

**МИННО-ВЗРЫВНОЕ РАНЕНИЕ КИСТИ (случай из практики)<sup>1</sup>**

*Филиал №12 ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России, Кировская область,  
iwlew-80@mail.ru*

Согласно мнению ряда травматологов частью тела, наиболее подверженной различным травмам, является кисть. Частота повреждений кисти не имеет тенденции к снижению. Больные с открытыми повреждениями кисти составляют 50-60% среди всех больных с травмами кисти, при этом удельный вес производственной травмы достигает по некоторым данным до 60%. Значительную группу повреждений кисти (до 18%) составляют тяжелые травмы, которые характеризуются обширной зоной размозжения мягких тканей, множественными оскольчатыми переломами с нарушением целостности сосудов, нервов и сухожилий, а также дефектами покровных тканей и скелета. Неуклонно растут частота и тяжесть повреждений кисти с длительной утратой трудоспособности – до 30%, высокой инвалидностью – до 28%, значительным количеством ошибок диагностики и лечения – от 30 до 80% случаев [1].

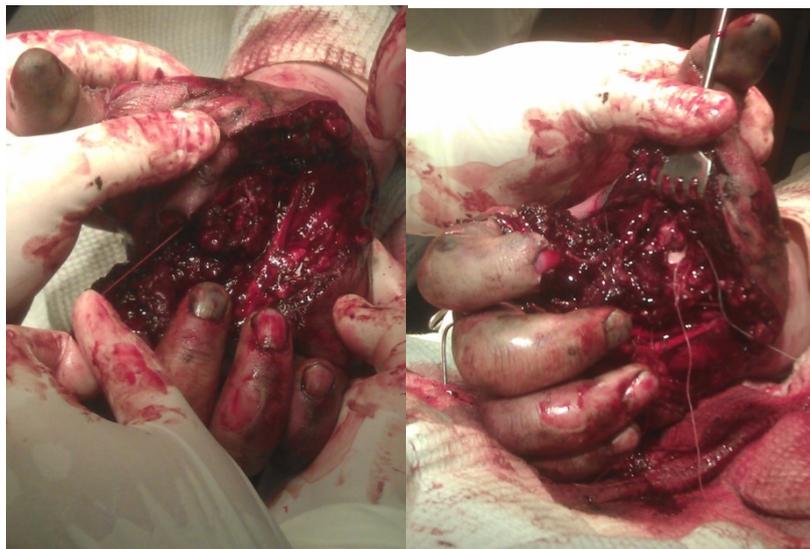
В соответствии с требованиями указаний по военно-полевой хирургии [2], в случаях обширного размозжения тканей кисти или отчленения сегмента показано проведение ампутации или формирование культи. Это правило, по сути, действует с времен Великой Отечественной войны, поэтому, учитывая труднодоступность созданных по России центров микрохирургии (в городах: Москва, Санкт-Петербург, Самара, Саратов), большинство врачей вынуждены прибегать к прежней тактике.

В подтверждение вышесказанного приведем пример минно-взрывного ранения, произошедший в результате прямого воздействия взрывной волны на правую (рабочую) кисть от взрывного пакета. Пострадавший И., 34 лет, был доставлен в наш гарнизонный госпиталь 23 октября 2012 года с полевых учений. При осмотре отмечено, что кисть фрагментирована на 3 большие части: область I пальца до основания I пястной кости с разрушением капсульного аппарата и полным открытым вывихом проксимальной головки пястной кости, II

---

<sup>1</sup> *Ivlev V.V. An explosive injury brush (case studies)*

и III палец со II пястной костью и дистальным отломком III пястной кости, IV и V палец с обеими пястными костями и проксимальным отломком III пястной кости. Также отмечено полное разрушение капсульного аппарата дистального ряда костей запястья с их тыльным вывихом, разрушение дистальной фаланги II пальца, разможнение мягких тканей с разрушением связочного аппарата ладонной поверхности и поверхностной ладонной артериальной дуги с тромбозом глубокой артериальной дуги. Местно: ткани обуглены, при снятии жгута кровотечения из раны нет, жизнеспособность тканей сомнительна. На рентгенограмме от 23.10.2012г. также было выявлено: краевой перелом полулунной кости, перелом ладьевидной и головчатой костей со смещением отломков. В срочном порядке под проводниковой анестезией была начата первичная хирургическая обработка: произведено экономное удаление нежизнеспособных тканей, в результате чего отмечено слабое восстановление кровотока. После антисептической обработки тканей произведена фиксация отломков III пястной кости спицей Киршнера. Во время сопоставления отломков визуализировано отсутствие костного фрагмента в зоне перелома (рис.1, 2).



