

Евразийский научно-медицинский журнал «Сино»

Том 3, № 3, 2022

Eurasian Scientific and Medical Journal «Sino»

Vol. 3, N 3, 2022

ISSN: 2707-5265

Журнал зарегистрирован Министерством культуры
Республики Таджикистан
Свидетельство о регистрации средства массовой информации
№ 223/МЧ - 97 от 10.12.2021 г.

**Журнал издаётся при научно-методической поддержке
Таджикского научно-исследовательского института профилактической
медицины и Ассоциации общественного здравоохранения Таджикистана**

Основан в 2019 г.
Журнал выходит 1 раз в 3 месяца,
периодичность – 4 номера в год

Сайт журнала:
www.eurasian-journal-sino.tj

Все права защищены.
Никакая часть издания не может быть воспроизведена
без согласия редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.
Ответственность за содержание рекламных материалов несут
рекламодатели.

Адрес редакции журнала:
734018, Таджикистан, г.Душанбе, пр. С.Шерози, 16
Статьи отправить по адресу: sino-journal@mail.ru

Журнал рассчитан на научных работников и преподавателей
медицинских вузов, руководителей органов и учреждений
здравоохранения и практических врачей.

Евразийский научно-медицинский журнал «Сино»
входит в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

ISSN: 2707-5265

The journal is registered by the Ministry of Culture
of the Republic of Tajikistan
The certificate of registration of mass media
No. 223/MCH - 97 dated 10/12/2021

**The journal is published with scientific and methodological
support Tajik Research Institute Preventive Medicine
and the Public Health Association of Tajikistan**

Founded in 2019
The magazine is published once every 3 months;
frequency - 4 issues per year

Journal website:
www.eurasian-journal-sino.tj

All rights reserved.
No part of the publication may be reproduced without the consent
of the publisher.

Editorial opinion may not coincide with the opinion of the authors.
Responsible for the content of advertisements are advertisers.

Editorial office address:
734018, Tajikistan, Dushanbe, Ave. S.Sherozi, 16
Articles should be sent to: sino-journal@mail.ru

The journal is designed for researchers and teachers of medical schools, heads
of health agencies and institutions and practitioners.

The Eurasian Scientific and Medical Journal Sino is included
in the Russian Science Citation Index (RSCI)

ЕВРАЗИЙСКИЙ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «СИНО»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

Турсунов Рустам Абдусаматович

– кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ТНИИ профилактической медицины, председатель Ассоциации общественного здравоохранения Таджикистана (Таджикистан)

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

Ходжамуратов Гафур Мухаммадмухсинович

– доктор медицинских наук (Таджикистан)

Алиев Самардин Партоевич

– доктор медицинских наук (Таджикистан)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

Бандаев Илхомджон Сироджидинович

– доктор медицинских наук (Таджикистан)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ахмедов Аламхон

– член-корреспондент Национальной академии наук Таджикистана, доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Гаиров Алиджон Джураевич

– член-корреспондент Национальной академии наук Таджикистана, доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Курбанов Убайдулло Абдуллоевич

– член-корреспондент Национальной академии наук Таджикистана, доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Назаров Шохин Кувватович

– доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Одинаев Фарход Исмаилоевич

– иностранный член РАН, доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Талабзода Мухаммадали Сайф

– доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Юсуфи Саломуддин Джаббор

– академик Национальной академии наук Таджикистана, доктор фармацевтических наук, профессор (Таджикистан)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Бобкова Марина Ридовна

– доктор биологических наук, профессор (Россия)

Бойцов Сергей Анатольевич

– член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Гулов Махмадшох Курбоналиевич

– доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Драпкина Оксана Михайловна

– член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Евсеев Андрей Викторович

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Какорина Екатерина Петровна

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Мартынов Юрий Васильевич

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Пиголкин Юрий Иванович

– чл.-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Резниченко Наталья Юрьевна

– доктор медицинских наук, профессор (Украина)

Селькова Евгения Петровна

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Сепиашвили Реваз Исмаилович

– член-корреспондент РАН, академик АН Грузии, доктор медицинских наук, профессор (Грузия)

Семененко Татьяна Анатольевна

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Симонова Елена Геннадиевна

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

EDITOR - IN - CHIEF:

Tursunov Rustam Abdusamadovich

- Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Research Institute of Preventive Medicine, Chairman of the Public Health Association of Tajikistan (Tajikistan)

DEPUTY EDITOR - IN - CHIEF:

Khojamuradov Gafur Muhammadmuhsinovich

- Doctor of Medical Sciences (Tajikistan)

Aliev Samardin Partoevich

- Doctor of Medical Sciences (Tajikistan)

EDITORIAL SECRETARY:

Bandaev Ilkhomjon Sirojiddinovich

- Doctor of Medical Sciences (Tajikistan)

EDITORIAL BOARD:

Akhmedov Alamkhon

- Corresponding Member of the National Academy of Sciences of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Gaibov Alijon Juraevich

- Corresponding Member of the National Academy of Sciences of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Kurbanov Ubaidullo Abdulloevich

- Corresponding Member of the National Academy of Sciences of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Nazarov Shokhin Kuvvatovich

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Odinaev Farhod Ismatulloevich

- Foreign Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Talabzoda Muhammadali Saif

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Yusufi Salomuddin Jabbor

- Academician of the Academy of National Academy of Sciences of Tajikistan, Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor (Tajikistan)

