

УДК 617.576—001—08

И. А. ОСЕПЯН, В. П. АИВАЗЯН

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КИСТИ

Рассматриваются основные проблемы и перспективы лечения больных с открытыми повреждениями кисти. Разработаны классификация и тактика лечения при открытых повреждениях кисти. Большое внимание уделяется профилактике развития и лечению раневой инфекции. Ведется планомерная подготовка для освоения микрохирургической техники сшивания сосудов и нервов.

Повреждения кисти по частоте, тяжести функциональных нарушений и трудности восстановительного лечения занимают особое место в ортопедии и травматологии. По данным большинства исследователей [2, 5, 7, 11], 30—40% обращений в лечебные учреждения по поводу травм составляют больные с повреждениями кисти, из них более половины — с открытыми повреждениями [6].

Несмотря на достигнутые успехи в лечении повреждений кисти, эта проблема продолжает оставаться актуальной, тем более что функциональные результаты лечения еще не удовлетворительны. Трудность в лечении таких больных заключается в необходимости восстановить не только анатомическую целостность органа, но и тонкую функцию кисти, без которой невозможна производственная деятельность человека.

Результаты лечения в большинстве случаев зависят от тяжести самой травмы и повреждения отдельных структур кисти (сухожилий, нервов, сосудов), от биологических условий течения раневого процесса (образование спаек, рубцовых сращений, нарушения скользящего аппарата кисти, возникновения анкилозов в суставах и др.). Немаловажное значение имеет и знакомство хирургов с тактикой и основными принципами лечения больных с повреждениями и заболеваниями кисти.

Наибольшую трудность для лечения как с точки зрения оперативного вмешательства, так и исходов лечения представляют открытые повреждения кисти. В этих случаях наряду с проблемой восстановления целостности нарушенных анатомических структур (репозиция отломков, вправление вывихов, восстановление целостности сухожилий, нервов, и др.) возникает проблема профилактики развития раневой инфекции и борьбы с ней. С этой целью нами широко применяются тщательная механическая и хирургическая обработка раны, устойчивая фиксация отломков, антибактериальные препараты и общеукрепляющая терапия.

В настоящее время в лечении открытых повреждений кисти уста-

новилось два четких направления—первичная и отсроченная хирургическая обработка ран. При выборе тактики лечения при открытых повреждениях кисти мы исходим из разработанной нами классификации [1], согласно которой эти повреждения подразделяются на четыре группы, каждая из которых делится на три подгруппы, отражающие глубину и степень тяжести повреждения тканей.

Наша классификация сводится к следующему:

1. Повреждения мягких тканей: а—кожи; б—сухожилий; в—нервов.
2. Повреждения скелета кисти: а—одной кости; б—нескольких костей; в—множественные повреждения костей кисти.
3. Сочетанные повреждения: а—элементов одного пальца; б—нескольких пальцев; в—множественные сочетанные повреждения кисти.
4. Отрывы частей или всей кисти: а—одного пальца, кроме первого; б—четырех пальцев, кроме первого или только первого; в—всех пальцев или кисти.

Такая классификация, на наш взгляд, помогает быстрее ориентироваться в характере травмы и выборе той или иной тактики лечения, от которой во многих случаях зависит судьба поврежденной кисти.

При тяжелых открытых повреждениях кисти мы прибегаем к двухэтапной обработке раны, так как в тканях быстро наступают нарушения кровообращения как в результате повреждения сосудов, так и рефлекторного спазма последних вне зоны поражения, в связи с чем определить границы нежизнеспособных тканей в первые часы после травмы бывает трудно.

Известно, что при лечении повреждений кисти решающую роль играет вид заживления раны. Инфицирование последней на конечном этапе приводит к возникновению фиброза и резкому ухудшению функциональных результатов. С целью профилактики развития и лечения раневой инфекции нами разработан комплекс мероприятий, в котором большая роль принадлежит методу длительного внутрикостного вливания антибиотиков. После механической и хирургической обработок раны в метафиз лучевой кости вводится игла Кассирского с мандреном и вливаются антибиотики широкого спектра действия. В послеоперационном периоде производятся длительные капельные или 2—4-кратные (в сутки) внутрикостные вливания антибиотиков. В зависимости от течения раневого процесса производятся контрольные посевы отделяемого из раны для определения характера раневой флоры и чувствительности к антибиотикам. При необходимости производится смена последних на более активные.

