

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ КИСТИ

Г. Г. Неттов

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — проф. В. И. Евсеев)

Сочетанная травма кисти наблюдается у лиц до 50-летнего возраста в 85,5% случаев [26], приводит к потере профессиональной трудоспособности — в 41,8% [16], к инвалидности — в 19—43% [16, 26]. Поэтому лечение сочетанной травмы кисти остается и в настоящее время весьма актуальной проблемой. Из-за диагностических погрешностей 61,3% пострадавших с повреждениями срединного и локтевого нервов обращаются к специалистам только спустя 3 мес после травмы [5]. Предложены простые диагностические тесты: невозможность оппозиции I пальца, невозможность охвата I пальцем цилиндрического предмета, что характерно для повреждения срединного нерва. Если же больной не может скрестить II и IV пальцы над III пальцем или под ним, то это свидетельствует о повреждении локтевого нерва, а если он не в состоянии полусогнутыми пальцами (II—V) ударить по столу, то значит травмированы срединный и локтевой нервы.

Разработан способ диагностики повреждения сухожилья сгибателей. Дистальную фалангу пассивно сгибают и просят больного напряжением мышц удержать ее в этом положении. Если он не может удержать ногтевую фалангу, то, следовательно, поврежден глубокий сгибатель, ногтевую и среднюю фаланги — оба сгибателя [32].

Для оценки жизнеспособности травмированных тканей конечностей предлагают внутритканевое введение дифмифена голубого [28]. Метод ангиографии позволяет изучать индивидуальные варианты сосудистого русла кисти, автоматические особенности его повреждения при травмах кисти, устанавливать показания к реконструктивным операциям [34]. Для исследования внутрикостного капиллярного кровотока и определения оптимальных сроков реконструктивного лечения после несвободной кожной пластики при травме кисти рекомендован радиоизотопный метод [23].

Целесообразность двухэтапной хирургической тактики при сочетанной травме кисти отстаивают многие авторы. Отсроченной обработке не подлежат полный и неполный отрывы кисти, травмы с нарушением магистрального кровообращения, наличие обширных ран с умеренной зоной размоложения и сдавления тканей [26]. Для профилактики раневой инфекции при открытых травмах кисти и с целью отсрочки хирургической обработки раны используют пленкообразующие антисептики. При повреждении сухожилья сгибателей рекомендуют сшивать их через 1—3 сут после травмы с целью получения оптимального результата [20], но при условии, что второй этап операции будет выполнен квалифицированным хирургом [13].

Для восстановления разрушенных структур кисти целесообразно перемещение васкуляризованных кожно-костных структур с отдаленных участков тела. Замещают дефект кожно-костным васкуляризованным трансплантатом из крыла подвздошной кости и кожей из паховой области с использованием подвздошных сосудов [35].

Помимо хирургического вмешательства для снятия отека, воспалительного процесса и болевого синдрома в первые дни после травмы применяют поля постоянного магнитного поля [14]. По данным радионуклидных исследований, использование продолжительной умеренной холодовой терапии в первые дни после травмы способствует резкому возрастанию частоты заживления операционных ран первичным натяжением [33].

Нестабильный остеосинтез и остеосинтез с фиксацией прилежащих суставов являются наиболее частыми ошибками при лечении сочетанной травмы кисти [22]. При диафизарных переломах II—V пястных костей кисти для прочного остеосинтеза следует провести по меньшей мере 3 спицы, одна из которых фиксирует проксимальный отломок, а две — дистальный [2]. Разработаны наиболее оптимальные способы фиксации отломков пястных костей. Для прочности соединения отломков спица на всем протяжении должна быть размещена в компактном веществе и расположена под острым углом к длиннику кости [30]. Использование аппаратов внешней фиксации при переломах трубчатых костей кисти ведет к значительному сокращению сроков стационарного лечения, позволяет добиваться стабильной фиксации отломков и способствует восстановлению ранней функции, увеличивает число хороших результатов на 33% по сравнению с такими же показателями в контрольной группе. При внеочаговом методе остеосинтеза переломов трубчатых костей кисти выделяют несколько этапов: адаптационный, коррекции, стабилизирующего напряжения, физиофункциональный [15].

