. Ф. Травматическая отслойка кожи : вопросы диагностики и лечения // *Практ. мед.* 2013. № 1-2-2 (68). С. 104–107. [Mikusev I. E., Mikusev G. I., Habibullin R. cF. *Travmaticheskaya otsloika kozhi : voprosy diagnostiki i lecheniya* // *Prakticheskaya medicina*. 2013. № 1-2-2 (68). P. 104-107.]
2. Bonilla-Yoon I., Masih S., Patel D. B. et al. The Morel-Lavallée lesion : pathophysiology, clinical presentation, imaging features, and treatment options // *Emerg. Radiol.* 2014. Vol. 21, № 1. P. 35–43.
3. Красовитов В. К. Первичная пластика отторгнутыми лоскутами кожи. Краснодар : Краевое книгоизд-во, 1947. 236 с. [Krasovitev V. K. *Pervichnaya plastika ottorgnutymi loskutami kozhi*. Krasnodar : Kraevoe knigoizdatel'stvo, 1947. 236 p.]
4. Mello D. F., Assef J. C., Soldá S. C. et al. Degloving injuries of trunk and limbs: comparison of outcomes of early versus delayed assessment by the plastic surgery team // *Rev. Col. Bras. Cir.* 2015. Vol. 42, № 3. P. 143–148.

Сведения об авторах:

Гавришук Ярослав Васильевич (e-mail: gavrishukkatro@mail.ru), канд. мед. наук, зав. операционным блоком № 2; *Микитюк Сергей Иванович* (e-mail: smikityuk@yandex.ru), канд. мед. наук, старший преподаватель учебного центра; *Демко Андрей Евгеньевич* (e-mail: demkoandrey@gmail.com), д-р мед. наук, зам. главного врача по хирургии; *Кажанов Игорь Владимирович* (e-mail: carta400@rambler.ru), канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела сочетанной травмы; *Никитин Александр Валерьевич* (e-mail: aleknicitin@gmail.com), врач-хирург отделения сочетанной травмы; Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3.