При лечении открытых переломов костей кисти нами широко применяется первичный металлоостеосинтез интрамедулярным, трансоссальным или параоссальным введением тонких спиц, который производится под защитой внутрикостных вливаний антибиотиков. Наши исследования показывают, что внутрикостный путь введения антибиотиков является эффективным и удобным для подведения их к очагу поражения.

Большое значение в лечении больных с открытыми повреждениями кисти имеет наряду с первичной хирургической обработкой раны применение первичных пластических операций (пластика кожи, шов сухожилий, нервов, восстановительные операции на первом пальце, реплантация пальцев и кисти и др.).

В последнее время нами широко применяется первичная кожная пластика как при обширных, так и ограниченных повреждениях кисти, в частности кончиков пальцев, что позволяет получить хороший косметический и функциональный эффект.

Одной из трудных и важных проблем в лечении больных с открытыми повреждениями кисти является лечение повреждений сухожилий сгибателей, особенно в «критической» зоне. Первичный шов сухожилий сгибателей в «критической» зоне нами применяется лишь в тех случаях, когда имеются условия для заживления раны первичным натяжением. Хорошие результаты в этих случаях получены от применения съемного шва по Бенеллю. В остальных случаях лучше производить шов сухожилий на втором этапе в асептических условиях, после стихания воспалительных процессов в ране. При лечении застарелых повреждений сухожилий в зоне узкого костно-фиброзного канала на пальцах нами внедрена в практику операция перемещения (транспозиции) сухожилия поверхностного сгибателя с соседнего пальца на место поврежденного, описанная В. П. Клейменовым и соавт. [3]. Этот метод имеет преимущества перед другими методами восстановления подвижности в пальцах при повреждении сухожилий сгибателей в «критической» зоне. При транспозиции сухожилия поверхностного сгибателя с соседнего пальца на место поврежденного в зоне узкого костно-фиброзного влагалища сухожилий не бывает шва, что значительно улучшает результаты лечения. Необходимо отметить, что функция пальца, из которого берется сухожилие, несколько не страдает.

В настоящее время изучаются возможности применения декальцинированных костных трансплантатов (костного матрикса) для замещения дефектов кости как при свежих повреждениях, так и при посттравматических осложнениях. Костный матрикс, как показывают исследования сотрудников экспериментальной лаборатории института [9, 10], является мощным стимулятором и индуктором остеогенеза, и внедрение его в практику при лечении повреждений кисти сыграет большую роль в ускорении сроков и исходов лечения больных с переломами и дефектами костей кисти. Предварительные результаты лечения весьма обнадеживающие [4, 6].

При лечении больных с открытыми повреждениями кисти и пальцев необходимо обращать внимание на диагностику и лечение повреждений нервов. При повреждении нервов в денервированных участках кожи наступают трофические расстройства, нарушается чувствительность, теряется стереогноз. Пальцы становятся «слепыми», и захваченные предметы нередко выпадают из рук. Работа такими пальцами без контроля зрения невозможна. Из существующих методов диагностики

повреждения нервов кисти и пальцев наряду с субъективными (чувство укола, тактильности, дискриминационный тест Веббера, тактильная инозия и др.) имеются и объективные. Наиболее чувствительным, удобным и легко выполнимым является метод нингидриновых отпечатков по Мобергу, который основан на тесной связи чувствительности и потовой секреции кожи. В денервированных участках быстро наступает ангидроз кожи, и проба с нингидрином на наличие потовой секреции оказывается отрицательной. Экспресс-метод определения нингидриновых отпечатков применяется нами в диагностике повреждений нервов как при свежих, так и застарелых повреждениях кисти.

В последние годы большая роль в лечении больных с повреждениями кисти отводится микрохирургии, позволяющей производить реконструктивно-восстановительные операции на тонких структурах кисти. Благодаря внедрению в практику операционных микроскопов, специального шовного материала, микрохирургического инструментария стала возможной реплантация травматически ампутированных фаланг, пальцев, кисти. В Ереванском НИИ травматологии и ортопедии начато планомерное освоение микрохирургической техники сшивания сосудов и нервов.

