

УДК 617.3

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ТРАВМА, ОТКРЫТЫЙ ВЫВИХ КИСТИ, ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЛАДЬЕВИДНОЙ И ЛУЧЕВОЙ КОСТЕЙ. ВАРИАНТ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ И ОТСРОЧЕННОЙ ПОМОЩИ

Арина Сергеевна Сарапулова¹, Артём Евгеньевич Филатов¹, Сергей Викторович Лексин²

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

²ГАУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 23»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Производственный травматизм - наиболее частая причина экстренной госпитализации пациентов в отделения травматологического профиля. Лечение пациентов со сложными переломами на каждом этапе требует индивидуального подхода, включающее проведение своевременного оперативного вмешательства. Важно определить последовательность хирургических приемов, чтобы достичь желаемого результата - сохранить и максимально восстановить функцию поврежденной конечности. **Цель исследования** – представить клинический случай множественных повреждений: переломов, вывихов костей верхних конечностей при производственной травме. **Материал и методы.** В статье представлено исследование отдельного случая, который был зафиксирован в ГАУЗ СО Центральная городская клиническая больница № 23. **Результаты.** Пациенту в порядке неотложной помощи проведена первичная хирургическая обработка (ПХО) раны, закрытое вправление чрезладьевидно-перилунарного вывиха и временная фиксация перелома дистракционно-репонирующим устройством (ДРУ) для полной диагностики повреждений и последующего выбора тактики лечения. При поступлении был выполнен весь объем неотложной помощи. **Выводы.** Приведенный в данной статье клинический случай указывает на необходимость своевременного выполнения этапов лечения, включая четкую верификацию диагноза, неотложную и специализированную помощь. Всё это позволяет максимально быстро и полно восстановить утраченные функции.

Ключевые слова: производственный травматизм, чрезладьевидно-перилунарный вывих, трансартикулярная фиксация, перелом ладьевидной кости, перелом дистального эпиметафиза

CLINICAL CASE: OCCUPATIONAL TRAUMA, OPEN DISLOCATION OF THE HAND, OPEN FRACTURES OF THE NAVICULAR AND RADIUS BONES. EMERGENCY AND DELAYED CARE OPTION

Arina S. Sarapulova¹, Artyom E. Filatov¹, Sergei V. Leksin²

¹Ural state medical university

²Central City Clinical Hospital № 23

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Occupational trauma is the most frequent cause of emergency hospitalization in trauma departments. Treatment of patients with complex fractures at each stage requires an individual approach, including timely surgical intervention. It is important to determine the sequence of surgical techniques in order to achieve the desired result - to preserve and maximally restore the function of the injured limb. **The purpose of the study** - to present a clinical case of multiple injuries: fractures, dislocations of upper limb bones in an industrial injury. **Material and methods.** This article presents a case study, which was recorded at the Central City Clinical Hospital № 23. **Results.** The patient underwent primary surgical treatment (PST) of the wound, closed reduction of the perilunar dislocation and temporary fixation of the fracture with a distraction and repositioning device (DRD) for complete diagnosis of the injury and subsequent choice of treatment tactics. On admission, the entire scope of emergency care was performed. **Conclusions.** The clinical case presented in this article indicates the necessity of timely implementation of the stages of treatment, including emergency care, comprehensive approach, clear and verification of the diagnosis. All this allows to restore the lost functions as quickly and fully as possible. **Keywords:** occupational injuries, transarticular-perilunar dislocation, transarticular fixation, fracture of the navicular bone, fracture of the distal epimetaphysis

ВВЕДЕНИЕ

Производственный травматизм - наиболее частая причина экстренной госпитализации пациентов в медицинские учреждения и отделения травматологического профиля [4]. Вследствие возможных несчастных случаев, из-за высокого риска получения пациентами разнообразных по своему характеру и степени тяжести травм, необходимо подбирать оптимальную тактику хирургического лечения и реабилитации.

Одними из наиболее часто встречающихся являются сложные переломы дистальных отделов верхней конечности. Согласно данным Министерства здравоохранения РФ за 2021 год, количество переломов костей предплечья, кисти и запястья с 2017 по 2019 неуклонно росло: по последним данным составляет 217612 и 76826 человек в год соответственно [5]. Факторами риска, как правило, выступают работы, проводимые на большой высоте, неосторожная или неправильная эксплуатация технического оборудования, несоблюдение правил техники безопасности и др.

Лечение пациентов со сложными переломами на каждом этапе требует индивидуального подхода, включающее проведение своевременного оперативного вмешательства. Важно определить последовательность хирургических приемов, чтобы достичь желаемого результата - сохранить и максимально восстановить функцию поврежденной конечности.