EDITORIAL COUNCIL:

Bobkova Marina Ridovna

- Doctor of Biological Sciences, Professor (Russia)

Boytsov Sergey Anatolyevich

- Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Gulov Mahmudshoh Kurbonaliyevich

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Drapkina Oksana Mikhailovna

- Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Evseev Andrey Viktorovich

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Kakorina Ekaterina Petrovna

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Martynov Yuri Vasilievich

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Pigolkin Yuri Ivanovich

- Corresponding Member RAMS, Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Reznichenko Natalya Yurievna

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Ukraine)

Selkova Evgenia Petrovna

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Sepiashvili Revaz Ismailovich

- Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Academician of the Georgian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor (Georgia)

Seenenko Tatyana Anatolyevna

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Simonova Elena Gennadievna

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Хакимова М.М., Турсунов Р.А., Эгамназаров Х.Н.
(Душанбе, Таджикистан)
**Услуги водоснабжения, санитарии и гигиены
в учреждениях здравоохранения Республики
Таджикистан**

ХИРУРГИЯ

*Ходжамурадов Г.М., Исмоилов М.М.,
Мирзоев Н.М., Саидов М.С.*
(Душанбе, Таджикистан)
**Малоинвазивный метод хирургического лечения
контрактуры Дюпюитрена**

*Абдуллоев З.Р., Артыков К.П.,
Исмоилов М.М., Раджабов М.Ф.*
(Душанбе, Таджикистан)
**Хирургия особенности реконструктивно-восста-
новительных операций с последствиями травм кисти**

Шарипов Г.Н.
(Душанбе, Таджикистан)
**Клинико-репродуктивная характеристика проопе-
рированных больных с внематочной беременностью**

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Бобоев А.Р.
(Душанбе, Таджикистан)
**Выбор лечения послеожоговых рубцовых
контрактур большого пальца кисти**

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ
Правила оформления статей

PREVENTIVE MEDICINE

Khakimova M.M., Tursunov R.A., Egamnazarov Kh.N.
(Dushanbe, Tajikistan)
**Water supply, sanitation and hygiene services
in healthcare institutions of the
Republic of Tajikistan**

SURGERY

*Khojamuradov G.M., Ismoilov M.M.,
Mirzoev N.M., Saidov M.S.*
(Dushanbe, Tajikistan)
**Minimally invasive method of surgical treatment
of Dupuytren's contracture**

*Abdulloev Z.R., Artykov K.P.,
Ismoilov M.M., Radjabov M.F.*
(Dushanbe, Tajikistan)
**Features of reconstructive and restorative
operations with consequences of hand injuries**

Sharipov G.N.
(Dushanbe, Tajikistan)
**Clinical and reproductive characteristics of operated
patients with ectopic pregnancy**

LITERATURE REVIEW

Boboev A.R.
(Dushanbe, Tajikistan)
**Choice of treatment for post-burn scars
contracture of the thumb**

INFORMATION FOR AUTHORS
Rules for writing articles

4

11

17

23

30

35

Услуги водоснабжения, санитарии и гигиены в учреждениях здравоохранения Республики Таджикистан

М.М. Хакимова¹, Р.А. Турсунов², Х.Н. Эгамназаров³

¹ ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

² ГОУ «Таджикский национальный университет», медицинский факультет

³ ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Аннотация

Цель исследования. Анализ состояния системы оказания базовых услуг "Водоснабжения, санитарии и гигиены" (ВСГ) в учреждениях здравоохранения Республики Таджикистан.

Материал и методы. Общенациональное разовое описательное исследование состояния базовых услуг "Вода, санитария и гигиена" в учреждениях здравоохранения Таджикистана было проведено Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан с ноября 2020 года по январь 2021 года. В этом исследовании были собраны данные из 350 выбранных медицинских учреждений, включающие 3297 медицинских работников учреждений здравоохранения.

Результаты. Выявлены значительные региональные различия в когорте медицинских учреждений, отвечающих базовым стандартам обслуживания. Самый высокий удельный вес наблюдался в Согдийской области (41,2%), самый низкий охват базовыми услугами ВСГ – в Горно-Бадахшанской автономной области (22,2%). Среди обследованных учреждений здравоохранения наиболее полным был уровень базовых услуг по питьевому водоснабжению (36%). Первичную уборку окружающей среды и гигиеническую обработку проводили, соответственно, 17% и 12% опрошенных медицинских учреждений. Лишь несколько учреждений по всей стране (1%), которые отвечают основным требованиям, предоставляют базовые услуги санитарии. 44% объектов не имели источника воды, ни централизованного, ни индивидуального водоснабжения; 16% объектов с частным водоснабжением (4% всех медицинских учреждений в исследовании) использовали потенциально опасный источник воды.

Заключение. Институциональное планирование мониторинга, оказание и предоставление базовых услуг «Вода, санитария и гигиена» (ВСГ) в учреждениях здравоохранения, и реализации на национальном и местном уровнях были в общих чертах определены, а также создана работающая система мониторинга по обеспечению безопасности людей.

Результаты опроса позволяют наблюдать дополнительные аспекты, связанные с доступом, удобством использования и управлением услугами ВСГ для получения качественных медицинских услуг и укрепления здоровья населения. Эта информация должна служить ориентиром при планировании долгосрочных действий или многогранных вмешательств, выходящих за рамки проблемно-ситуационных задач по неотложной помощи, для достижения качественного медицинского обслуживания и укрепления систем здравоохранения страны.

