

4. Николаев Е.В., Ташкинов Н.В., Бояринцев Н.И. и др. Лапароскопическое лечение тяжелых форм алиментарного ожирения // Эндоскоп. хирургия. - 2004. - №1. - С. 113.

5. Хромова Н.В. Эндовидеохирургические способы лечения экзогенно-конституционального ожирения тяжелой степени по методу Е.В.Николаева: дис. ... канд. мед. наук. - Хабаровск, 2007. - 156 с.

6. Яшков Ю.И. I Международный симпозиум: хирургическое лечение ожирения // Анналы хирургии. - 2000. - №2. - С. 7-11.

Координаты для связи с авторами: Николаев Евгений Витальевич — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu; Ташкинов Николай Владимирович — доктор

мед. наук, профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu; Бояринцев Николай Иванович — доктор мед. наук, профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu; Хромова Наталья Владимировна — врач-хирург МУЗ «Городская больница №11»; Сучков Александр Васильевич — врач-хирург МУЗ «Городская больница №11», e-mail: muz_sv11@medadmin.info; Убиенных Николай Валерьевич — аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu; Шабурова Галина Платоновна — врач-рентгенолог МУЗ «Городская больница №11», e-mail: muz_sv11@medadmin.info.



УДК 617.576

С.Н. Березуцкий

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ДЕФЕКТОМ КОЖИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-30-53-11, e-mail: nauka@mail.fesmu, г. Хабаровск

При тяжелых сочетанных повреждениях пальцев кисти (ТСППК) помимо других серьезных повреждений (разрыв сухожилий, оскольчатые переломы фаланг, ранения капсулы сустава) в 67% случаев отмечается наличие кожного дефекта, что требует выполнения кожной пластики помимо других первоочередных операций.

Проведение полноценной кожной пластики у больных с ТСППК чаще всего невозможно в первые часы и даже дни после травмы в связи с общим состоянием или декомпенсацией кровообращения в тканях пальца.

Сложность лечения таких пациентов обуславливается еще и тем, что у большинства больных с ТСППК раны являются ушибленными, разможенными или другого аналогичного характера. Кроме того, общепризнанным является мнение, что в связи с анатомо-физиологическими особенностями кисти первичная хирургическая обработка повреждений является сложной операцией. Особенно это касается обширных дефектов в области дистальных отделов пальцев, когда невозможно применение кожной пластики местными тканями.

З.Ф. Нельзина (1960) при первичной хирургической обработке ушибленных ран в наложении глухого шва наблюдала вторичное заживление в 51,3%. Позже, в 1962 г., отмечала, что частичный некроз, имевший место в 14% случаев при хирургической обработке ушибленных ран конечностей, объясняется трудностями в определении

Резюме

В статье рассматривается современный подход к лечению тяжелых сочетанных повреждений пальцев кисти, сопровождающихся дефектом кожи. Автором предложены схемы лечения и оценена их клиническая эффективность.

Ключевые слова: повреждения кисти, лечение.

S.N. Berezutskiy

CURRENT APPROACH TO TREATMENT OF SEVERE COMBINED DAMAGES OF FINGERS OF THE HAND ACCOMPANIED BY SKIN DEFECT

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

In the article current approach to treatment of severe combined damages of fingers of hand accompanied by defect of skin is analyzed. The author offers schemes of treatment and their clinical efficiency is estimated.

Key words: hand damage, combined trauma, treatment.

жизнеспособности тканей во время первичной хирургической обработки. С целью ликвидации местного тканевого шока сотрудник ЦИТО С.И. Здрилюк считал целесооб-

разным отделить кожную пластику от первичной хирургической обработки раны на 1-2 дн. С.М. Калмановский и Е.М. Жук считали, что результаты пластики лучше при пересадке кожи на 4-5 дн. с момента первичной хирургической обработки.

Iselin и Broeuet (1959) представили анализ 65 случаев отсроченных оперативных вмешательств на кисти. Это были разможенные, резаные циркулярные и круговые раны. Срок подготовки к операции зависит от степени загрязнения раны и колеблется от 10 ч до 7 дн. Важное значение придавалось удалению нежизнеспособных тканей, границы которых отчетливо определялись при поздних сроках.

В руководстве «Оперативная травматология и ортопедия» Б. Бойчев, Б. Конфорти, К. Чоканов (1961) указывают, что если рана загрязнена, то кожную пластику можно провести через 6-10 дн. после первичной хирургической обработки.

При пластическом замещении дефектов кожи и пальцев возникает целый ряд специфических для травм данной локализации требований. Вновь созданный кожный покров должен не только анатомически замещать раневую изъяз. Он должен способствовать, по возможности, полному восстановлению кисти, как органа, с одной стороны, и периферического анализатора — с другой.

