

- Шкала AIS определяет степень тяжести только отдельных повреждений, т.е. может использоваться только для изолированных травм.
- При использовании шкалы ISS видно, что при локализации повреждений в четырех и более анатомических областях остаются неучтенные повреждения, что приводит к неточной оценке тяжести травмы. Кроме того, данная шкала не позволяет учитывать множественную травму, т.к. при оценке учитывается наивысший балл повреждения из одной отдельной области.
- Шкала PTS проста в использовании, однако содержит в себе малое количество наименований повреждений в каждой анатомической области, что при наличии широкого спектра повреждений не позволяет объективно оценить тяжесть травмы каждого пациента.
- Шкала ВПХ-П обладает высокой вариативностью показателей, что упрощает задачу врачам для оценки тяжести травмы при поступлении пострадавших в многопрофильное лечебное учреждение.
- Все вышеуказанные анатомические шкалы являются цифровым показателем тяжести повреждения и не отражают тяжести состояния пациента, которое может меняться в процессе лечения.

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫМИ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ НА ДИСТАЛЬНОМ ОСНОВАНИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹ Федоров К. А., ² Богдан В. Г., ¹ Сухарев А. А.

¹ ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь»

² Военно-медицинский факультет

УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Беларусь

Введение. Одной из наиболее сложных и актуальных задач современной пластической хирургии является устранение дефектов мягких тканей разной локализации, возникающих вследствие повреждений, заболеваний или оперативных вмешательств. Традиционные методы пластики не всегда позволяют достичь желаемого результата с высоким уровнем развития местных осложнений, наносящих психологическую травму вследствие косметического дефекта, частым формированием контрактуры конечности, приводящей к длительной потере трудоспособности, инвалидности. Одно из перспективных направлений в реконструктивной хирургии – пересадка нейроваскулярных кожно-фасциальных лоскутов

на дистальном основании, таких как суралис- и сафенус-лоскут. Питание суралис-лоскута осуществляется от межмышечных перфорантов малоберцовой артерии, формирующих собственную сосудистую сеть сурального (икроножного) нерва и малой подкожной вены. Питающими сосудами сафенус-лоскута являются мышечно-кожные перфоранты задней большеберцовой артерии, которые также формируют собственную сосудистую сеть для сафенус (подкожного) нерва и большой подкожной вены нижней конечности.

Цель работы: улучшение результатов комплексного лечения пациентов с боевыми повреждениями нижней конечности и сходной по механизму патологии.

Материал и методы. В исследование были включены 20 пациентов, находившихся на лечении в период с 2006 по 2016 гг. в ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» с повреждениями голени и стопы, сопровождавшимися значительным дефектом мягких тканей. Средний возраст составил $39,5 \pm 7,9$ лет, все пациенты были мужского пола. 10 (50%) пациентам пластика проводилась по поводу несвежих посттравматических проявлений, 5 (25%) пациентов оперировались с осложнением в виде хронического остеомиелита большеберцовой кости, оставшиеся 5 (25%) пациентов составила группа со «свежими» посттравматическими дефектами мягких тканей с обнажением подкожно-располагающихся структур в виде сосудов, нервов, сухожилий, связок, костей и формируемых последними суставов. Реконструктивные операции проводились в срок от 10 до 45 суток с момента получения травмы.

В плане предоперационного обследования обязательным было выполнение ультразвукового доплеровского сканирования сосудов нижней конечности с целью определения степени проходимости глубоких и поверхностных вен, а также уровня расположения перфорантов и их состоятельность. Данное исследование также имело значение при выборе типа лоскута в зависимости от уровня дефекта мягких тканей и вовлечения в патологический процесс сосудистых структур.

Результаты и обсуждение. Для подготовки раневой поверхности к кожно-пластической реконструкции в 10 случаях (50%) проводилась терапия с использованием VAC-системы.

Непосредственно перед оперативным вмешательством наносили разметку предполагаемого лоскута с указанием его размеров, оси сосудистого пучка и обязательно – точки ротации. Забор лоскута проводили по классической методике, начиная от проксимального конца лоскута в направлении точки ротации.

В 7 случаях (35%) методику забора лоскутов дополняли модификацией в виде сохранения кожной «дорожки» над сосудистой ножкой, что создавало предпосылки для улучшения приживления лоскутов, снижения частоты послеоперационных осложнений и облегчало техническое выполнение кожно-пластической операции. Шесть лоскутов показали хо-

рошую приживаемость и отсутствие осложнений в послеоперационном периоде. В 1-м случае развился краевой некроз, который, по нашему мнению, был связан с сопутствующей патологией вен нижней конечности.

В одном случае при глубоком дефекте мягких тканей области ахиллова сухожилия использован модифицированный сафенус-лоскут. Модификация заключалась в деэпитализации 2/3 лоскута с формированием свободного жиро-фасциального конца, который был помещен в область дефекта, а участком кожи подшит к краям раны. Лоскут прижился без осложнений, обеспечив хороший функциональный и эстетический результат.

Средняя продолжительность нахождения в стационаре по поводу выполнения реконструктивного вмешательства составила $20,1 \pm 3,4$ суток.

Выводы:

1. Для оценки возможности проведения реконструктивного вмешательства в предоперационном обследовании обязательно выполнение ультразвукового доплеровского сканирования сосудов нижней конечности.

2. Применение нейроваскулярных кожно-фасциальных лоскутов на дистальном основании, таких как суралис- и сафенус-лоскуты, может рассматриваться как методика выбора.

3. Применение реконструктивных методик, основанных на использовании сложных лоскутов, для закрытия обширных и глубоких дефектов мягких тканей, показано в ранние сроки после получения травмы.

4. Предложенные методики являются простыми в техническом плане, не требуют дополнительного оборудования, могут выполняться врачами-хирургами и травматологами в лечебных учреждениях любого уровня.

ПАРАТИРЕОИДНАЯ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С ПОЧЕЧНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

¹ Хрыщанович В. Я., ² Калачик О. В., ² Вершинин П. Ю.,

³ Большов А. В., ³ Третьяк С. И., ⁴ Кузьменкова Е. И., ⁵ Писаренко А. М.,

³ Ходосовская Е. В., ³ Колесникова Т. С., ² Руммо О. О.

¹ ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

² УЗ «9-я городская клиническая больница»

³ УО «Белорусский государственный медицинский университет»

⁴ ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»

⁵ УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»

Минск, Беларусь

Введение. Гиперкальциемия, как следствие вторичного или третичного гиперпаратиреоза, весьма часто встречается у пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек (ХБП). Эффективным мето-