Ключевые слова:

учреждение здравоохранения, вода, санитария, гигиена, водоснабжение, уборка окружающей среды, отходы

Для цитирования:

Хакимова М.М.,
Турсунов Р.А.,
Эгамназаров Х.Н.
Услуги водоснабжения, санитарии и гигиены в учреждениях здравоохранения Республики Таджикистан. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2022; 3(3): 4-10.

DOI: 10.54538/27075265_2022_3_3_4

Water, sanitation and hygiene services in health care institutions of the Republic of Tajikistan

M.M. Khakimova¹, R.A. Tursunov², Kh.N. Egamnazarov³¹ State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine"² SEI "Tajik National University", Faculty of Medicine³ SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

Abstract

Objective: Analysis of the state of the system for the provision of basic services "Water supply, sanitation and hygiene" in healthcare institutions of the Republic of Tajikistan.

Materials and methods: A nationwide one-time descriptive study of the status of basic services "Water, sanitation and hygiene" in health care institutions of Tajikistan was conducted by the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan from November 2020 to January 2021. In this study, data were collected from 350 selected health facilities, including 3297 healthcare workers in health care facilities.

Results: Significant regional differences were found in the cohort of medical institutions that meet basic service standards. The highest proportion was observed in the Sughd region (41.2%), the lowest coverage of basic WASH services was in the Gorno-Badakhshan Autonomous Region (22.2%). Among the surveyed health care facilities, the level of basic services for drinking water supply was the most complete (36%). Primary cleaning of the environment and hygienic treatment were carried out, respectively, by 17% and 12% of the surveyed medical institutions. Only a few facilities across the country (1%) that meet the basic requirements provide basic sanitation services. 44% of objects did not have a source of water, neither centralized nor individual water supply; 16% of facilities with private water supplies (4% of all health facilities in the study) used a potentially hazardous water source.

Conclusion: Institutional monitoring planning, provision and delivery of basic Water, Sanitation and Hygiene (WASH) services in health facilities, and implementation at the national and local levels have been broadly defined, and a functioning monitoring system to ensure people's safety has been established. The results of the survey reveal additional aspects related to access, usability and management of WASH services for obtaining quality medical services and improving the health of the population. This information should guide the planning of long-term actions or multifaceted interventions that go beyond the problem-based situational tasks of emergency care in order to achieve quality care and strengthen the country's health systems.

Key words:

healthcare facility, water, sanitation, hygiene, water supply, environmental cleaning, waste

For citation:

Khakimova M.M., Tursunov R.A., Egamnazarov Kh.N. Water supply, sanitation and hygiene services in healthcare institutions of the Republic of Tajikistan. *Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino". 2022; 3(3): 4-10.*

Актуальность. Достижение здоровья для всех и всеобщего охвата услугами здравоохранения, в частности, зависит от наличия минимального количества воды, санитарии и гигиены (ВСГ) и обращения с медицинскими отходами во всех учреждениях здравоохранения. Без ВСГ невозможно оказывать качественную помощь, предотвращать внутрибольничные инфекции и снижать распространение устойчивости к противомикробным препаратам [1-4].

В 2019 году ВОЗ/ЮНИСЕФ провели первую ком-

плексную глобальную оценку систем водоснабжения, санитарии и гигиены в медицинских учреждениях. Мониторинг за состоянием ВСГ показал, что четверть всех учреждений здравоохранения в мире, обслуживающих свыше 2 миллиардов человек, не обеспечены базовыми услугами водоснабжения, а каждое пятое учреждение здравоохранения, затрагивающего 1,5 миллиарда человек, не обеспечено услугами санитарии [5]. ВСГ обеспечивает благоприятную среду для медицинских работников, чтобы они могли оказывать качественную

помощь с использованием передовых методов профилактики и контроля инфекций для обеспечения безопасности пациентов, персонала и лиц, осуществляющих уход. При этом важно укреплять безопасность здоровья, при внедрении экологически чистых энергетических решений, и повышать устойчивость к изменению климата. Отсутствие доступа к службам охраны труда, особенно, в родильных домах и учреждениях первичной медико-санитарной помощи, подрывает основные принципы всеобщего медицинского обслуживания, а также отстаивают достоинство и равенство, которое заслуживает человеческое общество, получая качественную помощь [6-8].

Результаты поиска показывают, что ВСГ уделяется мало внимания в учреждениях здравоохранения или проблемам гигиены окружающей среды в целом [9-12].

Цель исследования. Анализ состояния системы оказания базовых услуг "Водоснабжения, санитарии и гигиены" в учреждениях здравоохранения Республики Таджикистан.

Материалы и методы. Общациональное разовое описательное исследование состояния базовых услуг "Вода, санитария и гигиена" в учреждениях здравоохранения Таджикистана было проведено Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан с ноября 2020 года по январь 2021 года.

В этом исследовании были собраны данные из 350 выбранных учреждений здравоохранения (включаящие 3297 медицинских работников учреждений здра-

воохранения) с уровнем статистической значимости не менее 95% и точностью (или погрешностью) 4,95% – на основе Национального реестра медицинских учреждений 2020 года.

