

АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ

АНО НИИ микрохирургии ТНЦ СО РАМН (Томск)

Оперативное лечение повреждений сухожилий, особенно сгибателей кисти и пальцев, — один из сложных разделов хирургии кисти. По данным З.Ф. Нельзиной, Т.Н. Чудаковой (1994) повреждения сухожилий среди открытых травм кисти и пальцев составляют 5,5 %.

Существуют разнообразные методические подходы к решению вопроса первичного восстановления сухожилий сгибателей пальцев — от типичного общехирургического до очень детального, дифференцированного подхода кистевого хирурга с особенностями сухожильного шва в каждой из шести зон повреждения (Голубев И.О. с соавт., 2004). Как бы не решались эти вопросы профессионалами, главным критерием должны быть хорошие функциональные результаты этих операций.

Цель нашего исследования состояла в анализе тактики и технологии оперативных вмешательств при открытых повреждениях сухожилий сгибателей пальцев кисти в условиях специализированного хирургического отделения, оказывающего экстренную помощь в круглосуточном режиме работы.

За период с 1996 по 2004 гг. в клинику Института микрохирургии было госпитализировано 3058 пациентов с открытыми травмами кисти и предплечья. Из них 33,2 % составляли травмы с повреждением сухожилий сгибателей, 22,4 % — сухожильный разгибателей, 15,3 % — сочетанных травм с повреждением сухожилий сгибателей и сосудисто-нервных пучков. Оценку отдаленных результатов сухожильного шва осуществляли не ранее 7 месяцев после операции в условиях амбулаторно-поликлинической службы Института.

Стремление к выполнению первичного шва сухожилий сгибателей обусловлено следующими его преимуществами: небольшая длительность операции, т.к. отсутствуют рубцовые изменения тканей и не требуется выполнение тенотомии, а также снижение срока нетрудоспособности пациента.

Абсолютным противопоказанием для первичного восстановления сухожилий сгибателей являлось: рвано-ушибленные, размозженные раны; огнестрельные, сильно загрязненные раны, укушенные раны, сочетание с множественными, многооскольчатыми переломами, дефект кости и сухожилия сгибателя.

Относительным противопоказанием являлось: дефект мягких тканей в области разрыва сухожилия либо травма, произошедшая больше 24 часов назад. При дефекте мягких тканей первичный шов сухожилия сгибателя обязательно закрывали кожно-фасциальным лоскутом.

При повреждении сухожилий сгибателей на уровне кисти оперативное вмешательство выпол-

няли под проводниковой анестезией, на уровне предплечья — под местным обезболиванием. При сочетанных травмах на уровне предплечья операцию выполняли под аксиллярной анестезией с седативным фоном. Для лучшей визуализации операционного поля, уменьшения длительности операции использовали эластический жгут.

При повреждении сухожилий сгибателей пальцев и сосудисто-нервных пучков в первую очередь восстанавливали сухожилия сгибателей. При расхождении концов поврежденных сухожилий сгибателей пальцев (в основном, повреждение на уровне основных фаланг) для выведения периферического конца сухожилия глубокого сгибателя пальца сгибали дистальный и проксимальный межфаланговые суставы. При неэффективности приема выполняли поперечный разрез в области дистального межфалангового сустава. Для выведения центрального конца сухожилия глубокого сгибателя пальца кисть сгибали в лучезапястном суставе, проводили «выдавливание» сухожилия в дистальном направлении по возможности с одновременным вытяжением сухожилия поверхностного сгибателя в ране. При неэффективности приема выполняли поперечный разрез по дистальной ладонной складке для нахождения концов сухожилий II — V пальцев или продольный разрез в нижней трети предплечья для выведения сухожилия длинного сгибателя I пальца. Из дополнительных разрезов концы сухожилий выводили в рану проводником В.И. Розова.

Оперативное вмешательство при повреждении сухожилий сгибателей пальцев на различных уровнях имеет свои особенности. При повреждении сухожилий сгибателей пальцев на уровне предплечья обязательно восстанавливали все сухожилия сгибателей. При повреждении сухожилий сгибателей на уровне запястного канала выполняли резекцию карпальной связки для профилактики блокирования других сухожилий и компрессионного сдавления срединного нерва. При открытых (обычно ножевых) повреждениях сухожилий сгибателей пальцев в области синовиальных влагалищ («критическая зона») мы восстанавливали целостность только глубокого сгибателя. Дистальный участок поверхностного сухожилия сгибателя пальца удаляли. Сначала из отдельного разреза в области основной фаланги и продольного рассечения синовиального влагалища пересекали обе «ножки» поверхностного сгибателя. Вслед за восстановлением глубокого сухожилия сгибателя пальцев восстанавливали связки-блоки, используя для этой цели «ножки» поверхностного сгибателя. Центральный конец поверхностного су-

