**Результаты применения разработанной тактики лечения пострадавших с дефектами покровных тканей стопы и голеностопного сустава**

Иванов П.А., Шибаев Е.Ю., Власов А.П., Неведров А.В., Лазарев М.П.

НИИ Скорой Помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва.

**Актуальность.** Стопа и голеностопный сустав являются одними из наиболее часто травмируемых зон. Тяжелым осложнением таких повреждений является формирование первичных и вторичных дефектов покровных тканей. Анатомические особенности этих сегментов делают наличие дефектов мягких тканей сложной хирургической проблемой и требуют совместных усилий травматологов и пластических хирургов для их закрытия.

**Цель работы:** оценить результаты применения разработанной тактики замещения дефектов покровных тканей стопы и голеностопного сустава.

**Материалы и методы.** В 2010-2016 году на лечении в НИИСП им. Н.В. Склифосовского находились 35 пострадавших с дефектами мягких тканей стопы и голеностопного сустава, которым мы применили разработанную тактику восстановления покровных тканей. В соответствии с анатомическими и функциональными особенностями каждой из этих областей применяли определенные методы замещения дефектов. В зоне голеностопного сустава, для восстановления покровов требовался тонкий и в то же время полнослойный кожный лоскут, так как эта зона подвергается значительным механическим воздействиям. Этим требованиям наиболее соответствовал суральный кожно-фасциальный лоскут. В зоне тыльного отдела стопы при отсутствии обнажения функциональных структур (суставные поверхности костей, сухожилия) проводили местное лечение раны, и аутодермопластику после заполнения дефекта грануляционной тканью. Если функциональные структуры были обнажены, выполняли замещение дефекта свободным реваскуляризированным лоскутом из передней зубчатой мышцы с одномоментной аутодермопластикой. При повреждениях переднего отдела стопы (как правило, это были ампутации в этой области), выполняли замещение дефекта свободным реваскуляризированным лопаточным лоскутом. Область заднего отдела стопы по подошвенной поверхности подвергается очень большим механическим нагрузкам, поэтому замещение дефектов в этой зоне проводили с помощью медиального подошвенного лоскута с ненагружаемой области стопы.

**Результаты.** Отмечено 3 (8,6%) случая тотального некроза пересаженного лоскута. Краевой некроз лоскута выявлен в 5 (14,3%) случаях. Глубокая раневая инфекция после пересадки лоскута отмечена в 2 (5,7%) случаях. Средний срок от момента травмы до выполнения операции по реконструкции кожных покровов составил 23±3,32 суток. Общий срок госпитализации пострадавших составил 65±10,57 койко-дня. У всех пациентов восстановлена опороспособность стопы. В 1 (2,86%) случае развились трофические язвы в области пересаженного лоскута через 5 месяцев после операции.

**Выводы.** Замещение дефектов покровных тканей стопы и голеностопного сустава должно проводится с учетом анатомических и функциональных особенностей этих зон. Основными методами реконструкции кожных покровов в этих областях являются суральный лоскут, медиальный подошвенный лоскут, свободный мышечных лоскут из передней зубчатой мышцы, свободный лопаточный лоскут. Применение разработанной тактики реконструкции кожных покровов позволяет в ранние сроки восстановить опороспособность и функцию конечности у пациентов дефектами мягких тканей голени и стопы.