Актуальна проблема мобилизации суставов пальцев и пястно-фаланговых сочленений. Предпочтение отдают эндопротезированию из силиката, который более эффективен, чем резекционная артропластика. Эндопротезы из силиконового резины, применяющиеся при последствиях травм кисти [31], близки по физико-механическим показателям к суставному хрящу [21]. Условно-годовой экономический эффект раннего восстановительного лечения при повреждении сухожилья и нервов в расчете на каждого больного составляет 2 255 руб. [25].

Не решен вопрос о видах сухожильного шва сгибателей. При длине дистального отрезка глубокого сгибателя менее 3 см рекомендуют реинсерцию [18], а при длине более 3 см — Z-образное удлинение глубокого сгибателя на ладони. Обязательным считают [24] восстановление поврежденных сухожилья сгибателей и нервов в дистальных частях пальцев, а также не только глубоких, но и поверхностных сгибателей при первичном сухожильном шве [29]. При первичном сшивании сгибателей у детей необходимо использование прецизионной техники [10]. Для предотвращения образования спаек в критической зоне предложена муфта из пуповины, накладываемая на область сухожильного шва [17].

При инфекционных осложнениях для стимуля-

ции неспецифических защитных факторов организма рекомендуется применение очищенного адсорбированного стафилококкового анатоксина в сочетании с препаратами типа продигозан, декарис и др. [27].

В связи с развитием микрохирургической техники расширились и возможности реконструктивно-восстановительных операций, включающих пересадку костных аутотрансплантатов на сосудистой ножке при дефектах трубчатых костей [7], восстановление функции кисти и предплечья путем свободной пересадки мышц с наложением нейроваскулярных анастомозов [9].

При шве или пластике нерва в нижней трети предплечья на сроках, превышающих 3 мес после травмы, двигательная функция практически не восстанавливается [8]. В этой связи актуальны вопросы раннего лечения последствий травм кисти. Необходим избирательный подход к лечению деформаций кисти при повреждении локтевого нерва. Для устранения избыточного отведения V пальца при этой травме рекомендуется транспозиция разгибателя на лучевую сторону пальца [6]. Для ликвидации послеожоговых деформаций пальцев предлагают артропластику с сохранением суставных хрящей пястной кости [11]. Большое внимание в литературе уделяется вопросам лечения деформаций, смещений, переломов, ложных суставов и различных видов контрактур кисти и пальцев с использованием компрессионно-дистракционных методов. Для устранения сгибательных контрактур пальцев используют встречные трапецевидные кожные лоскуты [4].

При последствиях травм кисти большинство исследователей подчеркивают необходимость реабилитационных мероприятий, включающих помимо операций комплекс физиолечения, а также трудотерапию [3]. Разработаны система как качественной, так и количественной оценки исходов повреждения опорно-двигательного аппарата [19], а также способ количественной оценки нарушений функции нервов пальцев и кисти [1], индивидуальная двигательная программа для реабилитации последствий переломов трубчатых костей кисти [12].