Для четкости анализа литературного материала С.П. Вилесов с соавторами предложил следующую схему:

1. Способы кожной пластики с использованием кожи с отдаленных участков кожи:

а) свободная пересадка кожи во всех ее модификациях;

б) применение методов пластики на открытой питающей ножке;

в) острый филатовский стебель.

2. Способы кожной пластики с использованием покровов поврежденной кисти:

а) сближение краев раны с применением послабляющих разрезов;

б) перемещение лоскутов кожи, выкроенных вблизи раны по методу встречных треугольных лоскутов (Лимберг) или в виде мостовидных лоскутов (Клапп, Кругликов);

в) использование утилитарной кожи с ампутированных сегментов кисти;

г) реплантация кожи по Красовитову;

д) выкраивание кожных лоскутов на питающей ножке со здоровых участков поврежденной кисти, микростебель по Хитрову, пересадка кожи с области возвышения большого пальца или 5 пальца на дистальные отделы фаланг, перемещение лоскута с соседнего пальца.

Материалы и методы

Подавляющее число больных с травматическими дефектами пальцев кисти в отделении оперированы в отсроченном порядке по разработанной на кафедре травматологии и ортопедии ДВГМУ методике. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран позволяет четко установить показания и провести в оптимальном варианте восстановление поврежденных анатомических структур кисти на ранних этапах лечения, правильно решить ряд организационных вопросов и значительно снизить инвалидность. Особенно это актуально в условиях регионов Севера и Дальнего Востока с их обширными мало-

населенными территориями, с плохо функционирующей транспортной инфраструктурой и концентрацией специализированных отделений и подготовленных кадров всего в нескольких городах.

Показаниями к проведению отсроченной первичной хирургической обработки раны больным с травмами кисти, сопровождающимися дефектами дистальных фаланг пальцев, мы считали:

1. Сомнительную жизнеспособность краев и дна раны, что наблюдается в большинстве рваных, ушибленных, разможенных, скальпированных, укушенных и огнестрельных повреждений.

2. Загрязнение ран, полученных острыми предметами, различными производственными и бытовыми веществами.

3. Комбинированные повреждения, возникающие от действия механических и термических факторов.

4. Позднее обращение пострадавших или задержка транспортировки по каким-либо причинам.

5. Отсутствие специалистов и помощников, а также условий для проведения операций в отдаленных регионах.

6. Пожилой возраст пациента, отягощенный анамнез у лиц, требующих специального обследования, подготовки к обезболиванию и длительному оперативному вмешательству.

7. Состояние выраженного алкогольного или токсического опьянения, затрудняющего проведение первичной хирургической обработки раны.

8. Поступление пострадавших в состоянии шока и лиц с множественными и сочетанными повреждениями, угрожающими жизни.

Метод лечения открытых тяжелых сочетанных повреждений пальцев кисти, сопровождающихся дефектом кожи, с применением разработанной на кафедре отсроченной ПХО ран и методов кожной пластики состоял из раннего комплекса активных лечебных мероприятий, проводящихся с момента поступления больного с травмой кисти в стационар, и отсроченного радикального оперативного вмешательства, осуществляемого через 3-5 сут после травмы.

В задачу ранних мероприятий входила оценка общего состояния больного, характера и тяжести повреждения кисти. Проводились рентгенография кисти, обезболивание (местное или общее), туалет кожи кисти и предплечья в проточной воде с мылом и стерильными щетками. Осуществлялись обильное промывание раны антисептиками (водный раствор хлоргексидина), края раны обкалывались антибиотиками широкого спектра действия. Иссекались явно нежизнеспособные ткани, проводился гемостаз. Раны закрывались салфетками, обильно смоченные растворами антисептиков. Кисть при всех повреждениях фиксировалась гипсовой шиной в среднефизиологическом положении.

Больного госпитализировали, назначали ему щадящий режим, возвышенное положение конечности, местную холодовую терапию, антибиотики широкого спектра действия парентерально. Для улучшения периферического кровотока по показаниям внутривенно переливались и перорально назначались дезагреганты и спазмолитики.

Профилактические мероприятия раневой инфекции (туалет раны, промывание ее антисептическими жидкостями)

тиями, обработка кожи вокруг раны, обкалывание краев раны растворами антибиотиков) лечащий врач повторял ежедневно во время проведения перевязки.

На примере многих научных работ, в том числе и диссертационных, убедительно доказано, что применение микрохирургической техники позволяет значительно улучшить качество выполняемых хирургических манипуляций на тонких анатомических структурах, в том числе на кисти и особенно на пальцах.