Цель исследования – представить клинический случай множественных повреждений: переломов, вывихов костей верхних конечностей при производственной травме.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В статье представлено исследование отдельного случая, который был зафиксирован в ГАУЗ СО Центральная городская клиническая больница № 23.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Больной самостоятельно обратился в неотложном порядке с жалобами на боль в области правого лучезапястного и правого локтевого суставов с ограничением функции правой верхней конечности в результате падения с высоты 4 метра. Ось правой верхней конечности нарушена за счет деформации в области нижней трети правого предплечья. По ладонной поверхности кистевого сустава рана по типу пробойника 0,1 x 0,1 см с неровными краями, кровотечение умеренное. В области правого локтевого и лучезапястного суставов выраженный отек, болезненность при пальпации. В проекции полулунной кости по тыльной поверхности определяется западение. Осевая нагрузка болезненна. Движения в правом локтевом и лучезапястном суставах ограниченные, резко болезненные. Пульсация локтевой и лучевой артерий отчетливая. Неврологических нарушений в кисти нет. Для определения тактики ведения было проведено: рентгенография локтевого сустава, костей предплечья и кисти в стандартных проекциях, компьютерно-томографическое (КТ) исследование, и выявлены: чрезладьвидно-перилунарный вывих кисти, перелом ладьевидной кости правой кисти, перелом дистального эпиметафиза правой лучевой кости, перелом головки правой лучевой кости со смещением (Рис. 1).

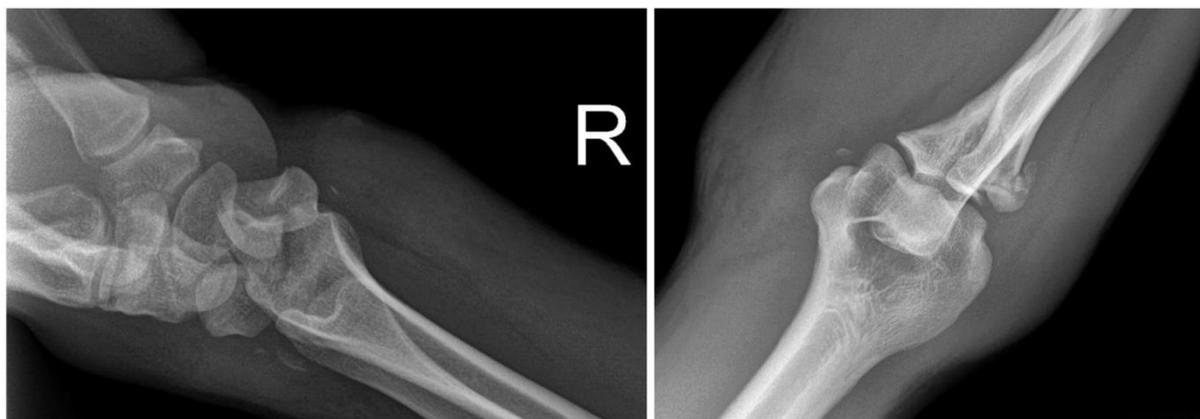


Рис. 1 Рентгенография локтевого сустава, костей предплечья и кисти в стандартных проекциях

На основании результатов инструментальной диагностики был поставлен диагноз: открытый чрезладьвидно-перилунарный вывих правой кисти. Открытый перелом ладьевидной кости правой кисти Gustilo-Anderson I. Открытый перелом дистального эпиметафиза правой лучевой кости Gustilo-Anderson I. Перелом головки правой лучевой кости Gustilo-Anderson I (Gustilo r.V. And Anderson j.T., 1976)

При поступлении 19.01.2023 г., в неотложном порядке выполнены: ПХО (первичная хирургическая обработка) раны правого предплечья; закрытое вправление вывиха кисти с трансартикулярной фиксацией спицами; монтаж ДРУ на правое предплечье-кисть. Рана обработана растворами антисептиков и обильно промыта водным раствором хлоргексидина. Произведено ушивание раны. Под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП) чрескожно через локтевую кость проведена спица 2 мм на уровне 2/3 диафиза,

чрескожно проведена спица 2 мм через II,III,IV,V пястные кости (Рис. 2)[1]. В локтевую кость проведена консольная спица. Смонтировано ДРУ. Дана дистракция. Выполнено вправление вывиха кисти с последующей чрескожной трансартикулярной фиксацией кисти двумя спицами Киршнера 1,5 мм. Контроль стабильности. ЭОП-контроль: вывих кисти устранен, суставные поверхности конгруэнтны, сохранялось смещение отломков ладьевидной кости и лучевой кости. Обработка растворами антисептиков. Повязки на места выхода спиц и рану. Гипсовая иммобилизация локтевого сустава.



