

МИННО-ВЗРЫВНОЕ РАНЕНИЕ КИСТИ (случай из практики)¹

*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

¹ *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).

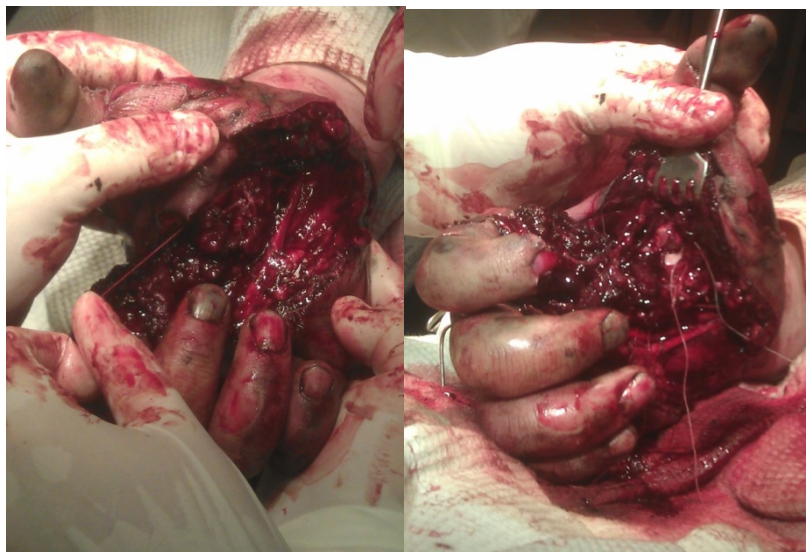


Рис.1, 2. Внешний вид кисти после удаления нежизнеспособных тканей и фиксации отломков III пястной кости с частичным восстановлением капсульного аппарата.

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).



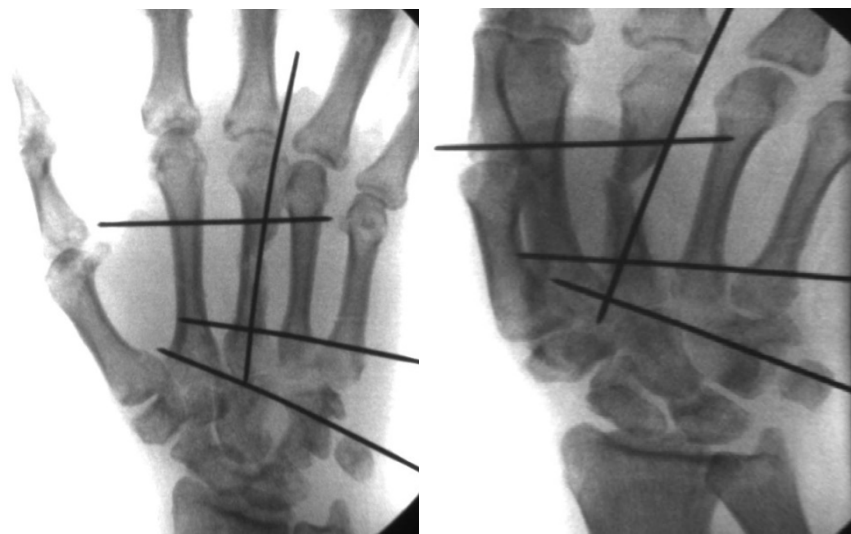


Рис.5, 6, 7, 8. Внешний вид и результаты цифровой рентгеноскопии правой кисти через 3 месяца после ранения. Отмечается сохранение вывиха трехгранной кости к тылу и сформировалось угловое смещение отломков III пястной кости с признаками формирования мозоли, а также визуализируется дефект костной ткани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