

**М.И Мурадов¹, К.Б Мухамедкерим², А.А Байгузева¹, Ч.Т Садыков¹, К.Е Казантаев³,
Д.Ж Кошкарбаев⁴, М.А Расулов¹, Б.К. Калан³**

¹А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы

²"ҚДСЖМ" Қазақстандық медицина университеті

³С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

⁴Қазақ медициналық үздіксіз білім беру медициналық университеті

САУСАҚ СІҢІРЛЕРІНІҢ ЖАРАҚАТТАН КЕЙІНГІ САЛДАРЫН ЕКІ КЕЗЕҢДІ АУТОСІҢІРЛІ ПЛАСТИКАСЫҢ АРАЛЫҚ НӘТИЖЕСІ

Қазіргі уақытта қол және саусақ ақаулары қимыл-тірек аппараты жарақаттарының ішінен 70 % ал бүккіш сіңірлерінің ақаулары 1,9 дан 18,8% дейін құрайды, оған себеп өмір ырғағының үдеуі, ғылыми-техникалық прогресс және өңдеу салаларының дамуы.

Бұл мәселе тек еңбек етуге қабілетті халықтың арасында бола тұра қоғамға тигізетін кері әсерімен озекті.

***Түйінді сөздер:** жарақат, бүккіш сіңірлер, пластика, имплантат*

Кіріспе.

Қазіргі уақытта қол және саусақ ақаулары қимыл-тірек аппараты жарақаттарының ішінен 70 % ал бүккіш сіңірлерінің ақаулары 1,9 дан 18,8% дейін құрайды [1], оған себеп өмір ырғағының үдеуі, ғылыми-техникалық прогресс және өңдеу салаларының дамуы.

Бұл мәселе тек еңбек етуге қабілетті халықтың арасында бола тұра қоғамға тигізетін кері әсерімен озекті.

Осыған байланысты еңбекке жарамдылықты жоғалту себебіне жалпы мүгедектер санынан 30% құрайды. Ал қол жарақатынан кейінгі мүгедектердің 60 % ересек жастағы науқастар [2,3]. Жалпы айтқанда бұл жылдан жылға өсіп келе жатқан маңызы зор медико-социалды мәселелердің бірі.

Саусақ сіңірлерінің жарақаттан кейінгі салдары бойынша жасалған оталардың оң нәтижелері 25-30% тен аспайды және 12,1 % да аутопластикалық материалдарды қолдануды қажет етеді.

[5,6], қанағаттанарлық функционалды нәтижелер 7 ден 30% -ке дейін. Көптеген авторлардың мәліметтеріне сүйенсек, бұған себеп сіңірмен оны қоршаған тін арасындағы қолдың I,II анатомиялық аймақтарындағы және сіңір каналындағы жабыспа процесстері [7].

Мақсаты.

Саусақ сіңірлері тінінің сындарлы аймақтағы жарақаттан кейінгі сіңір каналын силиконды эндопротез арқылы қалпына келтіру, терең және беткей сіңірлер арасында превентивті проксималды анастомоз қолданыла отырып емдеу нәтижелерін жақсарту.

Міндеті.

1) Екі кезеңді саусақ сіңірлерінің пластикасының артықшылықтарын зерттеу.

2) Сіңір каналының гистологиялық талдауы.

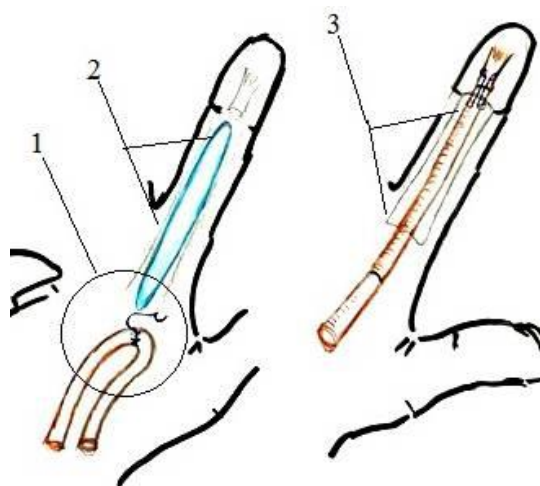
Материалдар және әдістер.

