

ВЫПОЛНЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Краевая клиническая больница № 2 (Хабаровск)

Институт повышения квалификации сотрудников здравоохранения МЗ РФ (Хабаровск)

Нередко глубокие гнойные процессы, локализующиеся в области дистальных фаланг пальцев кисти, заканчиваются расплавлением, некрозом и, как следствие, дефектом мягких тканей и кожи.

Образовавшийся дефект амбулаторные хирурги, как правило, лечат консервативно, применяя для этого множество типов перевязочных средств с целью достижения быстрой регенерации кожного покрова с образованием нежного рубца. Данный метод обосновывается высоким риском развития гнойных осложнений при применении каких-либо пластических методов.

U. Mennen и A. Wiese приводят результаты лечения 200 пациентов с применением полуокклюзионной повязки «Opsite» производства «Smith» и «Nephew». Авторы получили заживление раны в течение в среднем 20 дней с формой пульпы близкой по форме и функции к нормальной. Есть сообщения о применении у детей с дефектами дистальных фаланг пальцев кисти повязок с Meripiel силиконом и парафиновыми повязками с удовлетворительным исходом. J.W. Fox с соавторами приводят результаты лечения 18 взрослых пациентов окклюзионными повязками. Авторы получили заживление всех ран с превосходным результатом в течение 4-х недель. K. Suman и H.G. Brown в исследовании 60 травмированных детей по лечению травматических дефектов верхушек пальцев кисти отмечают, что у детей до 12 лет консервативный метод лечения под повязками с редкой их сменой является наиболее благоприятным с хорошим функциональным и косметическим эффектом. Хотя авторы и не конкретизировали, при каких именно дефектах.

Однако Л.М. Афанасьев и Е.Н. Abbase считают, что консервативное лечение применимо исключительно при ограниченных поверхностных ранах. М.В. Андрусон указывает, что самостоятельное заживление под повязками возможно при поверхностных дефектах дистальных фаланг до 1 см. В работе других авторов на анализе лечения 116 пальцев у 102 детей консервативным методом, было выявлено, что независимо от уровня повреждения, во всех случаях наблюдались анатомо-функциональные нарушения в виде: вентральной девиации ногтевой пластинки, резко ограничивающей кончиковый хват; дефицита мягких тканей верхушки пальца от полного отсутствия пульпы до 40 % объема ее; снижения температуры на 0,8 – 1,6 градуса; сниженного потоотделения или полного его отсутствия. Авторы делают вывод о слабых регенеративных возможностях концевых фаланг пальцев кисти у детей.

В.Г. Петров и соавт. приводят данные о консервативном лечении 258 больных с дефектами дистальных фаланг пальцев кисти. Из них у 218 пальцев размер ран не превышал 0,5 см. Плохих результатов в этой группе не было, функция полностью восстановилась. У 40 пациентов размер ран мягких тканей колебался от 0,5 до 2 см. В этой группе срок эпителизации оказался более длительным (32 дня), у 8 человек развился остеомиелит фаланги, самостоятельная эпителизация ран сопровождалась рубцеванием и деформацией фаланги, повышенной чувствительностью кожного рубца, его частой ранимостью, резким снижением функциональной полноценности кисти. Поэтому люди, занятые физическим трудом, постоянно оберегали поврежденный палец во время работы.

Заживление вторичным натяжением дефектов дистальных фаланг может сопровождаться излишней чувствительностью, длительным временем заживления, развитием инфекции. Нередко исходом заболевания становится уродливый, нефункционирующий палец, а в ряде случаев приходится выполнять ампутацию одной или нескольких фаланг пальца.

Таким образом, недостатками консервативного метода лечения дефектов дистальных фаланг пальцев кисти являются:

- 1) возможность применения его только при поверхностных ограниченных ранах;
- 2) длительность заживления;
- 3) образование грубых деформирующих рубцов;
- 4) выраженное нарушение чувствительности;
- 5) повышенная ранимость рубца.

В нашем отделении накоплен опыт лечения гнойных поражений дистальных отделов пальцев кисти, сопровождающихся образованием дефектов кожи и мягких тканей. Лечение данной категории больных включало в себя следующие этапы.

1. Активная неоднократная хирургическая санация гнойного очага с радикальным иссечением нежизнеспособных тканей с применением на данном этапе современных перевязочных и антибактериальных средств.

2. Выполнение кожно-пластической операции с восстановлением как формы и наполнения дистальной фаланги, так сохранением чувствительности и кровоснабжения ее. Этого можно добиться только при применении кожных островковых перемещенных лоскутов на сосудисто-нервной ножке с «прямым» кровотоком. Несмотря на необходимость соответствующей квалификации хирурга, некоторую техническую трудность оперативного вмешательства, наличие микрохирургическо-

го инструментария и шовного материала, только данные лоскуты воссоздают эстетически приемлемый и функционально пригодный палец.

3. Проведение полноценного, неоднократно-го курса восстановительного лечения в условиях специализированного центра под контролем врача-реабилитолога и хирурга кисти.

При лечении больных данной категории ни в одном случае не было получено гнойного осложнения, все больные вернулись к своей работе.

Таким образом, по нашему мнению, необходимо переключать поток больных с дефектами кожи и мягких тканей дистальных фаланг пальцев кисти, вызванных глубокими различными гнойными процессами, на специализированные отделения хирургии кисти. Только в условиях данного стационара, с применением современных видов кожной пластики дефектов возможно полноценное восстановление анатомии и функции наиболее важной составляющей пальцев кисти.

С.Н. Березуцкий, В.Е. Воловик

ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОЖНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

*Краевая клиническая больница № 2 (Хабаровск)
Институт повышения квалификации сотрудников здравоохранения МЗ РФ (Хабаровск)*

В нашей публикации мы хотели бы остановиться на такой важнейшей составляющей в лечении дефектов дистальных фаланг пальцев кисти, как отсроченная первичная хирургическая обработка ран, принятая в отделении микрохирургии кисти ККБ № 2.

Подавляющее число больных с травматическими дефектами пальцев кисти в отделении оперировано в отсроченном порядке по принятой в клинике 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 малонаселенными 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, сопровождающихся 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 отделенных 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, затрудняющих проведение первичной хирургической обработки раны;

8) поступления пострадавших в состоянии шока и лиц с множественными и сочетанными повреждениями, угрожающих жизни.

Метод отсроченной ПХО ран открытых повреждений кисти с дефектом дистальных фаланг кисти 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 суток после травмы.

В задачу ранних мероприятий входила оценка общего состояния больного, характера и тяжести повреждения кисти. Проводились рентгенография кисти, обезбоживание (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.