Данные были собраны с помощью чек-листа (табл.). Контрольный список был разработан, в основном, на основе Совместной программы мониторинга и расширенных вопросов и показателей по охране труда в учреждениях здравоохранения [9], а также руководством ВОЗ по основным стандартам гигиены окружающей среды в здравоохранении [10]. Одновременно с этим, были рассмотрены ещё и другие руководства ВОЗ, связанные с ВСГ, в том числе Временные рекомендации по водоснабжению, санитарии, гигиене и обращению с отходами в отношении SARS-CoV-2, вируса, вызывающего COVID-19.

Обработка полученных данных исследования была проведена с применением программы Statistica 10 (Stat Soft Inc., США), оценены качественные переменные с описанием абсолютных и относительных величин (в процентах).

Результаты и их обсуждение. Результаты опроса подтвердили трудности, возникшие при предыдущем сборе данных, проводившиеся на небольших региональных выборках. Они подчеркнули настоятельную необходимость активизации и постоянных усилий по обеспечению минимальной инфраструктуры, а также её более эффективного использования и технического обслуживания.

В целом в учреждениях здравоохранения отсутствуют базовые услуги "Водоснабжения, санитарии и гиги-

Таблица. Объём и показатели базовых услуг "Вода, санитария и гигиена"

Объём/деталь	Показатели и аспекты	Количество вопросов
Общая характеристика учреждений здравоохранения	Местоположение, тип услуги, географический охват и пропускная способность (например, количество пациентов и количество персонала); подробности самого опроса.	16
Вода	Источник воды, доступ, наличие, управление водоснабжением, включая очистку, контроль качества воды, использование и хранение.	22
Санитария	Наличие туалетов для пациентов, персонала и людей с ограниченной подвижностью с точки зрения доступности, качества и обращения с человеческими экскрементами по всей санитарно-гигиенической цепочке; Менструальная гигиена и управление сточными водами.	27
Гигиена рук	Доступ к приспособлениям для мытья рук и станциям гигиены рук в пунктах ухода и туалетах; пропаганда гигиены, хранения и предоставления материалов.	14
Управление отходами	Протоколы сортировки, хранения и удаления отходов и обращения с ними.	12
Очистка окружающей среды	Техническое обслуживание, оборудование и операции по санитарии окружающей среды, возможности очистки, а также операции по профилактике инфекций и борьбе с ними.	19

ВОДА	САНИТАРИЯ	ГИГИЕНА	УПРАВЛЕНИЕ ОТХОДАМИ	ОЧИСТКА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ
Б а з о в ы е у с л у г и				
Вода из улучшенного источника имеется в здании.	Предусмотрены санитарно-технические помещения, по крайней мере, с одним служебным туалетом, с одним туалетом, разделённым по половому признаку, с одним туалетом для людей с ограниченными возможностями.	Функциональные средства гигиены рук (с мылом и/или спиртом) доступны в пунктах ухода и в пределах пяти метров от туалетов.	Отходы безопасно разделяются как минимум на три контейнера, а инфицированные отходы дезактивируются и безопасно утилизируются.	Имеются основные протоколы уборки, и весь персонал, ответственный за уборку, обучен.
О г р а н и ч е н н ы е у с л у г и				
Источник водоснабжения находится в пределах 500 метров от здания, но не соблюдены все основные требования к обслуживанию.	Есть хотя бы одно улучшенное санитарное помещение, но не все требования по бытовому обслуживанию соблюдены.	Функциональные приспособления для гигиены рук имеются либо в пункте оказания медицинской помощи, либо в туалете, но не в обоих одновременно.	Разделение и/или обработка и удаление остро-контагиозных и инфекционных отходов ограничены, но не все основные требования к обслуживанию выполнены.	Существуют протоколы уборки и/или хотя бы часть персонала обучена уборке.
Н е о б с л у ж и в а ю т с я				
вода берётся из незащищённых колодцев, родников или поверхностных источников воды; или улучшенный источник, расположенный на расстоянии более 500 метров от объекта; или на объекте нет источника воды	туалеты не благоустроены (ямные туалеты без сиденья и платформы, подвесные и ведерные туалеты) или в учреждении туалет отсутствует.	в помещениях для ухода и туалетах отсутствуют функционирующие приспособления для гигиены рук.	нет отдельных контейнеров для инъекционных или инфекционных отходов, а острые и/или инфекционные отходы не дезинфицируются/не утилизируются.	нет протокола уборки и нет персонала, обученного уборке.

Источник: ВОЗ/ЮНИСЕФ, 2018 г.

Рис. 1. Уровни услуг мониторинга "Вода, санитария и гигиена" в учреждениях здравоохранения

ены” (рис. 1). Более одной трети учреждений здравоохранения не соответствуют базовому уровню любого вида услуг ВСГ, и только 1% учреждений здравоохранения оказывали базовые услуги по всем пяти рассматриваемым измерениям.

Выявлены значительные региональные различия в когорте медицинских учреждений, отвечающих базовым стандартам обслуживания. Самый высокий удельный вес наблюдался в Согдийской области, самый низкий охват базовыми услугами ВСГ – в Горно-Бадахшанской автономной области.

Среди обследованных учреждений здравоохранения наиболее полным был уровень базовых услуг по питьевому водоснабжению (36%). Первичную уборку окружающей среды и гигиеническую обработку проводили, соответственно, 17% и 12% опрошенных медицинских учреждений. Лишь несколько учреждений по всей стране (1%), которые отвечают основным требованиям, предоставляют базовые услуги санитарии (рис. 2).

