

JEDNODUCHÉ PLASTIKY U HROTOVÝCH ZRANĚNÍ PRSTŮ RUKY

MUDr. Ivan MÜLLER

Katedra ortopedie lékařské fakulty UJEP v Brně
(zastupující vedoucí: doc. dr. Z. Bozděch, CSc.)

Lidská ruka svou funkcí i pracovní expozicí je velmi často zraňována a traumatolog se denně setkává s nutností ošetřit poranění prstů, včetně zranění s defekty měkkých struktur. Defekty na hrotech prstů bývají způsobeny ostrými předměty (nožem, sklem, hoblovkou) nebo zhmožděním a utržením měkkých struktur (ve vojscích dveřmi vozidla, poklopem tanku, přimáčknutím mostnicí apod.). Moderní medicína by neměla takováto zranění řešit mutilující amputací, ale snahou by měla být obnova tvaru i funkce prstu ruky plastikou rekonstrukcí (Burian 1967, Atasoy a spol. 1970). Jednoduchými plastickými operacemi těchto ztrátových zranění se chceme blíže zabývat.

Náš postup

Po obvyklé toaletě okolí rány a rány samotné provedeme svodné znecitnění prstu 0,5 % xylokainem a šetrnou ekonomickou excizi okrajů defektu (gilotinového nebo tržně zhmožděného typu). Ční-li do defektu část falangy, provedeme její zkrácení Luerovými kleštěmi. Potom, podle orientace a rozsahu defektu, ostře skalpelem vytvoříme kožní trojúhelníkovitý lalok hrotem proximálně těsně při okraji defektu volárně, uvolníme podkožní tuk, ale kůži ponecháme na tukově cévním lalůčku spodiny. Potom lalok přesuneme distálně na defekt a fixujeme situačně k okrajům stehy. Místo odběru rovněž sešijeme, přičemž vznikne jizva tvaru Y (plastika podle Atasoye a spol. 1970 — schéma č. 2). Jindy je možno vytvořit dva podobné trojúhelníkovité laloky po stranách defektu na radiální a ulnární straně prstu a posunout je na defekt do středu k sobě a situačně sešít (plastika podle Kutlera 1947 — schéma č. 1). Po toaletě rány nakládáme mastný tyl, měkký obvaz a prst znehybníme na dlažce. Provedeme profylaxi tetanu. První převaz provádíme 5.—7. den při afebrilním

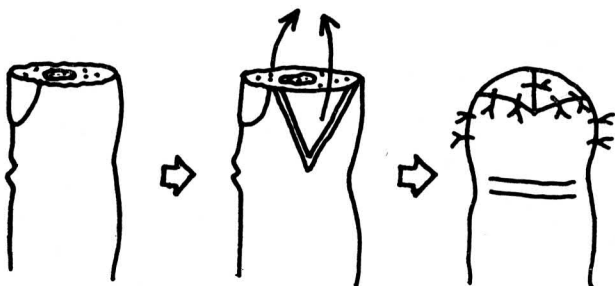


Schéma 1

stavu, stehy odstraňujeme 9. den od zákroku. Pokud zjistíme v místech prolapsu tukových lalůček opožděné hojení, doléčíme koupelemi ve vlažném heřmánku nebo růžovém hypermanganu. Současně začínáme s rehabilitací prstu, po zhojení rány s otužováním jizvy a její masáží mastí Ketazon compositum Spofa. Celková doba léčení trvá v průměru 1 měsíc.