Микрохирургия бөлімінде екі кезеңді саусақ сіңірлерінің пластикасы жетілдірілген.

Оның классикалық аутосіңірлі пластикадан айырмашылығы сіңір каналын силиконды эндопротез арқылы қалпына келтіру, терең және беткей сіңірлер арасында превентивті проксималды анастомоз қолдануы болып табылады, әдеби деректерге сүйенсек бірінші кезеңде жабыспа процессі 15,6% құрайды.

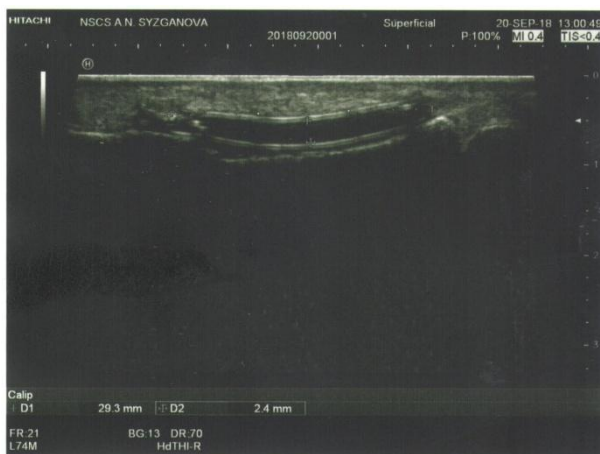
Бірінші кезеңде біз сіңір каналын силиконды эндопротездеу арқылы қайта қалпына келтіріп, терең және беткей сіңірлер арасындағы превентивті проксималды анастомоз қолдандық.

Екінші кезеңде, 2-6 айдан кейін «аутопластика»: эндопротезді жою және сіңірлер арасындағы беткей сіңірін диастазға сәйкес кесу арқылы оны қайта қалпына келтірілген сіңір каналынан өткізіп сіңірдің дисталды соңына немесе тырнақ фалангасына бекіту.



Сурет 1

1. Терең және беткей сіңірлер арасындағы превентивті проксималды анастамоз.
2. Эндопротез.
3. Беткей сіңірін диастазға сәйкес кесу арқылы оны қайта қалпына келтірілген сіңір каналынан өткізіп сіңірдің дисталды соңына немесе тырнақ фалангасына бекіту.



Сурет 2 - Ультрадыбыстық зерттеу: III саусақ жұмсақ тінінің бөгде заты

Есептік 2018 жылында реконструктивті және пластикалық микрохирургия бөлімінде бақылау тобының 40 науқасы талданған ал негізгі топта 21 науқасқа бірінші кезеңде ота жасалып ал екінші кезеңмен 20 науқасқа ота жасалған



Сурет 3 - Терең және беткей сіңірлер арасындағы превентивті проксималды анастамоз және эндопротез - I кезең

