

Травматология

ЖӘНЕ

Ортопедия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ КИСТЕЙ

Ш.А. БАЙМАГАМБЕТОВ, Л.А. БЕКЕНОВА, Ж.К. РАМАЗАНОВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

та возникновения ожогов кисти занимает одно из ведущих мест среди ожогов других локализаций. Вместе с применением современных методов лечения больных ожогами кисти не всегда приводит к полному излечению, и у 35% пациентов после заживления ран остаются контрактуры, требующие проведения ревизионного хирургического лечения.

Цели хирургии ожогов и их последствий в травматологии и ортопедии г. Астана с 2002 по 2009 гг. достигнуты на лечении 63 больных в возрасте от 1 года с 76 послеожоговыми деформациями кистей. Распространенным термическим фактором, вызвавшим ожоги кисти у больных, являются ожоги пламенем (36,2%), затем - ожоги кипятком (36,2%), электропотоком (3,4%) и другие (3,4%).

Виды деформаций кисти представлены сгибательными контрактурами пальцев - у 43 (68,3 %) пациентов. У 12 (19,1 %) больных на 16 кистях деформации, разгибательные контрактуры были выявлены на 5 кистях и приводящие контрактуры кисти наблюдали у 4 (6,3%) пациентов на 4 кистях.

Виды нарушения функции пальцев и кисти в I-II степени наблюдали у 46 человек, III степени - у 17 пациентов.

Виды местных тканей встречными треугольниками - Z-пластика, пластика П-образными лоскутами - у 23 (36,5%), комбинированная кожная пластика - у 14 (22,2%) больных. У 15 (23,8%) пациентов и только метод свободной пластики. Операция выполнена у 15 (23,8%) пострадавших, 2 (3,2%) больным лоскутом из подвздошной области. В 8 (12,7%) случаях пластику расщепленным кожным лоскутом. Поверхностями служили передняя и боковая поверхности бедер.

В послеоперационном периоде осложнений, отмечаемых в послеоперационном периоде, наиболее часто встречался краевой некроз

перемещенных лоскутов - у 6 (9,5%) больных. У 3 (4,8%) пациентов отмечался частичный лизис лоскута, полный лизис - у 1 (1,6%) больного. У 10 (15,9%) больных отмечены послеоперационные осложнения.

Время пребывания пациентов в стационаре в случае благоприятного течения послеоперационного периода колебалось от 7 до 14 дней.

Результаты оперативного лечения рубцовых деформаций кисти определялись степенью контрактуры. Так, хорошие результаты (выздоровление с восстановлением полного объема движений кисти без дальнейших рецидивов) отмечены у 46 (73%) больных. Это были пациенты, в основном, с контрактурами I-II степени. Улучшение функции кисти после операции наблюдалось у 17 (27%) пациентов. К этим результатам относили частичное восстановление форм и функций пальцев и кисти при контрактурах III степени, требующих этапных операций.

Оптимальный срок устранения деформаций кисти зависит от нескольких причин. Значение имеют вид рубцов и сроки окончания их формирования, наличие тугоподвижности пальцев и в связи с этим - реальные возможности самообслуживания. При этом необходимо отметить, что оптимальными сроками оперативного лечения контрактур кисти I-II степени у больных является период после 12-18 месяцев, когда полностью формируется зрелая рубцовая ткань. В случаях контрактур III степени операции выполняются в несколько этапов.

Выбор оптимальных сроков зависит и от эффективности комплекса консервативных мероприятий, направленных на профилактику образования рубцов. Все вышесказанное позволяет определить оптимальные сроки оперативного вмешательства.

В случае сформированных рубцов оперативное вмешательство протекает более благоприятно, и послеоперационные осложнения возникают в единичных случаях (при нарушении техники оперативного вмешательства).