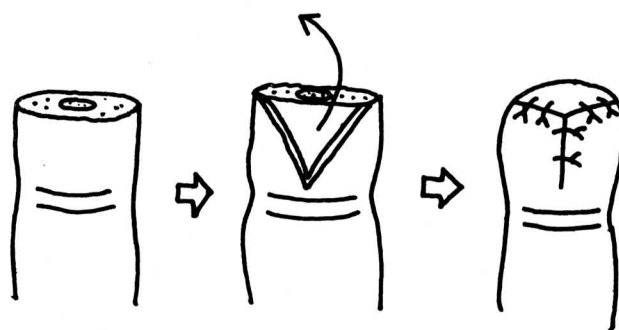


Schéma 2

Materiál

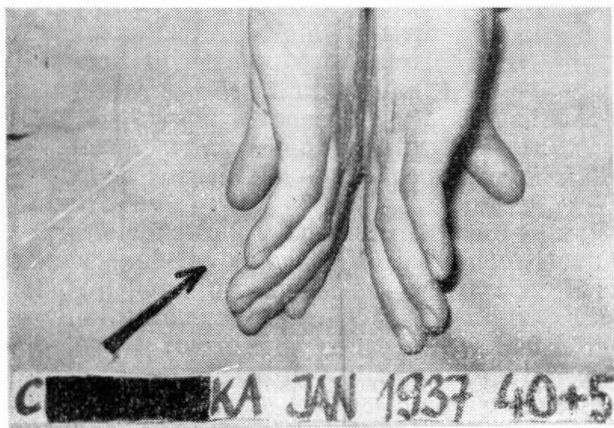
Na našem pracovišti jsme ošetřili v letech 1970—1974 celkem 127 hrotových ztrátových zranění prstů ruky, z toho záchovně 67 (tj. 52,7 %). Zraněné jsme v průměru za 5 let od zákroku pozvali na kontrolu, přičemž jsme hodnotili subjektivní potíže, funkci prstů, citlivost, zkrácení distální falangy, deformitu hrotu a klinickou fotografii. Ke kontrole se dostavilo 40 nemocných, u nichž jsme zjistili 12krát dobrý výsledek (nebyla porucha funkce ani citlivosti hrotu prstu, zkrácení posledního článku prstu bylo do 4 mm). 28 nemocných mělo výsledek uspokojivý (hyperestézie nebo hypostézie hrotu prstu, pocity mrazení v zimě, omezení hybnosti v distálním interfalangeálním kloubu o 1/4, miskovitá deformita nehtu a zkrácení článku nad 4 mm). Subjektivně byli spokojeni všichni ošetření, nikdo z nich nebyl nucen měnit povolání.

Z hlediska operační techniky jsme dospěli k závěru, že pro zachování citlivosti hrotu prstu je výhodnější plastika Atasoyova, zatímco kosmeticky výhodnější jizva je po plastice Kutlerově. V případech, kdy se ke krytí použilo volného kožního přenosu podle Thiersche, byla kůže hrotu po zhojení neplnohodnotná.

Na obrázcích č. 1 a 2 demonstrujeme 41letého zraněného na malíku pravé ruky s dobrým funkčním i kosmetickým výsledkem za 6 let po plastice podle Atasoye.



Obr. 1. 41letý automechanik utrpěl před 6 lety tržně zhmožděný defekt malíku pravé ruky, byl ošetřen plastikou podle Atasoye. Obrázek ukazuje dorzální pohled na výsledek léčení (poraněný malík označen šipkou)



Obr. 2. Tentýž nemocný na bočné fotografii. Jde o dobrý výsledek s dobře citlivým hrotem malíku pravé ruky a plnou hybností bez zkrácení falangy

Diskuse

Při současném růstu úrazovosti je nutno věnovat pozornost i zdánlivě banálním zraněním hrotů prstů, která vyžadují z pracovního i výcvikového hlediska dokonalé ošetření. Často totiž na dlouhou dobu vyřadí jedince z ekonomické činnosti. Ošetření by měl provést zku-

šený chirurg, pečlivě a bez časové tísně. Mladý lékař by se měl co nejdříve v rámci chirurgické erudice seznámit s důkladným ošetřením těchto zranění i se základy plastické chirurgie pod dohledem skutečného odborníka (Curtis a spol. 1973). Rekonstrukční léčení poraněné ruky je moderním medicinským momentem a navazuje jak na tradici naší školy plastické chirurgie (Burian 1967), tak na pokrokové tradice sovětské válečné i poliklinické chirurgie ruky (Rusinov 1977).

Souhrn

Autor ukazuje na možnosti ošetření ztrátových zranění hrotů prstů ruky ostrůvkovitými plastikami podle Atasoye nebo Kutlera, které obnovují funkci prstů. Na materiálu 67 rekonstrukčně ošetřených zraněných a podporován literárními odkazy se domnívá, že i ve vojenském prostředí, kde mechanizace vojsk dává příležitost k těmto zraněním, není na místě příliš radikální a mutilující amputace prstu, ale jeho zachovné a plastické ošetření. Na schématech ukázán vlastní postup ošetření, na klinických fotografiích demonstrován výsledek ošetření po 6 letech.

Literatura

1. Atasoy, E. and coop.: Reconstruction of the Amputated Finger Tip with a Triangular Volar Flap. J. Bone Jt. Surg., 52-A, 1970, č. 5, s. 921—926.
2. Eurian, F.: The Plastic Surgery Atlas. London, Butterworths 1967, ed. I., vol. III, s. 140—155.
3. Curtis, R. M. and coop.: The Management of Trauma. Philadelphia, London, Toronto, W. B. Saunders 1973, ed. II., s. 542—576.
4. Rusinov, E. M.: Plastika odkrytých povreždení kisti i palcev s defektom m'jagkich tkanej v uslovijach traumatologičeskogo punkta. Ort. travm. protez., 50, 1977, č. 4, s. 12—16.
5. Vrabec, R.: Primární krytí čerstvých defektů měkkých tkání na prstech ruky. Acta chir. ort. tr. Čech., 35, 1968, č. 6, s. 484—488.

MUDr. Ivan Müller
Absolonova 85
624 00 Brno