

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы MedCalc с.13.0.6.0, различия между группами оценивались по Chi-squared test. Статистически значимое значение $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Факторами риска развития гипоксии плода были следующие: вредные привычки (курение, употребление алкоголя) во время беременности выявлены у 10 пациенток из 1 группы (19,2 %), у 7 (23,3 %) из 2 группы ($p = 0,87$); отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в 1 группе – у 44 пациенток (84,6 %), во 2 группе — 22 (73,3 %), ($p = 0,34$); инфекции, передающиеся половым путем выявлены у 13 пациенток (25 %) в 1 группе, у 3 (10 %) во 2 группе ($p = 0,17$); сопутствующую экстрагенитальную патологию имели 17 пациенток (32,7 %) 1 группы, 14 (46,7 %) 2 группы ($p = 0,3$); изменения со стороны плаценты (хориодецидуит, хориоамнионит, петрификаты) наблюдались у 40 пациенток (76,9 %) из 1 группы, у 9 (30 %) — из 2 группы ($p = 0,0001$). Мекониальные околоплодные воды были обнаружены в 1 группе у 14 рожениц (26,9 %), во 2 группе у 2 рожениц (6,7 %), $p = 0,05$.

Таблица 1 — Способы родоразрешения в зависимости от степени тяжести асфиксии

Степень асфиксии /число новорожденных	Способ родоразрешения
Асфиксия легкой степени тяжести (7 баллов на 1 минуте по шкале Апгар), n=4 (7,7 %)	Оперативные роды — 1 (25 %) Per vias naturalis — 3 (75 %)
Асфиксия средней степени тяжести (5-6 баллов на 1 минуте по шкале Апгар), n=43 (82,7 %)	Оперативные роды — 27 (62,8 %) Per vias naturalis — 16 (37,2 %)
Асфиксия тяжелой степени тяжести (3-4 балла на 1 минуте по шкале Апгар), n=5 (9,6 %)	Оперативные роды — 3 (60 %) Per vias naturalis — 2 (40 %)

Общее число родов, закончившихся оперативно в 1 группе было значимо больше, чем во 2-ой (31 (59,6 %) против 3 (10 %), $p < 0,0001$); per vias naturalis в 1 группе — 21 (40,4 %), во 2 группе — 27 (90 %), тем не менее зависимости степени тяжести асфиксии от способа родоразрешения выявлено не было ($p = 0,34$).

Выводы

Основными факторами риска асфиксии новорожденного являются воспалительные и инволютивно-дистрофические изменения со стороны плаценты (хориодецидуит, хориоамнионит, петрификаты) и наличие мекониальных околоплодных вод.

Наличие асфиксии при рождении не было связано с влиянием хронических факторов во время беременности, а степень тяжести асфиксии не зависела от способа родоразрешения.

Ю. М. ЧЕРНЯКОВА, Г. В. ДИВОВИЧ

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОГО ШВА СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ: ПРИЧИНЫ, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Повреждения сухожилий пальцев сопровождают около 3 % ранений кисти. Ургентное восстановление сухожилий в 37,8–47 % случаев имеет неудовлетворительные функциональные результаты, обусловленные в 82–86 % ошибками хирургического и реабилитационного лечения. Повторные операции выполняют в случаях выраженного нарушения движений при рубцовой контрактуре пальца или при разрыве сшитого сухожилия. Повторное восстановление сгибательного аппарата пальца является технически сложным вмешательством, поскольку выполняется в неблагоприятных условиях выраженного рубцевания фиброзно-синовиального канала, дегенеративных изменений

разорванного сухожилия и его укорочения. Объем каждой повторной операции окончательно определяется во время ревизии тканей, устанавливается возможность выполнения повторного шва сухожилия либо его одно- или многоэтапной пластики.

Цель работы состояла в установлении причин несостоятельности первичного шва сухожилий глубоких сгибателей в зоне фиброзно-синовиальных каналов пальцев кисти и при повторном восстановлении сгибательного аппарата пальцев.

Материалы методы. С 01.01.2013 г. по 31.05.2014 г. нами выполнены ревизионные операции у 13 пациентов, перенесших открытые повреждения 17 сухожилий глубоких сгибателей и их первичный шов в зоне фиброзно-синовиальных каналов пальцев кисти.

Все пациенты — мужчины в возрасте от 24 до 47 лет были прооперированы в условиях районных больниц в первые сутки после травм и в течение 3–4 недель им выполнялась иммобилизация гипсовыми повязками. После иммобилизации у всех наблюдалось ограничение активного сгибания, а также активного и пассивного разгибания в суставах пальцев, поэтому они направлялись на реабилитационное лечение. 10 пациентов получали массаж и лечебную физкультуру в поликлиниках по месту жительства, 3 выполняли разгибание пальцев самостоятельно. Несостоятельность первичного шва возникала в сроки от 4 недель до 1,5 месяцев после операций и проявлялась отсутствием активного сгибания ногтевых фаланг оперированных пальцев. Повторные операции были выполнены через 2–4 недели после разрыва швов в условиях УГОКБ.

