

2. Для ускорения восстановления нервов в послеоперационном периоде рекомендуем использовать внутритканевую электростимуляцию при огнестрельных и неогнестрельных повреждениях.

3. Метод внутритканевой электростимуляции достоверно улучшает исходы операции, в 2 раза сокращает их сроки по сравнению с традиционными комплексными методами.

И.А.Обухов

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ КИСТИ

Лечение огнестрельных повреждений костей и суставов кисти представляет сложную проблему в связи с увеличением частоты и тяжести травм. По данным Гришина И.Г.; Волинова Н.М.; Азолова В.В. /1985/ в условиях мирного времени огнестрельные повреждения составляют 0,6% всех повреждений, при ведении боевых действий в Афганистане, во время I и II мировых войн, боев у озера Хасан они составляли от 12 до 25% всех ранений.

Несмотря на постоянное совершенствование и поиск оптимальных методов лечения огнестрельных ранений кисти, многие вопросы до настоящего времени не решены. По-прежнему остаются спорными классификация огнестрельных ранений кисти, об"ем первичной хирургической обработки, возможности первичного остеосинтеза, шва сухожилий, нервов, сосудов, кожной пластики. Это связано как с многообразием вариантов повреждений, так и с возможностями по оказанию помощи в условиях районных, городских и специализированных отделений.

Еще Н.И.Пирогов отмечал, что "нет ни одной части тела, в которой бы огнестрельные повреждения были бы так бесконечно различны по виду, степени и осложнениям, как рука". При таком разнообразии травм кисти трудно надеяться на какой-либо один способ лечения повреждений костей и суставов кисти.

Одним из основных условий, обеспечивающих благоприятный исход после огнестрельного ранения, является первичная хирургическая обработка раны. Новейший опыт /Николенко В.К., 1993; Фаршатов М.Н.; Дедушкин В.С., 1993/ лечения раненых с повреждени-

ими кисти, полученными в ходе боевых действий в Афганистане, свидетельствует, что оптимальной для получения наилучших результатов является принципиальная установка на первичное восстановление всех поврежденных тканей или их первичную реконструкцию. Тактически операция первичной хирургической обработки раны может выполняться в один или два этапа, но обязательно должна включать не только общепринятые для других ранений элементы обработки /рассечение-иссечение, гемостаз, дренирование, соединение тканей/, но и ряд специфических только для кисти технических приемов: декомпрессию, остеосинтез переломов, выправление и фиксацию вывихов, сухожильные швы, шов сосудов, нервов, свободную или несвободную кожную пластику.

Мы являемся сторонниками одноэтапной первичной хирургической обработки раны. Только этот вид хирургической обработки дает возможность наиболее полного использования возможностей ранней операции в целях получения хорошего функционального результата при пулевых и осколочных ранениях, когда жизнеспособность оставшихся частей и образований кисти полностью зависит от исчерпывающей максимально щадящей хирургической обработки, создающей благоприятные условия для микроциркуляции и кровоснабжения поврежденных структур, а также закрытия обширных ран свободными кожными лоскутами и на питающей ножке. Недостатком первичной обработки является возможность ее выполнения в основном при своевременном поступлении в специализированные отделения хирургии кисти. Поэтому выбор вида первичной хирургической обработки зависит от тяжести повреждения, сроков ранения, условий, в которых оно получено и от учреждения, в котором планируется хирургическое лечение.

Ряд авторов /Горячев А.Н. с соавт., 1990; Попов А.П., 1990/ обосновывают целесообразность двухэтапной хирургической обработки огнестрельной раны кисти, доказывая, что ПХО в ранние сроки не является радикальной из-за развивающегося в динамике явлений вторичного некроза.

Так или иначе любой вид первичной хирургической обработки должен преследовать одну и ту же цель, заключающуюся в создании благоприятных условий для максимального сохранения кисти, улучшения кровообращения в ней, профилактики гнойных осложнений, получении функциональных и косметических результатов. В настоящее время оба вида хирургической обработки огнестрельных ранений кисти

продолжают совершенствоваться и развиваться. Целью настоящей работы явилось сравнительное изучение различных способов фиксации огнестрельных повреждений костей и суставов кисти.

В Уральском центре хирургии кисти за период с 1982 по 1993 годы проведено лечение 79 больных с огнестрельными повреждениями костей и суставов кисти. Мужчин было 72, женщин – 7. Основную группу составили лица трудоспособного возраста /от 20 до 50 лет/ – 88,6%. Преобладали пулевые и дробовые ранения – 87,1%. Осколочные ранения наблюдались в 5,1% случаев. В 6 наблюдениях /7,6%/ отмечались взрывные повреждения. В 74% случаев отмечались множественные и сочетанные повреждения кисти. Особенности огнестрельных повреждений кисти являлись дефект кости и обширная зона размозжения и ушиба мягких тканей. Большинство больных /65 из 79 – 82,3%/ поступили в приемный покой в течение первых 6 часов после травмы.

