

© А.Ю.Тухтакулов, Б.С.Усманов и соавт. , 2006.

А.Ю.Тухтакулов, Б.С.Усманов, Ж.Т.Исмаилов, Х.Р. Дадабаев ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ОТКРЫТЫМИ ТРАВМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Ферганский филиал Республиканского научного Центра
экстренной медицинской помощи
Фергана, Узбекистан*

Аннотация

Проведен анализ материалов лечения 80 больных с тяжелыми открытыми травмами нижних конечностей с повреждениями сосудов, нервов, костей и дефектами тканей. У 24 (30%) отмечено нарушение магистрального кровообращения, у 19 (23,8%) выявлены сочетанные повреждения костей, сухожилий и нервов без нарушения кровообращения или с субкомпенсацией последнего, обширные дефекты мягких тканей имели место у 24 (30%) пострадавших. Освещены некоторые технические аспекты выполнения операций. Проведен анализ послеоперационных осложнений. Используемые методы комплексного лечения позволили: сократить время операции и длительность ишемии конечности; дали возможность началу ранней функциональной нагрузки и улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: травма конечности, дефекты тканей, остеосинтез, пластика тканей, травма сосудов, сочетанная травма, ишемия, оптическое увеличение, реплантация

E-mail: ferg-jahon@rambler.ru

В последние десятилетия выявляется отчетливая тенденция к повышению тяжести травм, что связано с увеличивающимся уровнем дорожно-транспортного травматизма, широким распространением на производстве и в быту машин и механизмов, обладающих высокой кинетической энергией [1]. Увеличивающееся количество неблагоприятных результатов лечения приходится на больных с открытыми тяжелыми травмами нижних конечностей, сопровождаемых повреждениями сосудов, нервов, разрушением костей и дефектом мягких тканей. Отечественные и зарубежные специалисты утверждают, что прогресс в области органосберегающей хирургии конечностей при тяжелой открытой травме может быть достигнут только на основе комплексного междисциплинарного подхода [2, 3, 4].

Высокий уровень неблагоприятных исходов лечения больных с данной патологией говорит о существующих проблемах. Недостаточно изучены вопросы показаний к сохранению сегментов конечностей при различных видах повреждений, сроков и объема первичных вмешательств, а также реабилитационных мероприятий, в том числе корригирующих операций.

Цели и задачи

Целью данной работы являлось оптимизировать методы органосберегающего лечения данной категории больных для восстановления анатомической и функциональной полноценности конечностей.

Материал и методы

Проведен анализ лечения 80 больных с тяжелыми открытыми травмами нижних конечностей, сопровождаемых повреждениями сосудов, нервов, разрушением костей и дефектом мягких тканей, пролеченных в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП за истекшие 6 лет.

Следует отметить, что основная масса пострадавших приходилась на мужчин среднего возраста, занятых в травмоопасных видах физического труда. Причиной тяжелых травм конечностей явилось механическое воздействие повреждающих агентов с высокой кинетической энергией, что привело к значительному разрушению тканей.

Из пролеченных 80 пострадавших у 24 (30 %) отмечено нарушение магистрального кровообращения. У 19 (23,8 %) больных выявлены сочетанные повреждения костей, сухожилий и нервов без нарушения кровообращения в конечности. Обширные дефекты мягких тканей имели место у 24 (30 %) пострадавших.

Задачей органосберегающего лечения больных с тяже-

лой открытой травмой нижних конечностей являлось более полное и раннее восстановление поврежденных функционально-значимых анатомических структур, замещение дефектов тканей и профилактика послеоперационных осложнений. Как правило, первым этапом, выполнялась первичная хирургическая обработка раны. При этом, иссекая поврежденные ткани вблизи функционально-значимых анатомических структур, мы использовали оптическое увеличение, а раневая поверхность на протяжении всей операции орошалась одним из видов антибиотиков широкого спектра действия, что способствовало удалению из раны микрогной и уменьшению гнойно-септических осложнений. Следующим этапом выполняли восстановление костного скелета конечности. Нами принята методика первичного интрамедуллярного (выполнена у 18 пострадавших) остеосинтеза костных отломков с последующем наложением компрессионно-дистракционного аппарата Г. А. Илизарова (- у 6 больных) после реплантации голени в раннем послеоперационном периоде. Данная методика позволила: сократить время операции, предотвратить длительную ишемию конечности у больных с нарушенным кровообращением, а последующая фиксация аппаратом Г. А. Илизарова обеспечила стабильность остеосинтеза, способствовала оптимальному выполнению этапных хирургических обработок ран, аутодермопластики и некрэктомий по всей окружности конечности, исключала дополнительную гипсовую иммобилизацию, освобождая конечность для ранней функциональной разработки. Шов или пластика сосудов выполнялась после восстановления скелета и сухожильного аппарата конечности. При этом использовался циркулярный узловой шов сосудов под оптическим увеличением, что позволило значительно уменьшить число тромбозов сосудистых анастомозов (4 тромбоза на 62 анастомоза). Восстановление нервных стволов также выполнялось под оптическим увеличением наложением эпи- или эпипериневральных швов (у 27 пострадавших). В раннем послеоперационном периоде большое значение придавали выполнению этапных хирургических обработок ран, некрэктомиям, затем производили различного рода кожно-пластические операции для закрытия дефектов: аутодермопластику у 18 (22,5 %) пострадавших, пластику свободным полнослойным лоскутом у 6 (7,5 %) больных.