Рис. 2 Положение спиц

Второй этап оперативного лечения проведен 27.01.2023 г., в ходе которого были выполнены: закрытый остеосинтез ладьевидной кости правой кисти компрессирующим винтом (2,5 мм тип Герберта); закрытый остеосинтез правой лучевой кости спицами; чрескожная трансартикулярная фиксация трехгранной и полулунной кости правой кисти спицей; чрескожная трансартикулярная фиксация лучезапястного сустава и демонтаж аппарата внешней фиксации (АВФ), гипсовая иммобилизация (Рис. 2) [2]. Операционное поле обработано растворами антисептика. Под верхней проводниковой анестезией выполнена репозиция переломов в условиях АВФ. Проведены спицы Киршнера 1,0 мм через ладьевидную кость антеградно под контролем ЭОПа. Осевое положение отломков ладьевидной кости правильное. Произведен линейный разрез до 0,6 см длиной, выбрана наиболее соосно проведенная спица, по которой канюлированным сверлом по спице рассверлен канал, фрезой подготовлено место под головку винта. По спице в ладьевидную кость введен компрессирующий винт (24 мм) под контролем ЭОПа. После фиксации дана компрессия. Выполнена чрескожная фиксация перелома лучевой кости двумя 1,5 мм спицами. Проведена чрескожная трансартикулярная фиксация трехгранной и полулунной кости правой кисти спицей 1 мм [3]. Удалена трансартикулярная спица 2 мм через лучезапястный сустав. Выполнена чрескожная трансартикулярная фиксация лучезапястного сустава спицей 1,5 мм. Демонтаж АВФ.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведен рентген-контроль: положения отломков удовлетворительное, достигнут контакт отломков, положение винта и спиц правильное. Рана ушита. Обработка растворами антисептиков. Асептическая повязка. Гипсовая иммобилизация правой верхней конечности.

На заключительном этапе лечения 31.01.2023 г. была восстановлена головка лучевой кости. Выполнен оперативный доступ к локтевому суставу по Кохеру (на разгибательной поверхности предплечья непосредственно над головкой лучевой кости) с последующей репозицией костных отломков. Временную фиксацию репонированных костных фрагментов головки выполняем тонкими спицами Киршнера 1,0 мм, что предотвращает раскол мелких отломков. Стабилизация достигается компрессирующими винтами (2,5 мм тип Герберта) с погружением их головок в хрящ суставной поверхности (Рис. 3). После стабилизации перелома восстанавливаем кольцевидную связку, тщательно ушиваем суставную капсулу, мягкие ткани и кожу. Операционную рану дренируем перчаточными полосками. После операции обязательна косыночная иммобилизация, ограничивающая движение в локтевом суставе, сроком на 3 недели.



Рис. 3 Стабилизация перелома

ВЫВОДЫ

Приведённый в данной статье клинический случай указывает на необходимость своевременного этапного лечения, включая четкую диагностику повреждений, неотложную и специализированную помощь. Всё это позволяет максимально быстро и полно восстановить утраченные функции травмированной конечности.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Green's operative hand surgery e-book / S.W. Wolfe, W. C. Pederson, S.H. Kozin, M. S Cohen – 8th ed. – Elsevier Health Sciences, 2021.
2. Уорик, Д. и др. / Хирургия кисти: специализированное Оксфордское руководство по хирургии. // Д. Уорик и др.; перевод с английского под редакцией Л. А. Родомановой. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – 704 с.: ил.
3. Фомичева, С. К. Практика применения реконструктивной операции для восстановления предплечья и кисти после тяжелого повреждения / С. К. Фомичева, М. В. Шульга // Актуальные вопросы медицинской науки. – 2019. – С. 181-181.

4. Пособие по охране труда дорожному мастеру (утв. Распоряжением Минтранса России от 29.01.2003 № ОС-37-р))

5. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, организация травматолого-ортопедической помощи в РФ в 2019 году <https://www.citopriorov.ru/cito/files/science/sbornik.pdf>

Сведения об авторах

А.С. Сарапулова* – студент

А.Е. Филатов – студент

С.В. Лексин – заведующий отделением травматологии и ортопедии Центральной городской клинической больницы № 23, хирург, травматолог, ортопед, врач высшей категории

Information about the authors

A.S. Sarapulova* - student

A.E. Filatov - student

S.V. Leksin - Head of the Department of Traumatology and Orthopedics of the Central City Clinical Hospital № 23, surgeon, traumatologist, orthopedist, doctor of the highest category

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

Arishhhka@gmail.com

УДК 617.577-089.844

СРАВНЕНИЕ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ СВОБОДНЫМ И НЕСВОБОДНЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ

Александр Валерьевич Харлов^{1,2}, Юрий Валерьевич Антониади^{1,2}

¹Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

²ГАУЗ СО ЦГБ № 36 «Травматологическая»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Травма кисти по данным статистики занимает около 40% от всех видов травм. Травматический дефект дистальных отделов пальцев кисти является результатом воздействия механической силы, в большинстве случаев, приводящее к дальнейшим косметическим и функциональным дефектам пальцев кисти. В связи с этим лечение данной патологии имеет колоссальное значение в рамках травматологической помощи. **Цель исследования** - сравнить методики кожной пластики для применения в практике. **Материал и методы.** Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации за период с 2017 по 2023 год на базе ГАУЗ СО ЦГБ № 2 и ГАУЗ СО ЦГБ № 36 «травматологическая». **Результаты.** Из 1 группы пациентов составом 136 человек, у 121 послеоперационный период протекал без осложнений, 15 же человек получили инфицирование раны и продолжили лечение у хирурга,