

УДК 616-001.3/.4-036.17

ОЛЕЙНИК Г.А., ГРИГОРЬЕВА Т.Г., КИМ В.М., ЦОГОЕВ А.А., СУПРУН А.С.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи
им. проф. А.И. Мещанинова

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ КИСТИ

Кисть человека является рабочим органом и потому чаще других частей тела подвергается повреждениям. Подавляющее большинство повреждений и переломов (53,1 %) происходит на производстве, а 30,7 % травм — в быту. Различные сочетания открытых повреждений кисти составляют 3,3 %, и число их возрастает в последние годы. Большая часть их возникает при тяжелых травмах, вызывающих обширные раны с повреждениями сухожилий, нервов, с переломами, а также в комбинации с ожогами, отморожениями и попаданием инородных тел. Высокий процент утраты трудоспособности в результате травм кисти и пальцев объясняется не только тяжестью повреждений, но и неправильной или несвоевременной диагностикой и выбором тактики лечения. Распознавание открытых сочетанных и комбинированных повреждений не представляет трудностей, однако лечение требует большой вдумчивости и искусства хирурга. Однако часто при этих повреждениях встает вопрос: не ампутировать ли кисть? Ампутация того или иного фрагмента кисти влечет за собой не только потерю трудоспособности, но и значительную психологическую травму для пациента. Использование современных достижений реконструктивно-восстановительной хирургии дает возможность сохранить целостность кисти как органа, что, в свою очередь, способствует восстановлению психоэмоционального состояния пострадавших.

Представляем клинический случай тяжелой термомеханической травмы.

Больная К., 27 лет, поступила в ожоговое отделение по направлению Сумской ЦРБ с диагнозом «термомеханическая травма»: контактный ожог IV ст. и скальпированная рана правой кисти, некроз реплантированного лоскута. Травму получила на производстве в результате попадания правой кисти под горячий пресс. Через 2 часа больная была доставлена в хирургическое отделение Сумской ЦРБ с диагнозом: комбинированная травма, контактный ожог III-Б ст., скальпированная рана правой кисти. Выполнена операция первичной хирургической обра-

ботки раны, реплантация скальпированного лоскута и наложена повязка с мазью на водорастворимой основе с ежедневной ее сменой. На 8-е сутки решением консилиума жизнеспособность лоскута признана сомнительной, рекомендована ампутация кисти, от которой больная отказалась. Направлена в Харьковский ожоговый центр. На 9-е сутки после травмы в условиях ожогового центра произведена операция некрэктомии некротизированного реплантированного лоскута (скелетизация кисти). Выявлена гибель кожи, мягких тканей и связочного аппарата тыльной и ладонной поверхности кисти и пальцев. Решено выполнить больной операцию реваскуляризации участков оголенных структур кисти с использованием кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки методом «итальянской» пластики. Скелетизированная кисть помещена в подкожный тоннель (мостовидный лоскут) и фиксирована — первый этап. Через 3 недели выполнен второй этап операции — отсечение дистальной питающей ножки мостовидного лоскута. К концу 4-й недели выполнен окончательный этап операции — отсечение проксимальной питающей ножки мостовидного лоскута, моделирование его на кисти. Материнское ложе лоскута ушито местными тканями. Жизнеспособность перемещенного лоскута сомнений не вызывала. Через три месяца после операции «итальянской» пластики больной выполнен первый этап фалангизации кисти с формированием третьего межпальцевого промежутка. В дальнейшем планируется реконструктивно-восстановительные операции по формированию второго и четвертого межпальцевых промежутков.

Таким образом, рассматривая данное наблюдение, можно утверждать, что использование метода «итальянской» пластики при повреждении кисти, особенно при комбинированных повреждениях, позволяет восстанавливать анатомическую целостность кисти и в дальнейшем выполнять оперативные вмешательства для восстановления утраченных функций.

Получено 05.08.12 □