

классификация Bismuth (1982). Среди 117 больных повреждения I типа отмечались у 28 (23,9 %) больных, II типа — у 46 (39,3 %), тип III — у 32 (27,4 %). Высокое (гилюсное) повреждение желчевыводящих путей — тип IV — было у 11 (9,4 %) больных.

Выбор объема и вида оперативного вмешательства зависел от времени прошедшего с момента травмы, уровня и протяженности повреждения, диаметра холедоха и состояния окружающих тканей. Виды операций при травме желчных путей можно разделить на 4 группы: дренирующие, восстановительные, реконструктивные и стентирующие.

Восстановительные операции произвели 34 пациентам. Из них 11 больным с «малыми» травмами и 23 пациентам с большими травмами, у которых культя общего печеночного протока была в пределах 2 см. Большинству больных (83) выполнили реконструктивные операции. У пациентов с высоким (гилюсным) повреждением желчных путей типа III и IV накладывали гепатикоюностомиию на сквозном транспеченочном дренаже типа Gotze (1930) или Saupol и Kurian (1969). У шести больных с иссечением гилюса сквозные дренажи были установлены через правый и левый печеночные протоки. Гепатоеюноанастомоз с желчным протоком III сегмента печени наложен трем пациентам. При культе гепатикохолдоха превышающей 2 см 5 пациентам выполнили холедоходуоденоанастомоз, 8 больным наложили анастомоз с выключенной по Ру петлей тонкой кишки.

В отдаленном периоде велико число неудовлетворительных результатов у пациентов после восстановительных операций. У трети больных через 1,5–2 года развивались стриктуры. Отдаленные результаты после реконструктивных операций также не утешительны. Наложение холедоходуоденоанастомоза у большинства больных в разные сроки закончилось развитием его стриктуры. Более благоприятные результаты получены у пациентов с наложением гепатикоюноанастомозом на выключенной по Ру петлей кишки на сквозном транспеченочном дренаже.

С.В. Яковлев

ИСПРАВЛЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ КИСТИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЧРЕСКОСТНЫХ ДИСТРАКЦИОННЫХ АППАРАТОВ

Городская клиническая больница № 6 (Челябинск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Кисть является исключительно важным инструментом в жизни человека. Нарушение функции кисти ведет к потере трудоспособности, значительной психо-эмоциональной травме. Повреждения кисти при ожогах наблюдается более чем в 40% случаев, а образующиеся деформации требуют комплексного реконструктивно-восстановительного лечения. Использование чрескостных дистракционных аппаратов внешней фиксации позволяет решить одновременно несколько значимых проблем: устранить «порочное» положение пальцев кисти, создать запас мягких тканей и оптимальные условия при последующих кожно-пластических операциях, а в некоторых случаях полностью восстановить функцию кисти.

Цель: разработать и обосновать вариант, а также оценить эффективность реконструктивно-восстановительного лечения у пациентов с послеожоговыми деформациями кисти и контрактурами суставов пальцев путем использования на этапах терапии чрескостного дистракционного аппарата внешней фиксации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2002 по 2011 гг. в областном ожоговом отделении г. Челябинска было пролечено 217 пациентов с послеожоговой деформацией кисти, из них у 96 имелось повреждение обеих кистей. Таким образом, нами оперировано 313 кистей, 472 пальца. Возраст больных составил от 3 до 69 лет. У 73 пациентов (82 кисти, 133 пальца — 26,2 %) в лечении использованы чрескостные дистракционные аппараты внешней фиксации. Эти больные составили основную группу исследования. Исследование проводилось согласно требованиям Надлежащей клинической практике («Good Clinical Practice»). У пациентов имелась смешанная дермодесмо-мио-артрогенная контрактура суставов пальцев II—III—IV степени (по Б.В. Парину). Лечение осуществлялось по разработанной оригинальной методике (патент РФ № 2388422) с применением аппарата собственной конструкции (патент РФ № 81889).

