

стика - у 35 больных. Учитывая опыт ведущих специалистов, мы отдаем предпочтение различным видам аутопластики сухожилий.

Исключительно большое значение играет послеоперационное лечение больных. С 3-4 дня назначаем пассивные движения и УВЧ-терапию для профилактики контрактур в суставах и отека. Через 2 недели снимаем швы, больные проводят мелкие покачивающие движения в пальцах. С 3-4 недели гипсовую лонгету снимаем и основное внимание уделяем активным движениям, назначаем ЛФК, массаж, тепловые процедуры. С 2 месяца назначаем рассасывающую терапию (лидазу, ронидазу, ультразвук с гидрокортизоном).

Оценку отдаленных результатов производили не раньше года. У 75% больных получены хорошие и удовлетворительные результаты, у 10% - без изменения и у 5% - неудовлетворительные исходы.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОДКОЖНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СУХОЖИЛИЯ РАЗГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА КИСТИ НА УРОВНЕ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖФАЛАНГОВОГО СУСТАВА

Обухов И.А., Морозов И.Б.

Уральская государственная медицинская академия,
ЦГКБ №24, г. Екатеринбург

Традиционные методы лечения подкожных повреждений сухожилий разгибателей пальцев кисти на уровне дистального межфалангового сустава в 32-60% случаев не обеспечивают восстановление функции, сопровождаются или несостоятельностью шва и возникновением деформации, или приводят к стойкой разгибательной контрактуре дистального межфалангового сустава (ДМФС).

Представлен опыт лечения 40 больных с повреждениями сухожилий разгибателей пальцев кисти на уровне дистального межфалангового сустава II-V пальцев кисти. Механизм травмы – торцевой удар при падении, спортивных играх, резкое сгибание пальца.

Больные лечились в отделении хирургии кисти и в центре косметологии и пластической хирургии. В зависимости от давности повреждения применялась следующая тактика ведения больных.

При свежих повреждениях давностью до 3 дней после травмы использовалась иммобилизация гипсовой, пластиковой повязкой или специальными шинами, сделанными из подручных материалов. Основным условием во всех случаях является создание переразгибания дистальной фаланги пальца до 10-15 градусов и сохранение этой позиции в течение 5-6 недель.

При несвежих повреждениях (в сроки от 4 дней до 1 недели после травмы) использовалась иммобилизация в положении переразгибания в течение 6 недель. У 8 больных в качестве метода иммобилизации и применялась чрессуставная фиксация дистальной фаланги 1-2 тонкими спицами в положении переразгибания пальца в дистальном межфаланговом суставе под углом 10-15 градусов на срок 6-7 недель. В 12 случаях использован шов чрескостный шов сухожилия разгибателя. Особенностью операции являлось прошивание неповрежденной части сухожилия разгибателя на уровне средней фаланги и армирование поврежденной части сухожилия капроновой нитью и чрескостный шов сухожилия через основание дистальной фаланги пальца. Перед этим предварительно просверливался с помощью тонкой спицы канал в дистальной фаланге, после чего через канал проводилась капроновая лигатура и проводилось переразгибание пальца под углом 10-15 градусов. В послеоперационном периоде фиксация спицей осуществлялась в течение 4-х недель. После удаления спицы проводилась лечебная гимнастика, направленная на восстановление пассивных и активных разгибательных, а затем и сгибательных движений в ДМФС.

При повреждениях сухожилия разгибателя в сроки более 1 недели и наличии сгибательной установки пальца ставились показания к оперативному вмешательству, которое выполнялось не ранее чем через 3 недели после травмы.

При застарелых повреждениях сухожилий разгибателей пальцев кисти на уровне дистального межфалангового сустава нами использовались следующие оперативные методы лечения: пластика сухожилий разгибателей, приспособивающий чрескост-

ный шов рубцового измененного сухожилия с фиксацией ДМФС спицей, при выраженной сгибательной контрактуре пальца (сгибание более 140 градусов) и необходимости воссоздания опорности пальца выполнялся артродез в функционально выгодном положении.

В ходе операций в месте расположения сухожилия разгибателя определялась растянутая сухожильная и рубцово-измененная ткань, которая была не способна выдержать нагрузку, направленную на разгибание дистальной фаланги. После оперативного вмешательства считали предпочтительным иммобилизацию пальца спицей в положении переразгибания ДМФС. Спицу проводили через дистальную фалангу и среднюю фалангу после выполнения шва или пластики сухожилия разгибателя.

Результаты лечения. Результаты изучены у 34 больных. Исходы лечения оценивались в сроки 6 месяцев и более после травмы. При оценке результатов учитывались: объем активных движений в дистальном межфаланговом суставе (ДМФС) в сравнении со здоровым симметрично расположенным пальцем другой руки, наличие болей, наличие деформации ногтевой пластинки, оценка по 5 бальной системе результата самим больным. Хорошим считался объем движений в ДМФС, составляющий 80 % от здорового симметрично расположенного пальца другой руки, удовлетворительным – 40-80%. Плохим результатом считалось наличие меньшего объема движений в поврежденном пальце, а также возникновение рецидива сгибательной установки пальца.

При свежих повреждениях хорошие результаты были достигнуты в 5 случаях из 6. Удовлетворительный результат в 1 случае был связан с сокращением срока иммобилизации до 4 недель.

При несвежих повреждениях хорошие результаты получены в наблюдениях (всего 5 наблюдений) хорошие результаты получены в 3 случаях, удовлетворительные в 2 наблюдениях.

При застарелых повреждениях (24 случая) хорошие результаты были достигнуты у 12 больных, удовлетворительные – у 6, неудовлетворительные – у 2 пациентов. Четырём больным был выполнен артродез ДМФС. У них отмечалось самое быстрое восстановление трудоспособности, причем самооценка

больных была достаточно высокой, больные были удовлетворены функцией пальца.

Таким образом, в лечении подкожных повреждений сухожилий разгибателей пальцев кисти на уровне дистального межфалангового сустава следует использовать дифференцированный подход с учетом сроков после травмы и социального статуса больного.

ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЛУБОКИХ ПОРАЖЕНИЯХ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Салистый П.В., Штукатуров А.К., Саидгалин Г.З.

Детская городская клиническая больница №9,
г. Екатеринбург

Выделение травмы кисти в отдельную нозологическую форму говорит о значимости проблемы. Особенно остро она стоит у детей. Формирующейся личности важен аспект познания мира, поэтому поражения кисти у детей стоит на первом месте среди всех повреждений конечностей. Наибольшую проблему представляет поражение электрическим током. Значительная глубина повреждения, поражение на “расстоянии”, связанное с тромбированием сосудов вне зоны повреждения требует от хирурга тщательного выбора оперативной тактики.

Целью исследования явилось обоснование ранней некрэктомии с одномоментной пластикой несвободным кожным лоскутом при глубоких (III Б -IV ст.), ограниченных поражениях кисти электрическим током у детей.

Нами был проведен ретроспективный анализ 33 случаев ожогов кисти электрическим током. Возраст пациентов от 2 до 14 лет, находившихся на лечении в ожоговом отделении в период с 1999 по 2006 годы. Площадь поражения составляла от 0,5% до 2,5% (повреждение двустороннее). Сроки поступления в стационар от 1 часа до 2 суток. Всем больным этой группы выполнялась операция некрэктомии с одномоментной пластикой лоскутом на питающей ножке.