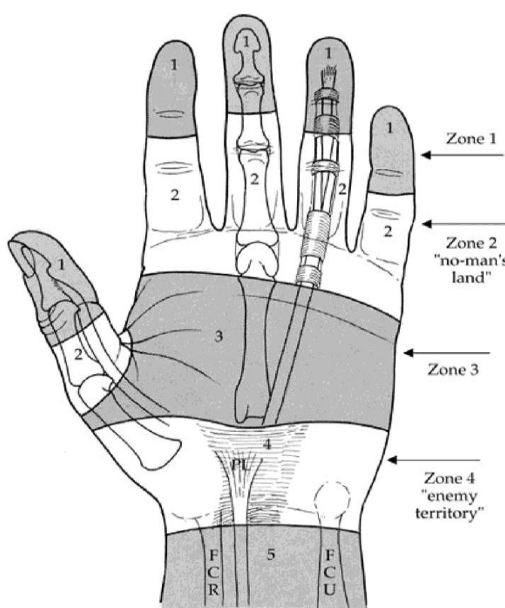


Сурет 4

Эндопротезді жою және сіңірлер арасындағы беткей сіңірін диастазға сәйкес кесу арқылы оны қайта қалпына келтірілген сіңір каналынан өткізіп сіңірдің дисталды соңына тігу - II кезең Зерттеу хаттамасы Хельсинки декларациясына сәйкес жергілікті этика комиссиясымен (26.06.2016) мақұлданған. Барлық зерттеуге қатысушылардан ақпараттық келісім алынған.

4.4. Нәтижелер

- Еңбекке жарамды жаста (100%)
- Орта жас 33 г.
- Еркек 34 (85%), әйел 6 (15%)
- Жарақат түрі:
- тұрмыстық 29 (72,5%).
- өндірістік 6 (15%)
- көшедегі 5 (12,5%)
- Жарақат этиологиясы:
- пышақ 20 (50%)
- металлдар 3 (7,5%)
- шыны 8 (20%)
- электро-құралдар 3 (7,5%)
- басқасы 6 (15%)
- Отаға дейінгі бастапқы жарақат мерзімі 4-5 мес.
- Сіңірлер арасындағы орташа диастаз көлемі 3,5 - 4 см
- Қолдың жарақат деңгейі:
- 3 - 7,5 %
- 28 - 70 %
- 9 - 22,5 %



Сурет 5 - Қолдың жарақат деңгейі

Классификация Bimmer (IFSSH) 1980ж.

Кесте 1 - Бастпқы статистикалық мәліметтер

Көрсетіштер		Топ				p*
		Бақылау		Негізгі		
		Абс.	%	Абс.	%	
Диагноз	Жарақат салдары	40	100,0%	40	100,0%	-
Жарақат түрі	тұрмыстық	34	85,0%	30	75,0%	0,325
	көшеде	3	7,5%	5	12,5%	
	Отадан кейінгі	1	2,5%	0	0,0%	
	Өндірістік	2	5,0%	5	12,5%	
Жаңа әдіс	ия	40	100,0%	40	100,0%	-
Патоморфология	ия	20	100,0%	20	65,0%	-
	ия			15	30,0%	

*Шындық қатынасты тест,

Статистикалық мәнді айырмашылық жарақат түрі және топтар бойынша табылмаған ($p > 0,05$)

В.И. Розова әдісі бойынша саусақ қимылының көлемін бағалау бастапқы нәтижесі:

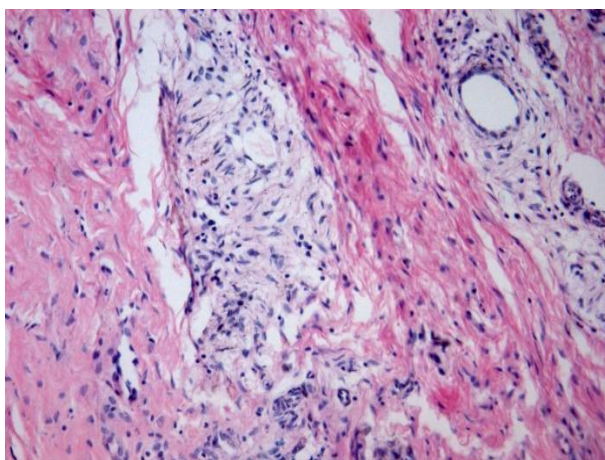
5 – саусақ бүккіштерінің толықтай өалпына келуі (үзік). 4 – проксималды фаланга аралық буында толық бүгілу, дисталды фаланга аралық буында аздаған шектеу, аздаған бүгу сіресім (жақсы). Саусақты бүккенде саусақ үші алақанға дейін аздап жетеді. 3 – проксималды фаланга аралық буында толық бүгілу, дисталды фаланга аралық буын қозғалыссыз (қанағаттанарлық). Саусақты бүккенде саусақ үші алақанға дейін жетпейді. 2 – фаланга аралық буындарда қозғалыс жоқ, саусақтар қолайлы функционалды қалыпта (қанағаттанарлықсыз).