хожилия с целью профилактики блокады синовиального влагалища, сохранения силы захвата пальца и поддержания мышечного равновесия обоих сгибателей, подшивали к глубокому проксимальнее шва сухожилия (вне сухожильного влагалища). При повреждении сухожилий сгибателей V пальца на уровне проксимального межфалангового сустава, дистальной ладонной складки достаточно трудно вывести центральные концы сухожилий в рану. В этом случае выполняли пластику сухожилия глубокого сгибателя пальца транспозицией. При повреждении сухожилия поверхностного сгибателя IV пальца его рассекали, центральный конец его сшивали с периферическим концом сухожилия глубокого сгибателя V пальца. При повреждении сухожилия глубокого сгибателя в месте прикрепления к кости, а также при коротком периферическом конце сухожилия выполняли внутривольный шов центрального конца сухожилия глубокого сгибателя по Казакову с парасальным проведением нитей на медиальную и латеральную поверхности кончика пальца, и их наружной фиксацией через пуговицу. При повреждении сухожилий сгибателей мы рекомендуем неудаляемый внутривольный шов Казакова рассасывающимся материалом (биосин 3/0). Пре-

имущества данного вида шва следующие: позволяет проводить раннюю разработку сшитых сухожилий, что является решающим по сравнению с удаляемыми блокирующими швами; простой, технически легко выполнимый; надежный, достаточной прочности. Адаптирующие швы по Клейнерту в клинике Института микрохирургии имеют ограниченное применение, т.к. повышенное количество швов на поверхности сухожилия может усилить воспаление в послеоперационном периоде и спровоцировать отторжение нитей сухожильного шва. Адаптирующие швы выполняли только при неудовлетворительном сопоставлении концов сухожилия основным внутривольным швом.

Освоенный нами алгоритм первичного шва сухожилий сгибателей кисти и пальцев и специальная реабилитационная программа являются для наших пациентов наиболее оптимальными, поскольку за все эти годы несостоятельность швов в раннем послеоперационном периоде наблюдалась только в 8 случаях, сгибательная контрактура, потребовавшая тенолиза в отдаленном периоде, — только в 14 случаях. Объем движений в пястно-фаланговом суставе (при изолированном повреждении сухожилия сгибателей) удалось восстановить без ограничений.

В.Г. Виноградов, Б.Э. Мункожаргалов, Н.И. Жемердеева, В.В. Короткина, Н.Е. Агафонов

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Городская клиническая больница № 3 (Иркутск)*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре заболеваемости, инвалидности и смертности травматизм занимает одно из первых мест. Среднее значение уровня травматизма по РФ в 2003 г. составило 870,1 на 10000 населения, в то время как в Иркутской области — 1088,8 на 10000. Количественный рост травматизма сопровождается утяжелением травм. За последнее десятилетие вырос удельный вес тяжелых травм на 8,5 %. К числу последних следует отнести и открытые переломы длинных костей конечностей, которые составляют, в среднем, 10 — 12 % от всех переломов.

Цель исследования — выявление эпидемиологических особенностей открытых переломов длинных костей конечностей по данным МУЗ ГКБ № 3.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ результатов обследования и лечения больных с открытыми переломами длинных костей конечностей, поступивших на ста-

ционарное лечение в МУЗ ГКБ № 3 с 1998 по 2003 г. Мужчин было 91 (76,5 %), женщин — 28 (23,5 %) человек. Распределение больных по возрасту: до 20 лет — 15 (12,6 %), 21 — 30 лет — 35 (30,1 %), 31 — 40 лет — 29 (25,2 %), 41 — 50 лет — 17 (14,7 %), 51 — 60 лет — 10 (8,4 %), старше 60 лет — 11 (9,2 %) больных. Показательно, что наиболее часто отмечены переломы в активном трудоспособном возрасте от 20 лет до 50 лет.

Открытые переломы верхних конечностей были у 36 (30,3 %) больных, нижних конечностей — у 83 (69,7 %). В состоянии алкогольного опьянения находилось 75 (63 %) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По локализации повреждений выявлено следующее: открытые переломы голени выявлены у 69 (58,1 %), предплечья — у 19 (16,0 %), плеча — у 17 (4,2 %), бедра — у 14 (11,8 %). У 60 (50,4 %) больных открытые переломы — монотравма, у 39 (32,8 %) — в составе сочетанной травмы, у 20 (16,8 %) — в составе множествен-