В отделении повреждений кисти и микрохирургии ККБ №2 г. Хабаровска за период с 2005 по 2010 г. произведено 1576 операций кожной пластики по различным методикам. Из них 74% больных в возрасте от 18 до 50 лет, т.е. в самом трудоспособном возрасте. Проведена 641 кожная пластика паховым лоскутом. Из них только в 6 случаях произошел частичный некроз лоскута. В 413 случаях произведена кожная пластика с использованием кожных покровов поврежденной кисти в различных модификациях (Клапп, Лимберг), у 22 больных проведено использование утильной кожи по Красовитову. В 57 случаях пересажен кожный лоскут с реверсированным кровообращением с области предплечья, «китайский лоскут» в том числе; 81 больному выполнена пластика с одноименного пальца (островковая пластика). У 352 больных выполнена пластика полнослойным кожным лоскутом по Тиршу, у 10 больных — мостовидным лоскутом. У 2 больных свободно пересажен лопаточный лоскут. Возраст больных колебался от 1 г. до 82 лет, 74% пришлось на самый трудоспособный возраст. Подавляющее число операций выполнено при отсроченной ПХО ран.

Результаты и обсуждение

Применения при тяжелых сочетанных повреждениях пальцев кисти с дефектом кожи методики, сочетающей отсроченную ПХО ран с разработанными на кафедре травматологии и ортопедии ДВГМУ различными методиками кожной пластики, позволило сохранить максимально возможную длину сегментов у всех больных, сократить сроки лечения вдвое, уменьшить степень инвалидизации больных до 1%, в отдельных случаях полностью вернуть профессиональную пригодность. Ишемия части лоскута наступила в 3%, но купировалась после консервативных мероприятий. Нагноение раны наступило у 2,5% больных, что было обусловлено недисциплинированностью самих пациентов.

Выводы

Применение данной методики позволило нам применять различные сложные восстановительные пластичес-

кие операции при тяжелых сочетанных повреждениях пальцев кисти с дефектом кожи с применением микрохирургии практически без осложнений.

Л и т е р а т у р а

1. Азолов В.В., Демитуев Г.И., Воскресенский У.В. Характер оперативного пособия при отрывах, размозжениях и раздавливаниях кисти и пальцев: мат-лы межобластной науч.-практ. конф. - М., 1971. - С. 62-66.
2. Бамиров А.Б. Кожная пластика при свежих повреждениях пальцев кисти // Здоровоохранение Казахстана. - 1970. - № 7. - С. 61-62.
3. Вайнштейн В.Г., Лыткин М.И. Кожная пластика при первичной хирургической обработке открытых повреждений. - Л.: Медицина, 1965. - 235 с.
4. Грецкий В.А. Кожная пластика при комбинированных повреждениях кисти: тез. докл. науч.-практ. конф. хирургов и травматологов г. Калинин и области. - Калинин, 1974. - С. 74-76.
5. Дмитриева З.Е. Отсроченная пластика при ранениях дистальных отделов пальцев кисти свободными кожными лоскутами: тез. докл. XX науч. сессии ОГМУ. - Оренбург, 1963. - С. 90-92.
6. Кириленко А.В. Рациональная методика трансплантации кожи на кость и при открытых повреждениях костей пальцев кисти // Современные методы лечения повреждений и заболеваний кисти. - М., 1975. - С. 47-50.
7. Нельзина З.Ф. Первичная кожная пластика ладонным и пальцевым лоскутом при повреждениях пальцев кисти: труды Пермского ГМИ. - 1970. - Вып. 100. - С. 33-36.
8. Сартан В.А. Кожный лоскут на закрытой питающей ножке при пластике глубоких раневых дефектов кисти // Журнал ортопедии, травматологии и протезирования. - 1979. - №4. - С. 44-45.
9. Adani R., Busa R., Castagnetti C. et al. Homodigital neurovascular island flaps with «direct flow» vascularization // Annals of Plastic Surgery. - 1997. - №1. - P. 36-40.
10. De Lorenzi F., van der Hulst R.R., den Dunnen W.F. et al. Arterialized venous free flaps for soft-tissue reconstruction digits: a 40-case series // J Reconstr Microsurg. - 2002. - Vol. 18, №7. - P. 569-574.
11. Huseyin Borman M.D., Tugrul Maral M.D., Mehmet Tancer M.D. Fingertip Reconstruction Using Two Variations of Direct-Flow Homodigital Neurovascular Island Flaps // Annals of Plastic Surgery. - 2000. - Vol. 45. - №1.

Координаты для связи с автором: Березуцкий Сергей Николаевич — доцент кафедры травматологии и ортопедии ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-41-63-30, e-mail: b_e_r1960@mail.ru.