Кесте 2

Топ	Науқас саны	баға	баға	баға	баға
		Үздік (5 бал)	Жақсы 4 бал	Қанағат-қ. 3 бал	Қанағат-з. 2 бал
Жаңа әдіс	21	25%	42,5%	27,2%	5%
Клас. әдіс	40	5%	40%	37,5	7,5%

Патоморфология: ретроспективті түрде бақылау топта 20 биопсия, в негізгі топта бірінші кезеңмен - 20 науқастың, екінші кезеңмен – 20 науқастың биопсиясы зерттелген.

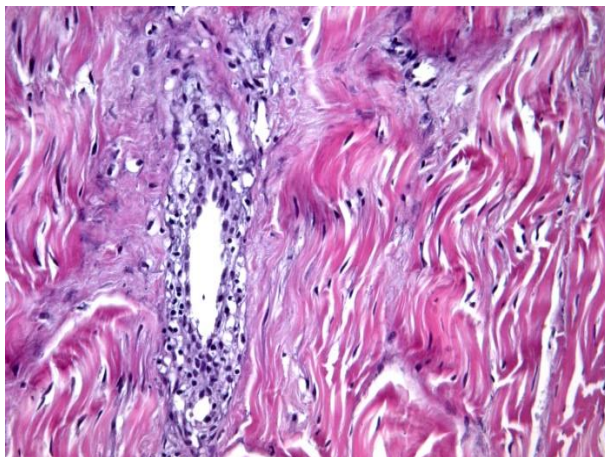
Патогистологиялық сипатау: Бақылау топта



Сурет 6

Ірі талшықты дәнекер тіні және талшықтар араларында таралған көп мөршерлі тамыр өскінділері байқалады, периваскулярлы лимфоциттық қабыну инфильтрациясы. Дәнекер тіні талшықтары ыдыраған.

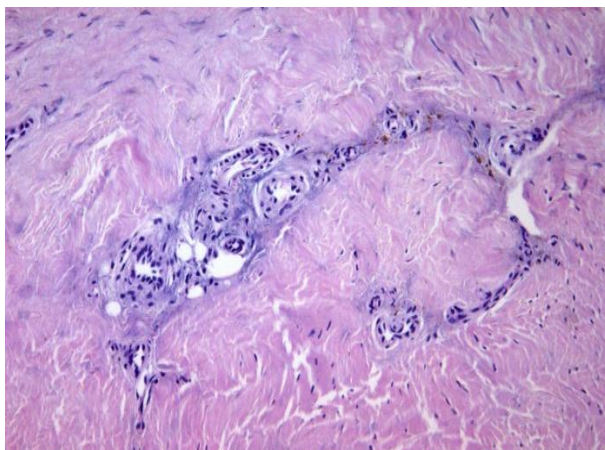
Негізгі топ I кезең.



Сурет 7

Жаңадан қалыптасқан тамыршаладың айналасында ірі талшықты дәнекер тіні ұлғаюы байқалады, және лимфоциттік қабыну инфильтрация белсенділінген. Қабыну талшықтар арасында таралған. Талшықтардың қопсытуы, араларының босап алшақтауы байқалады.

Негізгі топ II кезең



Сурет 8

Жиекте ірі талшықты дәнекер тіні және көп мөршерлі өскіндітамылармен адипоциттер топтары Бастапқы патогистологиялық препараттарың нәтижелері екі кезеңді аутосіңірлі пластикасындағы эндопротез арқылы жаңадан қалыптасқан сіңір каналымен превентивті проксималды анастомоздың қолданылуы арқылы жабыспа процесстерін болдырмауына ақтау.

Заключение.