Половина учреждений здравоохранения предлагают только одну или две базовые услуги в области водоснабжения, санитарии и гигиены. Более одной трети медицинских учреждений не соответствовали базовому уровню любого вида услуг ВСГ.

В то время как базовые услуги по ВСГ обеспечивают минимальную защиту пациентов и персонала, аспекты расширенных услуг по ВСГ, выходящие за рамки базового уровня, включая, например, аспекты, связанные с доступом, процедурами эксплуатации, технического обслуживания и возможностями, направлены для реагирования на вспышки, включая безопасность пациентов и качество ухода.

Услуги питьевого водоснабжения. Во многих учреждениях здравоохранения нет потенциально безопасно-

го источника воды. 44% объектов не имели источника воды, ни централизованного, ни индивидуального водоснабжения. 16% объектов с частным водоснабжением (4% всех медицинских учреждений в исследовании) использовали потенциально опасный источник воды (неулучшенный, такой как незащищенный вырытый колодец, родник или поверхностная вода).

Что касается снабжения питьевой водой сверх базового уровня, то около половины опрошенного персонала учреждений здравоохранения сообщили об улучшенном и стабильном водоснабжении (или о наличии альтернативного источника воды в случае её нехватки), а также с огромным различием между регионами. Мониторинг качества воды проводился только в пятой части всех учреждений здравоохранения, а в большинстве случаев, особенно, в учреждениях вторичной и третичной медицинской помощи, расположенных в городских районах. В 38% объектов с индивидуальным водоснабжением использование и обслуживание было недостаточным, и только несколько учреждений здравоохранения (16%) отвечали за использование и содержание водопроводных сетей.

Санитарно-технические услуги. Многие учреждения здравоохранения (41%) не имеют туалетов для пациентов, а 16% имеют потенциально опасную инфраструктуру, такую как выгребные ямы, без кафеля. В некоторых учреждениях, где имелись туалеты, они были непригодны для использования из-за проблем с эксплуатацией. Это связано с отсутствием доступных туалетов (99%), отсутствием полных туалетов для сотрудников (85%) и женщин (66%), а также отсутствием средств гигиены во время менструации (37%). Также наблюдались проблемы с доступностью и конфиденциальностью, но реже - в 17-21% учреждений.

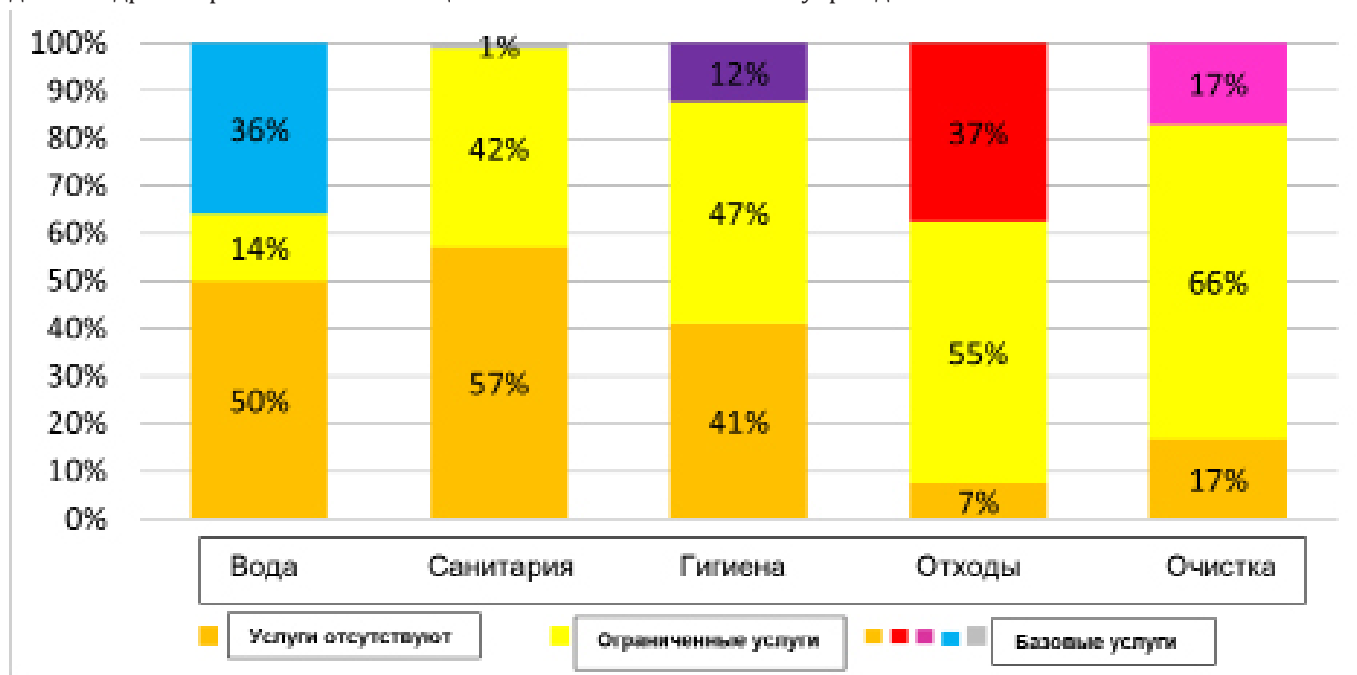


Рис. 2. Охват оказанием пяти основных услуг «Водоснабжение, санитария и гигиена, отходы и уборка» по обширным территориям

Однако, некоторые учреждения здравоохранения, имеющие санитарно-технические помещения, удовлетворяют потребности работников, женщин и девушек, а также пациентов с ограниченными возможностями. В тех случаях, когда санитария была доступна, предоставление услуг было на базовом уровне: 92% учреждений здравоохранения имели туалеты, которые были легко доступны из пункта оказания помощи (в пределах 30 метров).