Результаты и обсуждение. При повторных операциях в области первичных повреждений были выявлены грубые рубцовые изменения мягких тканей и фиброзно-синовиальных каналов, потребовавшие их иссечения, а также диастаз концов сухожилий глубоких сгибателей от 3 до 7 см. В дегенеративно-измененных концах сухожилий обнаружены разорванные неабсорбируемые или разрушенные абсорбируемые нити № 2/0–4/0. После иссечения концов сухожилий, тенолиза и редрессации мышц удалось достигнуть сближения с незначительным натяжением 9 сухожилий и выполнить их вторичный шов. Сшивание 8 сухожилий оказалось невозможным из-за их натяжения и диастаза концов. Их целостность была восстановлена путем пластики дефекта трансплантатом из сухожилия поверхностного сгибателя того же пальца или поверхностного сгибателя 4 пальца. После послойного шва ран пальцы фиксировали в положении сгибания гипсовыми повязками на срок 5 недель после повторного шва и 6 недель после пластики сухожилия глубокого сгибателя. Через 6 месяцев после повторных операций хорошие и удовлетворительные функциональные результаты отмечены в 9, неудовлетворительные (связанные с рубцовыми контрактурами) — в 8 случаях, операции тенолиза были выполнены на 6 сухожилиях.

Ревизионные операции и данные анамнеза пациентов выявили дефекты первичных вмешательств и послеоперационного ведения: шов сухожилий абсорбируемыми нитями значительно увеличивает риск разрывов в ходе реабилитации; грубое исполнение шва и деформация зоны анастомоза блокируют скольжение сухожилия в фиброзно-синовиальном канале, попытки преодолеть механическую и рубцовую блокаду приводят к разрыву швов и анастомоза; срок иммобилизации менее 4 недель недостаточен для формирования в зоне шва прочной соединительной ткани; неадекватная реабилитация — пассивное резкое форсированное разгибание пальцев рвет нити и незрелый регенерат сухожилия в области шва.

Выводы

Несостоятельность первичного шва сухожилий отмечена после операций, выполненных в ургентной обстановке несоответствующими шовными материалами, с нарушением требований атравматичности шва, а также кратковременной иммобилизации и грубой реабилитации.

Операции на кисти должны выполняться подготовленным специалистом при наличии условий для анатомического восстановления сухожилий. При отсутствии условий операция может быть отсрочена до двух недель.

Реабилитация пациентов требует индивидуального контроля лечащим врачом и может длиться до 4 месяцев. После этого срока, если нормальный объем активных движений в пальце не достигнут, требуется повторная операция — тенолиз.

**С. В. ШАЙДУЛИН, Ю. В. ДМИТРИЕВ, С. Ю. БАРАНОВ, Н. В. АЧИНОВИЧ,
А. Н. БАРОВСКИЙ, С. Н. ПРЕДКО, Л. В. НЕКРАШЕВИЧ**

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

До 30–40 % всех форм приобретенной кишечной непроходимости у детей составляет спаечная кишечная непроходимость (СКН), развивающаяся после предшествовавших стандартных лапаротомных вмешательств, характеризуется острым или хроническим течением.

Цель работы состояла в оценке результатов применения лапароскопического адгезиолиза, как варианта современных способов лечения СКН.

Материалы и методы. Ретроспективно по унифицированным схемам был проведен анализ 50 историй болезни детей, оперированных по поводу СКН в отделении детской хирургии УГОКБ за период 2008–2013 гг.

При поступлении в наш стационар все пациенты с СКН получали согласно протоколам обследования: стандартное клиническое обследование, выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости и УЗИ брюшной полости, по показаниям — пассаж бария по кишечнику. Лечение начинали (кроме случаев странгуляционной формы СКН и позднего поступления с выраженным парезом кишечника) с комплекса консервативных мероприятий: назогастральный зонд, клизма, спазмолитики, инфузионная терапия для коррекции метаболических нарушений. Отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 2–4 часов являлось показанием к операции. Под интубационным наркозом накладывали пневмоперитонеум в максимально удаленной от рубцов точке (чаще в левой подвздошной области). При выраженном парезе кишечника в 3 случаях был использован метод открытой лапароскопии и в 1 случае место удаленного дренажа было использовано для введения лапароскопа.

При первичной лапароскопии производилась оценка локализации и выраженности спаечного процесса, состояния пораженной кишки и наличия воспалительных изменений со стороны брюшины, определялись точки введения необходимых троакаров. При дальнейшей ревизии кишечника определялась локализация уровня непроходимости. Операция начиналась, при необходимости, с отделения петель кишечника от передней брюшной стенки, затем выполнялось разделение висцеро-висцеральных и висцеро-париетальных сращений. При поздней СКН (ПСКН) разделение спаек проводилось острым путем с применением ножниц и моно- и биполярной коагуляции, при ранней СКН (РСКН) — тупым путем. Операцию заканчивали ревизией, санацией и дренированием брюшной полости (по показаниям). После операции пациенты проходили курс противоспаечной терапии (медикаментозная и электростимуляция перистальтики кишечника, ранняя ЛФК, курс ГБО, электрофорез с лидазой, прием купренила внутрь).

Результаты. Из числа пациентов с СКН мальчиков было 36, девочек — 14. Распределение по возрасту составило: до 1 года — 2 человека, от 1 до 5 лет — 15, от 6–10 лет — 16, от 11 до 16 лет — 17.