Таким образом, разрабатываемые в Институте теоретические и тактические вопросы лечения больных с открытыми повреждениями кисти открывают новые возможности в организации хирургической помощи больным с этими повреждениями на современном уровне.

Ереванский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии

Поступила 19/IX 1978 г.

Ի. Ա. ՀՈՎՍԵՓՅԱՆ, Վ. Պ. ԱՅՎԱԶՅԱՆ

ԴԱՍՏԱԿԻ ԲԱՑ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՊՐՈԲԼԵՄՆԵՐՆ ՈՒ ՀԵՌԱՆԿԱՐՆԵՐԸ

Հոդվածում շոշափվում են դաստակի բաց վնասվածքներ ունեցող հիվանդների բուժմանը նվիրված հիմնական պրոբլեմները: Մշակված են վերոհիշյալ վնասվածքների դասակարգումը և բուժման մոտեցումը: Բուժման մոտեցման ընտրության խնդրում հեղինակները ելնում են իրենց կողմից առաջարկված դասակարգումից: Ըստ այդ դասակարգման, դաստակի բաց վնասվածքները բաժանվում են չորս խմբի, որոնցից յուրաքանչյուրն իր հերթին բաժանվում է հյուսվածքների վնասվածության խորությանն ու ծանրության աստիճանն արտացոլող երեքական ենթախմբերի:

Մեծ ուշադրություն է դարձվում վերջային ինֆեկցիայի զարգացման պրոֆիլակտիկային և բուժմանը: Մշակված է միջոցառումների կոմպլեքսը, որտեղ մեծ դեր է տրվում հակաբիոտիկների ներոսկրային ներարկմանը: Ուսումնասիրվում են «կրիտիկական» շրջանում վնասված ջրերի բուժման հար-

ցերը, դաստակի վիրահատման ժամանակ ոսկրային մատրիքսի օգտագործման հնարավորությունները և այլն:

Տարվում են պլանավորված նախապատրաստական աշխատանքներ միկրովիրարության տեխնիկան ներդնելու՝ մանր անոթները և ներվերը վիրահատելու համար:

I. A. HOVSEPIAN, V. P. AYVAZIAN

MAIN PROBLEMS AND PROSPECTS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH OPEN INJURIES OF HAND

The main problems and prospects of treatment of patients with open injuries of hand are touched upon in the article. The classification and tactics of treatment are worked out. It is given consideration to prophylaxis of development, treatment of injury infection and mastering of microsurgical technics of suture of vessels and nerves.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айвазян В. П. Тезисы Республиканской научной конференции молодых ученых травматологов и ортопедов. Ереван, 1978, стр. 40.
2. Катлап Л. К., Березняк И. М. Современные методы лечения повреждений и заболеваний кисти (материалы конференции). М., 1975, стр. 23.
3. Клейменов В. П., Николаев В. П. Хирургия, 1976, 9, стр. 43.
4. Минасян А. Г., Мандрикан Э. А., Ханин А. А. и др. Тезисы докладов Республиканской научной конференции, посвященной 30-летию ЕрНИИТО и 60-летию Великой Октябрьской социалистической революции. Ереван, 1977, стр. 58.
5. Нельзина Э. Ф. Современные методы лечения повреждений и заболеваний кисти (материалы конференции). М., 1975, стр. 19.
6. Осеян И. А., Минасян А. Г., Аствацатурян А. А., Ханин А. А. и др. Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Материалы III съезда Прибалтийских республик. Таллин, 1978, стр. 222.
7. Роговой М. А. Современные методы лечения повреждений и заболеваний кисти (материалы конференции). М., 1975, стр. 13.
8. Усольцева Е. В., Машкара Н. И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Л., 1975.
9. Ханин А. А., Тевосян А. В., Мелик-Танеян Д. В. Ортопедия, травматология и протезирование, 1978, 8, стр. 41.
10. Ханин А. А., Петросян Л. Г., Тевосян А. В. Ж. экспер. и клинич. мед. АН Арм. ССР, 1978, 3, стр. 44.
11. Rank B. K., Wakefield A. R. Surgery of repair as applied to hand injuries. London, 1960.