Использованный способ позволяют осуществлять одновременно дозированную векторную дистракцию, устраняя деформацию кисти и контрактуры суставов пальцев, выполнять необходимую кожную пластику на поврежденной конечности, а также создавать условия для последующих этапов лечения (восстановления связочно-сухожильного аппарата, эндопротезирования суставов).

Оценка результатов лечения осуществлялась как общеизвестными шкалами DASH и SF-36, так и с использованием собственного вопросника «Экспресс-обследование больных с патологией кисти» (патент РФ № 2010611112).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе использования данного способа лечения отмечено сокращение среднего срока госпитализации на 4,2 дня (с 24,6 до 20,4 дня), а также среднего срока нетрудоспособности с грубой деформацией и контрактурами 2–3–4 степени на 18,9 дня. У всех пациентов отмечено улучшение функции самообслуживания. Отмечено снижение количества повторных госпитализаций с 18,75 до 9,3 %. В целом, положительные исходы лечения достигнуты в 90,19 %.

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование чрескостных дистракционных аппаратов внешней фиксации, как изолировано, так и в сочетании с операциями на коже, сухожилиях, суставах на этапах реконструктивно-восстановительного лечения является эффективным, а некоторых случаях единственно возможным и оправданным в терапии возникших осложнений термической травмы в виде послеожоговой деформации кисти и контрактуры суставов пальцев.

С.В. Яковлев

ПРОФИЛАКТИКА КОНТРАКТУР СУСТАВОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ «ОСТРОЙ» ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЧРЕСКОСТНЫХ ДИСТРАКЦИОННЫХ АППАРАТОВ

Городская клиническая больница № 6 (Челябинск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ожоги кисти встречаются примерно у 44 % пациентов, пострадавших от термической травмы. Послеожоговая деформация кисти и контрактура суставов пальцев начинает формироваться уже с момента получения травмы. Для предотвращения развития деформации и эффективного лечения используют различные приспособления. Нами предложено использовать чрескостный дистракционный аппарат, позволяющий решить многие вопросы профилактики и лечения послеожоговой деформации кисти.

Целью исследования явилась клиническая апробация и оценка эффективности использования чрескостного дистракционного аппарата с целью профилактики контрактур и деформаций кисти в лечении больных с «острой» термической и электротравмой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами разработаны новое «Устройство для фиксации кисти» (патент РФ № 81889) и «Способ лечения ожоговых и послеожоговых деформаций кисти» (патент РФ № 2388422), проведен анализ эффективности применения. За период с 2006 по 2011 гг. было пролечено по данной методике 17 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет, из которых 10 (58,8 %) — мужчины и 7 (41,2 %) — женщины. У 11 пациентов (64,7 %) были ожоги различной этиологии III степени (классификация Дж. Марини, 2002), у 6 (35,3 %) — имелись раны в результате электротравмы. Больным, в зависимости от характера травмы и времени с момента ее получения, проводилось лечение по двум основным вариантам: 1) наложение аппарата в ранний посттравматический период для предотвращения развития деформации кисти и контрактуры суставов + подготовка ран + отсроченная аутодермопластика; 2) подготовка ран + отсроченная аутодермопластика с одновременным наложением аппарата для устранения развившейся деформации и дополнительной фиксации кожных лоскутов. Выбор способа кожной пластики осуществлялся индивидуально в зависимости от характера, глубины и локализации повреждения. Контрольная группа составляла 43 пациента, в лечении которых использовалась изолированно кожная пластика без дополнительной фиксации, либо с фиксацией внешними шинами и лонгетом. Контроль осуществлялся на момент выписки больных из стационара, через 6 и 12 месяцев. Всем больным проводилась антибактериальная терапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлено, что при изначально одинаковом среднем сроке стационарного лечения и эпителизации ран (27,3 дня), в последующем в основной группе количество больных, получивших группу инвалидности, на 18,2 % меньше. При использовании чрескостных аппаратов у больных отмечено уменьшение на 12,7 % количества повторных госпитализаций и операций по поводу послеожоговой деформации кисти и уменьшение общего срока реабилитации и восстановления функции кисти на 37,4 %.