Сточные воды: каждое пятое учреждение здравоохранения имеет функционирующую систему канализации сточных вод, которая обычно отводит воду в действующую канализацию (15%), в противном случае – в асептическую емкость/колодез с местной дезинфекцией (5%) или без местной дезинфекции (7%).

Услуги по гигиене рук. Гигиена рук является одной из важнейших мер общественного здравоохранения по предотвращению распространения COVID-19 и многих других заболеваний, в том числе патогенов, вызывающих распространенные внутрибольничные инфекции. Несмотря на то, что в большей части учреждений здравоохранения (80%) имеется инфраструктура пунктов гигиены рук в местах оказания медицинской помощи, существует потребность в улучшении, чтобы обеспечить адекватное обеспечение рук мылом или спирто-содержащим антисептиком (в 58% учреждений). Кроме того, во многих учреждениях здравоохранения (78%) не было приспособлений для мытья рук в пределах пяти метров от туалетов с проточной водой и мылом. Низкий охват также связан с отсутствием туалетов.

До 46% учреждений имеют, по крайней мере, одну дополнительную услугу от базового уровня для здоровья. Наиболее часто предлагаемые услуги включают регулярное обучение персонала по использованию средств индивидуальной защиты (46%), материалы для сушки рук (34%), рекламные плакаты по гигиене рук (34%) и в местах общественного пользования (28%).

Учитывая растущую важность текущей национальной и глобальной пандемии, только около трети обследованных учреждений здравоохранения имели единую меру, и большинство таких медицинских учреждений были расположены в городских районах. К таким мерам относятся: средства индивидуальной защиты для медицинских работников (32%); адекватные станции гигиены рук в местах общественного пользования (25% имеются, но не хватает мыла, спирта или воды 44%); достаточный запас средств гигиены рук (17%), моющих и дезинфицирующих средств (18%). 14% МТ имеют планы закупок и специальный бюджет на непрерывную поставку материалов для гигиены рук.

Очистка окружающей среды. Базовый уровень услуг по очистке окружающей среды основан на двух критериях: наличии соответствующих протоколов очистки или стандартных рабочих процедур и обучении сотрудников принципам очистки. В то время как протоколы уборки имелись в 30% посещенных нами учреждений здравоохранения, они были адекватными только в 13% учреждений, поскольку в остальном – в них отсутство-

вали важные аспекты, такие как пошаговые методы для конкретных задач, частота уборки, а также роли и обязанности, очистка, которые включены в протоколы 15-25% учреждений здравоохранения. Если учесть, что в 80% учреждений здравоохранения, по крайней мере, хотя бы часть ответственных сотрудников, прошли обучение по уборке, а по факту – только половина всех членов коллектива прошли обучение.

Объекты служили для очистки окружающей среды сверх базового уровня. В большинстве учреждений здравоохранения уборка туалетов проводилась не реже одного раза в день (95%), в 40% учреждений плановая уборка туалетов проводилась не реже одного раза в день. Тем не менее, в большинстве учреждений (74%) основным недостатком было отсутствие надлежащего и адекватного уборочного оборудования, а также неадекватная частота уборки. Относительно гигиены постельных принадлежностей (17%) и безопасного обращения с грязными постельными принадлежностями (6%) учреждений здравоохранения редко предоставляют информацию.

Существует значительное неравенство в оказании услуг ВСГ. Сельские учреждения здравоохранения первичного звена находятся в плачевном состоянии.

Выявлены значительные региональные различия в доле учреждений здравоохранения, отвечающих базовым стандартам обслуживания. Самый высокий охват бытовыми услугами наблюдался в Согдийской области, самый низкий – в Горно-Бадахшанской автономной области.

Вторичные и третичные учреждения здравоохранения оказались лучше, чем центры первичной медико-санитарной помощи: в обеспечении основных услуг питьевой водой – в 3 раза больше, управлением за отходами – в 2 раза больше, уборкой окружающей среды – в 2-3 раза больше и, особенно, гигиеной рук – в 5 раз больше.

Установлено, что учреждения здравоохранения, расположенные в городе, по сравнению с сельскими учреждениями, в 3 раза больше предоставляют согласно критериям базовых услуг по питьевому водоснабжению, по обращению с отходами – в 1,5 раза, гигиене рук – в 10 раз и экологической очистке – в 3 раза. При этом интересен тот факт, что три из четырех учреждений здравоохранения, отвечающих базовому уровню санитарного обслуживания, располагались в сельской местности.

Заключение. Институциональное планирование мониторинга, оказание и предоставление базовых услуг «Вода, санитария и гигиена» в учреждениях здравоохранения, и реализации на национальном и местном уровнях были в общих чертах определены, а также создана работающая система мониторинга по обеспечению безопасности людей.