*Рис.1, 2. Внешний вид кисти после удаления нежизнеспособных тканей и фиксации отломков III пястной кости с частичным восстановлением капсульного аппарата.*

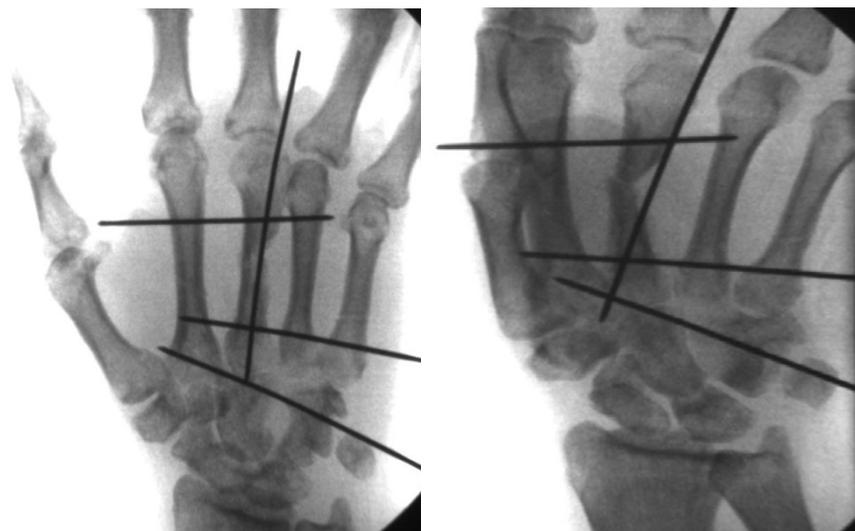
Следующим этапом было выполнено сшивание сухожилий, мышц, перевязка мелких сосудов, частичное вправление вывихов и сопоставление отломков дистального ряда костей запястья, далее дренирование и ушивание ран. Последним этапом выполнено формирование культи второго пальца на уровне проксимальной трети дистальной фаланги (рис.3, 4).



*Рис.3, 4. Внешний вид кисти на следующий день после операции.*

Для дальнейшего лечения раненый был переведен в специализированное лечебное учреждение в ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России г. Екатеринбурга, где после проведения компьютерной томографии наш диагноз был подтвержден. В связи с тем, что полного вправления костей дистального ряда запястья нам сделать изначально не удалось и формирование мозоли через 2 недели не было отмечено, данную операцию с дополнительной фиксацией пястных костей и костей запястья спицами выполнили в специализированном травматологическом отделении (рис.5, 6, 7, 8).





*Рис.5, 6, 7, 8. Внешний вид и результаты цифровой рентгеноскопии правой кисти через 3 месяца после ранения. Отмечается сохранение вывиха трехгранной кости к тылу и сформировалось угловое смещение отломков III пястной кости с признаками формирования мозоли, а также визуализируется дефект костной ткани в зоне перелома пястной кости.*

Функция правой кисти спустя 3 месяца после ранения и первой операции восстановлена частично: имеет место полное восстановление чувствительности, однако незначительная двигательная функция имеется только в I, II, V пальцах.

Данный случай, возможно, является исключением из правил об ампутации кисти. Несмотря на то, что кисть не восстановится функционально в полном объеме, все же она будет нести не только эстетическую функцию, но и практическую, что обеспечит должное качество жизни.

#### Литература:

1. Травматология: национальное руководство / под ред. Г.П. Котельникова, С.П.Миронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 808с.
2. Указания по военно-полевой хирургии / Под ред. Е.К. Гуманенко. – СПб., 2000. – 416 с.

Ключевые слова: минно-взрывное ранение, травма кисти.

Key words: an explosive injury, injury of hand.