Характер и объем первичной хирургической обработки зависел от вида огнестрельного ранения и тяжести повреждения. Операции выполнялись под местной или проводниковой анестезией с обязательным обескровливанием жгутом. Хирургическая обработка включала: экономное иссечение нежизнеспособных тканей, рассечение раны с учетом кожных складок и подлежащих структур кисти, удаление инородных тел, гемостаз, ревизия раны, дренирование. В 85,4% случаев накладывались наводящие швы на рану. В 14,6% первичный шов на рану не накладывался. Следует отметить, что шов на рану накладывался только при ограниченных повреждениях мягких тканей, при условии устранения всех нежизнеспособных тканей. При глубоких ранениях кисти накладывались контрапертуры. При дефекте мягких тканей проводилась кожная пластика местными тканями, а при обширных дефектах – свободная кожная пластика. В случаях огнестрельных повреждений на уровне основания пястных костей и запястья проводилась декомпрессия /рассечения карпального канала/.

Особое значение для улучшения микроциркуляции поврежденной кисти и создания нормальных условий для репаративного процесса имеет восстановление анатомотопографических взаимоотношений костей и суставов. Репозиция костных отломков и вправление вывихов осуществлялась при проведении первичной хирургической обработки. Затем производилась фиксация костей: гипсовой повязкой в 10 случаях, остеосинтез спицами – в 40 наблюдениях, интрамедуллярный остеосинтез, трансоссальная фиксация спицами к соседним пястным

костям, остеосинтез двумя перекрестными спицами, остеосинтез аппаратами внешней фиксации – в 29 случаях. Внеочаговый остеосинтез аппаратами внешней фиксации обеспечивал стабильность фиксации, возможность ранней функциональной разработки движений в суставах, хороший доступ к ранам. При наличии дефектов льястных костей или костей запястья отломки фиксировались с сохранением длины кости. Этот прием позволял избежать укорочение кости из-за ретракции мышц. В ряде случаев при легких, ограниченных повреждениях проводился шов сухожилий и нервов.

При обширных дефектах тканей и неблагоприятном течении восстановления сухожилий и нервов проводились после ликвидации воспалительного процесса и заживления раны. Для предупреждения инфекционных осложнений в послеоперационном периоде применялся широкий арсенал антибактериальных средств.

Изучение результатов лечения проводилось в сроки от I до 12 месяцев и более после операции.

Ближайшие результаты изучены у 74 больных. В 51 /68,9%/ случае раны зажили первичным натяжением. В 16 наблюдениях /21,6%/ отмечались некрозы и нагноения ран, в 7 /9,5%/ – остеомиелит поврежденной кости. В 19 /40,4%/ из 47 случаев после применения гипсовой иммобилизации и остеосинтеза спицами отмечалось вторичное смещение отломков и рецидив вывиха, потребовавшие повторной операции.

Оценка отдаленных результатов лечения проводилась по общеизвестным признакам восстановления анатомии и функции кисти. Отдаленные результаты лечения изучены у 56 больных. Анализ отдаленных результатов лечения показал, что после применения гипсовой иммобилизации и остеосинтеза спицами положительные результаты получены в 63,6%, а после применения аппаратов внешней фиксации в 86,9% случаев. Сроки временной нетрудоспособности при этом сократились в 1,5 раза.

Из 16 неудовлетворительных результатов в 7 случаях отмечались стойкие артрогенные контрактуры: в 5 – ложные суставы; в 2 – неправильносросшиеся переломы и в 1 – рецидив вывиха.

ВЫВОДЫ:

I. Огнестрельные повреждения костей и суставов кисти относятся к группе тяжелых повреждений. В лечении этих повреждений эффективным является первично-восстановительные операции с использова-

нием современных методов хирургии кисти.

2. При огнестрельных переломах и вывихах костей кисти показан стабильный остеосинтез. Применение остеосинтеза аппаратами внешней фиксации является наиболее рациональным при огнестрельных повреждениях костей и суставов кисти.

Н.Н.Пупышев

ВНЕОЧАГОВЫЙ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

В настоящее время сочетанная и множественная травма стала актуальной проблемой травматологии. По статистике ВОЗ тяжелые механические травмы среди причин смертности занимают третье место. В последние годы в результате развития транспорта, высотного строительства во всем мире растет число и тяжесть политравм. Участвовавшие автодорожные и железнодорожные травмы, падения с высоты являются основными причинами тяжелой сочетанной и множественной травмы, которая приводит к высокой летальности и инвалидности.

Больные с политравмами опорно-двигательной системы требуют длительного лечения, что объясняется множественностью повреждений, сменой методов лечения, осложнениями в процессе лечения. Среди последних преобладают остеомиелит, несращение или неправильное сращение переломов, контрактуры крупных суставов.

Инвалидность, в отличие от смертельных исходов, связанных чаще с травмой внутренних органов, зависит в основном от результатов лечения переломов. Выбор тактики лечения переломов при сочетанной и множественной травме представляет определенные трудности. Широкое внедрение в клиническую практику аппаратов чревной фиксации расширило возможности для ранней фиксации переломов у больных с сочетанной и множественной травмой.

В отделении сочетанной травмы ЦГБ № 24 в течение 2 лет внеочаговый остеосинтез аппаратом Илизарова применен у 52 больных с множественной и сочетанной травмой. У большей части оперированных применен остеосинтез костей голени — 18 больных /34,6% от оперированных/, остеосинтез бедра выполнен у 11 больных /21%/, плеча — у 10 больных /19,2%/, костей предплечья — у 6 больных