Результаты опроса позволяют наблюдать дополнительные аспекты, связанные с доступом, удобством использования и управлением услугами ВСГ для получения качественных медицинских услуг и укрепления здоровья населения. Эта информация должна служить

ориентиром при планировании долгосрочных действий или многогранных вмешательств, выходящих за рамки неотложных задач, для достижения качественного медицинского обслуживания и укрепления систем здравоохранения страны.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Water, Sanitation, Hygiene and Waste Management for COVID-19: Current Recommendations, April 23, 2020 World Health Organization. 2020: 9.
2. World Health Organization, WHO, patient safety. WHO guidelines on hand hygiene in health care. World Health Organization. 2009.
3. Water supply, sanitation and hygiene in healthcare facilities [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2019.
4. Water supply, sanitation and hygiene in health care facilities: practical steps to ensure universal access to quality care [Internet]. World Health Organization. 2019: 56. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311618>.
5. Water, sanitation, hygiene and health: a primer for health professionals. Geneva: World Health Organization. 2019 (WHO/CED/PHE/WSH/19.149). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Regional report on the status of implementation of the Protocol Geneva and Bonn: UNECE and WHO Regional Office for Europe. 2019: 4.
7. Water and Sanitation for Health Facility Improvement Tool (WASH FIT): a practical guide for improving quality of care through water, sanitation and hygiene in health care facilities. World Health Organization. 2017: 104.
8. Strengthening enabling environment for water, sanitation and hygiene (WASH); guidance note. [Internet]. New York: United Nations Children's Fund. 2016. Available from: <https://washenablingenvironment.wordpress.com/guidance/>
9. World Health Organization. Core questions and indicators for monitoring WASH in health care facilities in the Sustainable Development Goals. Geneva. 2018: 6.
10. Broglie T, Umbehr T. Rural Water Supply and Sanitation Reference: Workshop on Technical Standards and Norms [Internet]. Swiss Agency for Development and Cooperation; 2016. Available from: http://www.tajwss.tj/new/images/Report_standards_norms_final_report.pdf
11. Klein S.V., Vekovshinina S.A. Priority risk factors for drinking water in centralized drinking water supply systems that form negative trends in the state of public health. Health risk analysis. 2020; 3: 49-60.
12. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. World Health Organization. 2016: 90.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Национальная оценка состояния услуги в медицинских учреждениях была проведена при финансовой поддержке Японского агентства международного сотрудничества (JICA) за счёт средств Фонда экстренного реагирования на COVID-19.

FINANCING

Financing. The national assessment of the state of service in medical institutions was carried out with the financial support of the Japan International Cooperation Agency (JICA) at the expense of the COVID-19 Emergency Response Fund.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declares no conflict of interest.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

***Хакимова Малика Максуджановна** – соискатель Таджикского научно-исследовательского института профилактической медицины.

E-mail: malika.khakimova@undp.org

Турсунов Рустам Абдусамадович – кандидат медицинских наук, заместитель декана по науке и международным связям медицинского факультета Таджикского национального университета.

E-mail: trustam.art@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-5518-6258

Эгамназаров Хусейн Назарович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры гигиены Таджикского государственного медицинского университета им. Абу-али ибни Сино.

E-mail: husein_2008@list.ru

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

***Khakimova Malika Maksujanovna** – Applicant of the Tajik Research Institute of Preventive Medicine.

E-mail: malika.khakimova@undp.org

Tursunov Rustam Abdusamadovich – Candidate of Medical Sciences, Deputy Dean for Science and International Relations of the Faculty of Medicine, Tajik National University.

E-mail: trustam.art@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-5518-6258

Egamnazarov Hussein Nazarovich – Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Hygiene, Avicenna Tajik State Medical University.

E-mail: husein_2008@list.ru

*** Автор для корреспонденции.**

Малоинвазивный метод хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена

Г.М. Ходжамурадов¹, М.М. Исмоилов¹, Н.М. Мирзоев², М.С. Саидов¹

¹ ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

² Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Аннотация

Цель исследования. Улучшение эстетических и функциональных результатов, и сокращение сроков лечения больных с контрактурой Дюпюитрена, путём создания и внедрения в клиническую практику новой малоинвазивной методики в условиях Республики Таджикистан.

Материалы и методы. Авторы изучили отдалённые результаты оперативного лечения 24 пациентов с контрактурой Дюпюитрена, проходивших стационарное и амбулаторное лечение, в условиях РНЦССХ за период 2005–2020 гг. Наблюдались больные в сроки от 1 до 5 лет после операции. В основной группе было 16 больных, которым проведён стандартный способ оперативного лечения. Контрольную группу составили 8 пациентов.

Результаты. Отличные результаты по шкале DASH получены в 57,9% наблюдений, хорошие – в 27,1%, удовлетворительные – в 9,6%, неудовлетворительные – в 5,4% случаев.

Заключение. Основным достоинством игольной апоневротомии является её малая травматичность, что позволяло выполнить операцию в день обращения, в некоторых наблюдениях - на обеих кистях одновременно. При этом больной практически не теряет трудоспособность и может приступить к работе на следующий день после хирургического вмешательства.

Ключевые слова:

контрактура Дюпюитрена, игольная апоневротомия, апоневротомия.

Для цитирования:

Ходжамурадов Г.М., Исмоилов М.М., Мирзоев Н.М., Саидов М.С. Малоинвазивный метод хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2022; 3(3): 11-16.