Из пролеченных 80 пострадавших послеоперационные осложнения были выявлены у 20 (25 %) пациентов: нагноение послеоперационных ран у 6 (28,6 %) больных, тромбоз сосудистых анастомозов в 4 (20 %) случаях, краевой нек-

роз кожи у 10 (47,6 %) больных. Нагноения ран были отмечены у больных, которым в силу определенных причин (обширность дефектов, близость функционально-значимых анатомических структур) не выполнялось широкое иссечение тканей при первичной хирургической обработке. Тромбозы анастомозов выявлены у больных с повреждением сосудов на протяжении в виде контузии или сдавления.

Выводы

Таким образом, анализируя результаты проведенной работы, мы пришли к следующим выводам:

- основной задачей комплексного органосберегающего лечения больных с тяжелой открытой травмой нижних конечностей, сопровождаемых повреждениями сосудов, нервов, разрушением костей и дефектом мягких тканей является проведение рациональной первичной хирургической обработки ран, оптимального вида остеосинтеза, восстановление функционально-значимых структур конечности под оптическим увеличением, выполнение этапных хирургических обработок ран, некрэктомии и медикаментозной профи-

лактики хирургической инфекции;

- проводимая нами методика комплексного лечения больных с данной патологией позволила улучшить результаты лечения и сохранить опороспособную конечность у 78 пострадавших.

Литература:

1. Комаревцев В.Д., Бландинский В.Ф., Минанченко В.К. Пересадка торакодорсального лоскута на область плечевого сустава у детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения // Вестник травм. и отр. – 1997. – №1. – С.10-15.
2. Picard-Ami L.H., Mac Kay Y., Kerrigan C.L. // Plast. Reconstr. Surg. – 1992. – Vol. 89, №6. – P. 1998–1103.
3. Белоусов А.Е., Микрохирургия в травматологии. – Л.: Медицина, 1998. – 244с.
4. Белоусов А.Е., Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб.: Гиппократ, 1998. – 552с.

A.Yu. Tuhtakulov, B.S. Usmanov, J.T. Ismailov, H.R. Dadabaev

OPTIMIZATION OF METHODS OF COMPLEX TREATMENT OF THE PATIENTS WITH HEAVY TRAUMAS BOTTOM EXTREMITIES

*The Ferghana branch of a republican science Centre of emergency medicine
Ferghana city, Uzbekistan*

The analysis of material of treatment 80 patients with heavy open traumas bottom extremities with damages of vessels, nerves, bones and tissue injuries is carried out. At 24 (30%) is marked infirmant main blood circulation, at 19 (23,8%) are revealed the mixed damages of bones, tendons and nerves without infirmant of blood circulation, the extensive defects of soft tissues took place at 24 (30%) injured some technical aspects of performance of operations are covered. The analysis of complications after operations is carried out. The used methods of complex treatment have enabled beginning of early functional loading and to improve results of treatment.

Key words: a trauma of extremities, defects of tissues, osteosynthesis, plastic of tissues, trauma of vessels, mixed injuries, optical increase, replantation, ischemia.

© Б.П.Филенко, Л.В.Кюн, О.В.Воронина, 2006.

Б.П.Филенко, Л.В.Кюн, О.В.Воронина

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*СПБГМА им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация

Проведен анализ результатов хирургического лечения 316 больных с двусторонними паховыми грыжами, которые находились на лечении в клинике хирургических болезней № 2 СПбГМА им И.И. Мечникова, в период с 1980 по 2003 гг. Разработан и использован способ одномоментного устранения двусторонних грыж с пластикой собственными тканями (авторское свидетельство на изобретение № 2161924 от 2001г.; решение о выдаче патента на изобретение № 2004112721\14 от 26.04.04.). Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 289 пациентов. 55 больным паховые грыжи устранялись в два этапа, 184 одномоментно предложенными способами. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что одномоментное устранение паховых грыж с двух сторон, восстановление поперечной фасции позволили уменьшить количество рецидивов до 2%.

Ключевые слова: двусторонняя паховая грыжа, герниопластика в два этапа, одномоментная герниопластика с двух сторон, восстановление поперечной фасции.

E-mail: kler76@inbox.ru

Среди больных с паховыми и бедренными грыжами двусторонние грыжи встречаются в 37,5 % случаев (Кюн Л.В., Воронина О.В., 2005). Частота рецидивов при устранении «трудных форм» грыж, к которым относят двустороннюю паховую грыжу, колеблется от 15 до 46 %, поэтому длительно доминировало мнение, что операции у данной категории больных лучше выполнять последовательно (Кукуджанов Н.А., 1969; Землянкин А.А., 1991; Антонов А.М., 2001). С появлением новых полимерных материалов и технологий, позволяющих выполнять герниопластику без натяжения, доля одномоментных вмешательств возросла с 10 до 26 % (Тимошин А.Д. и соавт., 2003; Kron C., Kron B., 1996), что позволило улучшить, но не решило проблему лечения двусторонних паховых и бедренных грыж.

Целью настоящей работы явилось улучшение результатов оперативного лечения двусторонних паховых грыж с пластикой пахового канала собственными тканями.

В зависимости от характера выполненного оперативного вмешательства, пациенты с двусторонними паховыми грыжами были разделены на две группы. В первую группу вошли больные, которым двусторонние паховые грыжи устранялись в два этапа, из традиционного доступа. Герниопластика выполнялась по Постемскому, Кукуджанову, Бассини, Шолдайсу, Мартынову. За 15 лет в два этапа прооперировано 65 пациентов. Отдаленные результаты изучены у 55 (85 %) больных. Пациенты второй группы были оперированы одномоментно из надлонного доступа по разработанной в клинике методике (д.м.н. Северин В.И., 2001, к.м.н. Л.В.