Есептік кезеңде науқастар саны 100% жиналған, кол жарақаттары салдары бойынша науқастарды емдеу барысында келеңсіз оқиғалар және ем-шаралардың кері әсерлері байқалған жоқ.

Жетілдірілген әдістің басты артықшылықтардың бірі ол терең және беткей сіңірлер арасындағы превентивті проксималды анастомоз және қайта қалыптасқан сіңір каналы.

Толық функционалды нәтижелерімен гистологиялық талдауды, статистикалық дәлелді тұжырым алу мақсатында бұл бағыттағы зерттеу жұмыстары жалғасуын талап етеді.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. – 3-е издание. – Л.: Медицина, 1986. – 352 с.
- 2 Гришин И.Г., Кодин А.В. Комплексное лечение сочетанных травм сухожилий сгибателей пальцев кисти // Актуальные вопросы хирургии, травматологии и ортопедии: Сборник научных трудов. – Владимир: 1999. – С. 120-123.
- 3 Мигулева И.Ю., Охотский В.П. К вопросу о сроках выполнения пластики сухожилий сгибателей пальцев кисти // Анналы травматологии и ортопедии.– 1997.– № 3(4).– С. 50-53.
- 4 Т.Р. Минаев, О.Н. Низов, А.А. Юлдашев, М.Ж. Йулдашев О необходимости выполнения повторных кожно-пластических операций при травматических дефектах кисти и пальцев НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. – М.: 2012. – 167 с.
- 5 Волкова, А.М. Хирургия кисти: в 2 т. - Екатеринбург: Средне-Уральское книжное издательство, 1991. - №3. - С. 133–138.
- 6 Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. - СПб.: Гиппократ, 1998. - 744 с.
- 7 O.V. Beidik, A.V. Zaretskov., M.A. Shcherbakov Surgical treatment of patients with multitrauma of fingers // Saratov Journal of Medical Scientific Research. - 2009. - Vol.5., №3. – 407 p.

**М.И Мурадов¹, К.Б Мухамедкерим², А.А Байгузева¹, Ч.Т Садыков¹, К.Е Казантаев³,
Д.Ж Кошкарбаев⁴, М.А Расулов¹, Б.К. Калан³**

¹Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова

²Казахстанский медицинский университет "ВШОЗ"

³Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

⁴Казахский медицинский университет непрерывного образования

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХЭТАПНОЙ АУТОСУХОЖИЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМ КИСТИ

Резюме: На сегодняшний день повреждения кисти и пальцев составляют до 70% среди травм опорно-двигательного аппарата, что обусловлено ускорением темпа жизни, развитием научно-технического прогресса и существенным ростом производства, из них повреждения сухожилий сгибателей составляют от 1,9 до 18,8% . Актуальность этой проблемы обусловлена не только ростом частоты повреждений среди трудоспособного населения, но и тяжестью их последствий для человека и общества.

Ключевые слова: травма, кисть, сухожилия сгибателей, пластика, имплантат.

**M.M. Muradov¹, K.B. Mukhamedkerim², A.A. Bayguzeva¹, Ch.T Sadykov¹, K.Y. Kazantayev³,
D.Zh. Koshkarbaev¹, M.A Rasulov¹, B.K. Kalan³**

¹A.N. Syzganov National Scientific Center of Surgery

²Kazakhstan's medical university "KSPH"

³Asfendiyarov Kazakh National medical university

⁴Kazakh Medical University of Continuing Education

THE EXPERIENCE OF USING TWO-STAGE AUTOTENDON PLASTICS WITH LONG-TERM CONSEQUENCES OF HAND INJURIES

Resume: To date, damage to the hand and fingers are up to 70% among injuries of the musculoskeletal system, by accelerating the pace of life, the development of scientific and technological progress and a significant increase in production, of which damage to flexor tendons range from 1.9 to 18.8% . It caused not only by the growth rate of damage among the working population, but also the severity of their consequences for man and society.

Keywords: trauma, flexor tendon, plastic, implant.