

сердечных и желудочковых аритмий в 13,3 % и полной поперечной блокаде сердца — в 0,9 % от общего числа обследованных. Белково-дефицитная энтеропатия отмечена у 6 %, а тромбоемболические осложнения — у 2,5 % пациентов. В 7,7 % причиной недостаточности кровообращения были остаточные стенозы на разных уровнях вновь созданного системного венозного возврата крови, в 4,3 % случаев — с длительным периодом адаптации системы кровообращения к новому типу циркуляции.

Все больные получали при наличии соответствующих показаний консервативную терапию, включавшую антиаритмические препараты, препараты калия, сердечные гликозиды, антикоагулянты, ингибиторы АПФ и другие лекарственные средства. Эндovasкулярные хирургические вмешательства: шесть радиочастотных аблаций, две имплантации ЭКС и 24 операции по устранению остаточных стенозов полых вен и легочных артерий, окклюзии реканализации антеградного кровотока и больших аортолегочных коллатеральных артерий.

После операции ТКПА НК составляет 81 % осложнений, БДЭ — 10 %, и нарушения ритма — 9 %. После операции ЭК осложнения представлены НК в 55 % случаев и БДЭ в 45 %. Тахикардия после этой модификации операции Фонтена не выявлено.

После операций ТКПА и ЭК 93 % осложнений имеют гемодинамическую причину (стенозы ветвей ЛА или полых вен, реканализация ствола ЛА, наличие БАЛКА). Устранение этих причин в большинстве случаев возможно при помощи эндovasкулярных методик.

А.С. Золотов*, В.Н. Зеленин, В.А. Сорокиков****

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДКОЖНЫХ РАЗРЫВОВ СУХОЖИЛИЙ РАЗГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ НА УРОВНЕ ДМФС

**МУЗ «Спасская городская больница» (г. Спасск-Дальний)*

***ГУ ЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)*

Рекомендации по лечению дистальных повреждений сухожилий разгибателей пальцев кисти остаются противоречивыми. Большинство хирургов является сторонниками консервативного лечения, однако немало хирургов предпочитают оперативные (инвазивные) методы (Geuyan, 1998).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнить результаты лечения повреждений 1 типа «mallet finger» (по классификации Doyle (1993)) с применением закрытых и открытых методов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 140 пациентов. При лечении 99 больных (1 группа) применялись различные шины и повязки. В лечении 41 пациента (2 группа) использовались инвазивные методы: трансартикулярная фиксация спицей (15), шов сухожилия + гипсовая повязка (1), шов мягких тканей на тыле пальца (2), насбаривание сухожильного регенерата (10), тенодермодез (13).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Количество положительных результатов (по системе Crawford) оказалось большим во второй группе пациентов (91,2 % против 81,8 % случаев). В этой группе выявлен и более высокий средний балл оценки (4,1 против 3,92). Однако уровень значимости — $p > 0,05$. Консервативное лечение оказалось более безопасным по уровню осложнений (2 случая (2,02 %)), чем оперативное (5 случаев (12,2 %)). В первой группе больных в одном случае наблюдался некроз кожи на тыле пальца от давления пелотом (результат плохой), во втором случае развился дерматит. Дерматит был купирован, и в конечном итоге результат оказался отличным. Во второй группе наблюдалось 5 осложнений. Краевой некроз кожи возник после насбаривания сухожильного регенерата. Рана зажила вторичным натяжением, конечный результат оказался удовлетворительным. В двух случаях в связи с нагноением мягких тканей в окружности спиц последние были удалены раньше срока. В одном из этих случаев результат оказался плохим, во втором случае — удовлетворительным. В связи с нагноением в области лигатуры при тыльном шве мягких тканей также пришлось удалить лигатуру раньше времени, результат оказался плохим. Остеомиелит дистальной фаланги после трансартикулярной фиксации спицей стал причиной плохого результата еще в одном случае.

Таким образом, консервативное и оперативное лечение 1 типа «mallet finger» близки по эффективности, но консервативный метод более безопасен по уровню осложнений.