ЛИТЕРАТУРА

- Бландинский В. Ф., Потапов П. П. // Ортопед., травматол.— 1986.— № 5.— С. 31—32.
- Витюгов И. А., Копысова В. А. // Ортопед., травматол.— 1986.— № 5.— С. 18—22.
- Водянов Н. М., Робина С. И., Белоглазов М. Э. // Вопр. курортол.— 1985.— № 6.— С. 65—66.
- Гийкевич В. М., Салихбаев Б. С. // Вестн. хир.— 1985.— № 11.— С. 98—102.
- Голобородко С. А., Андрусон М. В., Горидова Л. Д. // Ортопед., травматол.— 1985.— № 10.— С. 27—29.
- Голобородко С. А., Андрусон М. В., Горидова Л. Д. // Ортопед., травматол.— 1985.— № 11.— С. 48—50.
- Голубев В. Г. // Свободная пересадка костных аутотрансплантатов на сосудистой ножке при дефектах трубчатых костей.— Автореф. канд. дисс.— М., 1985.
- Гришин И. Г., Ширяева Г. Н., Уратков Е. Ф. // Ортопед., травматол.— 1986.— № 5.— С. 22—24.
- Гришин И. Г., Геллер И. И., Саркисян А. Г., Девис А. Е. // Сов. мед.— 1986.— № 12.— С. 27—30.
- Губов Ю. П., Бландинский В. Ф., Комаревцев В. Д., Морсова М. Н. // Ортопед., травматол.— 1986.— № 5.— С. 9—12.
- Дмитриев Г. И. // Ортопед., травматол.— 1985.— № 11.— С. 50—52.
- Ефимов А. П., Шмонин А. А. // Ортопед., травматол.— 1986.— № 2.— С. 37—38.
- Ивануса Я. М., Прохажий П. Т. // Военно-мед. журн.— 1986.— № 2.— С. 47—48.
- Каменев Ю. Ф., Волкова А. М., Надгерицев В. М. и др. // Ортопед., травматол.— 1986.— № 2.— С. 18—20.
- Колонтай Ю. Ю., Науменко Л. Ю., Головаха Н. Д. // Ортопед., травматол.— 1985.— № 7.— С. 20—23.
- Корнилов Н. В. // Комплексное восстановительное лечение больных с последствиями повреждений сухожилий и нервов предплечья и кисти.— Автореф. докт. дисс.— Л., 1986.
- Лавришцева Г. И., Болотцев О. К. // Ортопед., травматол.— 1985.— № 11.— С. 29—31.
- Лернер А. А. // Здравеоохр. Белоруссии.— 1986.— № 1.— С. 57—59.
- Маттис Э. Р. // Система оценки исходов переломов костей опорно-двигательного аппарата и их последствий.— Автореф. докт. дисс.— М., 1985.
- Миронов Г. М., Николенко В. К. // Военно-мед. журн.— 1986.— № 10.— С. 46—48.
- Моисович И. А., Воскресенский Г. Л., Гаврюшенко Н. С., Селя Л. Ш. // Ортопед., травматол.— 1986.— № 8.— С. 12—15.
- Неттов Г. Г. // Вестн. хир.— 1984.— № 11.— С. 128—132.
- Охотский В. П., Яшина Т. Н., Ишмухаметов А. И. // Ортопед., травматол.— 1985.— № 7.— С. 27—29.
- Павлюк-Павлюченко Л. Л., Мигулева И. Ю. // Сов. мед.— 1986.— № 8.— С. 110—111.
- Розовская Т. П., Неттов Г. Г., Микусев И. Е. // Вестн. хир.— 1984.— № 10.— С. 83—86.
- Скопинов В. П. // Тактика хирургического лечения открытых и обширных повреждений и разрушений кисти.— Автореф. канд. дисс.— М., 1985.
- Стародубцев В. С., Биберман Я. М., Шайдуллин М. С., Костишин И. Д. // Военно-мед. журн.— 1986.— № 2.— С. 49—50.
- Степанова А. Л. // Определение жизнеспособности тканей прижизненным окрашиванием при механических повреждениях конечностей.— Автореф. канд. дисс.— Рига, 1985.
- Ткаченко С. С., Губочкин Н. Г., Белоусов А. Е. // Ортопед., травматол.— 1986.— № 5.— С. 1—5.
- Хижко И. И. // Ортопед., травматол.— 1985.— № 11.— С. 52—54.
- Хлебников Ф. И. // Эндопротезирование и артропластика при последствиях повреждений и некоторых заболеваний суставов пальцев кисти.— Автореф. канд. дисс.— М., 1985.
- Шугаров Н. А., Лапин В. В. // Ортопед., травматол.— 1985.— № 11.— С. 25—29.
- Яновская Э. М., Гришин И. Г., Казенцев В. Е., Рязанцева В. И. // Хирургия.— 1986.— № 11.— С. 34—38.
- Яшина Т. Н., Киселева Т. И. // Сов. мед.— 1986.— № 2.— С. 66—70.
- Gordon I., Buncke H., Alpari B. et al. // J. Bone Jt. Surg.— 1985.— Vol. 67.— P. 958—964.

Поступила 23.06.87.