

туп от среднеключичных линий, выполняли поднадкостничную резекцию всех деформированных участков реберных хрящей, ребер, с Т-образным рассечением грудины и дальнейшим фиксированием к данному комплексу загрудинной коррекционной пластины. Второй этап операции осуществляется через 2 года, при котором удаляли металлическую пластину.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции составила по методике по D. Nuss составляла 1 час, по методике Равича-Гросса 2 часа. Переливание крови в 12 случаях потребовалось при торакопластике по Равичу-Гроссу. При торакопластике по D. Nuss пациенты активизировались на 3 сутки, отмечали незначительный болевой синдром. Средний койко-день при торакопластике по D. Nuss составил 12, при торакопластике по Равичу-Гроссу — 20. Рецидив ВДГК наблюдали в 9 случаях, в 7 при торакопластике по Равичу-Гроссу, в 2 при торакопластике по D. Nuss.

ВЫВОДЫ

Использование менее травматичных методик торакопластики ВДГК приводит к улучшению течения послеоперационного периода, ранней активизации больного, снижению послеоперационного болевого синдрома, лучшему косметическому результату.

В.В. Юркевич, Р.С. Баширов, В.В. Подгорнов, Г.А. Казаев, С.А. Серяков

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ АППАРАТОМ ЧРЕСКОСТНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Военно-медицинский институт (г. Томск)

Переломы ключицы и повреждения (вывихи, переломовывихи) акромиально-ключичного сочленения встречаются в 10 % случаев при сочетанной травме. Возможности открытой репозиции отломков и стабильной внутренней фиксации у большинства пострадавших с сочетанной травмой в остром периоде существенно ограничены из-за тяжести состояния пострадавшего. Использование консервативных методов лечения таких повреждений приводит к неудовлетворительным функциональным результатам в последующем.

Новые возможности в лечении повреждений акромиально-ключичного сочленения открылись с появлением и внедрением в клиническую практику малоинвазивных методик с применением внеочагового остеосинтеза, которые малотравматичны при их выполнении, практически бескровны, не занимают много времени при их выполнении и не ухудшают общего состояния тяжело пострадавшего, позволяя в последующем получать полное восстановление функции конечности.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику метод лечения повреждений акромиально-ключичного сочленения аппаратом чрескостной фиксации у 24 пострадавших, том числе у 5 — с сочетанной травмой. У всех больных был достигнут положительный функциональный результат.

Применение этого способа лечения повреждений акромиально-ключичного сочленения основан на следующих его преимуществах:

- 1) простоте выполнения;
- 2) небольшом хирургическом доступе — прокол кожи 0,5 см длиной;
- 3) малой кровопотере;
- 4) небольшой продолжительности операции — 0,5 часа;
- 5) возможности ранней нагрузки и полной способности пострадавшего к самообслуживанию;
- 6) отсутствию показаний для второго оперативного вмешательства, что необходимо при внутреннем остеосинтезе;
- 7) отсутствию необходимости проведения восстановительного лечения при снятии КДА.

Аппарат состоит из полукольца от аппарата Г.А. Илизарова, двух спиц Киршнера с упорными площадками, двух кронштейнов с нарезным концом, нарезного стержня, четырех спицефиксаторов, фиксирующих гаек.

МЕТОДИКА

Под местной анестезией через акромиальный отросток лопатки в сагиттальной плоскости проводим параллельно две спицы с упорными площадками навстречу друг другу, на которых монтируем полукольцо от КДА Г.А. Илизарова. На последнем монтируется перпендикулярно ключице самонарезной стержень с упором в ключицу через прокол в коже. Перемещающая самонарезной стержень вниз относи-

тельно полукольца, устраняем смещение акромиального конца ключицы вверх относительно акромиального отростка лопатки с последующей фиксацией в этом положении в течение 6 недель без какой-либо дополнительной иммобилизации на весь срок лечения.

Описанный метод лечения рекомендуем использовать при свежих (до 5 суток) повреждениях акромиально-ключичного сочленения.

Таким образом, предложенная методика существенно дополняет известные способы малоинвазивной хирургии повреждений акромиально-ключичного сочленения, позволяя сократить длительность медицинской и социальной реабилитации.

В.В. Юркевич, Р.С. Баширов, В.В. Подгорнов, А.В. Пекшев, Г.А. Казаев, С.А. Серяков

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАНСПОЗИЦИЙ И ТРАНСПЛАНТАЦИЙ КРОВΟΣНАБЖАЕМЫХ КОМПЛЕКСОВ ТКАНЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ КИСТИ И СТОПЫ

Военно-медицинский институт (г. Томск)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить преимущества транспозиций кровоснабжаемых лоскутов предплечья, голени и стопы по отношению к трансплантациям комплексов тканей из отдаленных участков человеческого тела при лечении обширных глубоких дефектов тканей кисти и стопы.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

С использованием кровоснабжаемых комплексов тканей оперировано 246 пострадавших с обширными дефектами покровных тканей, нередко в сочетании с остеомиелитом костей стопы и кисти. Из них 39 больным выполнена пересадка кровоснабжаемых трансплантатов из отдаленных участков человеческого тела (лучевой, локтевой, торакодорсальный, паховый, лопаточный, тыльный, дельтовидный) и 207 — транспозиции лоскутов предплечья и стопы.

При их сравнении были выявлены следующие преимущества оперативных вмешательств с использованием транспозиции лоскутов предплечья, голени и стопы перед трансплантацией комплексов тканей из отдаленных участков человеческого тела.

1. Отсутствие микрососудистого этапа при транспозиции лоскутов значительно сокращало время операции и риск возникновения инфекционных осложнений.
2. Наличие чувствительной иннервации в ряде лоскутов, в частности, стопы, предупреждало развитие нейротрофических язв и повышало устойчивость их к механической нагрузке.
3. Структура кожи лоскутов чаще всего соответствует текстуре кожи реципиентной области, что особенно важно на стопе, и потому она более устойчива к механической нагрузке, чего нельзя сказать о структуре тканей из отдаленных участков человеческого тела.
4. Низкая частота повторных оперативных вмешательств по поводу тромбозов и эмболических осложнений со стороны комплексов тканей, которые возникают после микрохирургических операций, что связано с наложением микрососудистых швов, в сравнении со свободной их пересадкой.
5. Возможность включения в лоскуты стопы (медialный подошвенный, тыльный) костного трансплантата с целью возбуждения остеогенеза в перемещенных тканях в костной полости.
6. Не наносилась дополнительная травма и связанные с этим функциональные нарушения конечностям-донорам, в частности, предплечью, связанные с забором комплекса тканей.
7. Отсутствие косметического дефекта тканей в отдаленных частях человеческого тела, т.е. в донорской области, в частности, на предплечье.

ВЫВОДЫ

1. Применение транспозиции лоскутов предплечья, голени и стопы при лечении последствий огнестрельной, механической и термической травм кисти и стопы имеет ряд существенных преимуществ перед трансплантацией свободных комплексов тканей из отдаленных участков человеческого тела, поэтому при равных условиях предпочтение следует отдавать транспозиции кровоснабжаемых лоскутов.

2. Основными противопоказаниями для использования лоскутов предплечья, голени и стопы являются повреждения магистральных сосудистых пучков предплечья и голени или артериальных дуг кисти и стопы как в отдельности, так и в различных их сочетаниях. В подобных случаях трансплантация свободных кровоснабжаемых комплексов тканей с осевым типом кровоснабжения из отдаленных участков человеческого тела является показанием для подобного рода операций.