Актуальность. Контрактура Дюпюитрена – наиболее распространённый поверхностный пальмарный фиброматоз [1], поражающий ладонный апоневроз и другие фасциальные структуры кисти и пальцев. Согласно общепринятым представлениям, формирование фиброматозных узлов и сухожильно-подобных тяжей, ограничивающих разгибание пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов, происходит у людей с генетической предрасположенностью, неблагоприятным образом жизни и микротравматизацией кисти во время ручного труда. Несмотря на достижения современной хирургии, проблема лечения больных с контрактурой Дюпюитрена сохраняет свою актуальность и по сегодняшний день. Её значение определяется, в первую очередь, значительным удельным весом данной патологии около 3% населения разных стран и 11,8% – среди всех зарегистрированных заболеваний кисти. Нельзя ни обратить внимание на то, что только 20% пациентов с контрактурой Дюпюитрена относятся к группе старше 50 лет. Необходимо особо отметить, что заболевание поражает, в основном, мужчин тру-

доспособного возраста (72–96%). Вышеизложенные факторы в совокупности с прогрессирующим характером течения описываемого заболевания являются причиной стойкого, значительного снижения функциональных возможностей кистей пациентов. По мнению зарубежных и отечественных авторов, золотым стандартом лечения контрактуры Дюпюитрена является субтотальная апоневрэктомия. В последнее десятилетие появляется всё больше исследований, посвященных малоинвазивным методикам лечения (игольная и ферментативная апоневротомия). В первую очередь, это связано с большим количеством ранних и поздних послеоперационных осложнений, которые колеблются в диапазоне от 3,6 до 46,0%, а также со сложностью пластического этапа операции при больших дефектах кожи. Связь между контрактурой Дюпюитрена и профессиональной деятельностью остаётся до сих пор спорной.

В Республике Таджикистан, данная патология является редкой и не включена в перечень нозологии республиканской статистики. Статья, посвящённая данной

DOI: 10.54538/27075265_2022_3_3_11

A minimally invasive method of surgical treatment of Dupuytren's contracture

G.M. Khojamuradov¹, M.M. Ismoilov¹, N.M. Mirzoev², M.S. Saidov¹¹ SI «Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery» Ministry of Health and social protection of the population of the Republic of Tajikistan;² SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Tajikistan

Abstract

Objective: Improving aesthetic and functional results and reducing the time of treatment of patients with Dupuytren's contracture by creating and introducing into clinical practice a new minimally invasive technique in the conditions of the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. The authors studied the long-term results of surgical treatment of 24 patients with Dupuytren's contracture, who underwent inpatient and outpatient treatment, in the conditions of the RSSC for the period 2005–2020. Patients were observed in the period from 1 to 5 years after the operation. In the main group, there were 16 patients who underwent a standard method of surgical treatment. The control group consisted of 8 patients.

Results. Treatment outcomes were assessed using the DASH scale. Excellent results were obtained in 57.9% of cases, good - in 27.1%, satisfactory - in 9.6%, unsatisfactory - in 5.4% of cases.

Conclusion. The main advantage of needle aponeurotomy is its low trauma, which made it possible to perform the operation on the day of treatment, in some cases, on both hands simultaneously. At the same time, the patient practically does not lose his ability to work and can start work the next day after the intervention.

Key words:

Dupuytren's contracture, needle aponeurotomy, aponeurotomy

For citation:

Khojamuradov G.M., Ismoilov M.M., Mirzoev N.M., Saidov M.S. Minimally invasive method of surgical treatment of Dupuytren's contracture. *Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino"*. 2022; 3(3): 11-16.

патологии, публикуется впервые.

Цель исследования. Улучшение эстетических и функциональных результатов, и сокращение сроков лечения больных с контрактурой Дюпюитрена, путём создания и внедрения в клиническую практику новой малоинвазивной методики в условиях Республики Таджикистан.

Материалы и методы. В исследование было включено 24 пациента (мужчин – 19, женщин – 5, средний возраст – 46 лет) с контрактурой Дюпюитрена, проходивших стационарное и амбулаторное лечение на базе РНЦССХ в отделении восстановительной хирургии за период 2005–2020 гг. Из них с односторонней контрактурой Дюпюитрена было 5 пациентов, двусторонней – 12, при этом в 7 случаях выявлены рецидивы. После операции больные наблюдались в сроки от 1 до 5 лет. Наибольшее количество пациентов (19) было трудоспособного возраста — от 30 до 63 лет. В основной группе было 16 больных, которым проведён стандартный способ оперативного лечения. Контрольную группу составили 8 пациентов.

Для определения тактики лечения контрактуры Дюпюитрена наиболее подходят к классификации по характеру локализации патологического процесса

в ладонном апоневрозе и по степени выраженности сгибательной контрактуры пальцев. По степени выраженности сгибательной контрактуры пальцев наиболее удачна классификация Tubiana в модификации Mikkelsen, различающая 5 степеней выраженности контрактуры:

- I степень - наличие клинических признаков болезни без контрактуры пальцев;
- II степень - контрактура пальцев от 0 до 45°;
- III степень - контрактура от 45 до 90°;
- IV степень - контрактура от 90 до 135°;
- V степень - контрактура более 135°.

Методика измерения следующая:

Угломером измеряют угол контрактуры в суставах пальцев. Затем полученные величины складывают с результатом вычисления суммарного угла сгибательной контрактуры [9, 10].

С основным поражением и возникновением тяжёлой к 1, 3-5 пальцев.

У 51% больных наблюдалось двустороннее поражение обеих кистей. Количество поражённых тяжёлыми пальцами было: 1 палец - 7%; 3 палец - 23%; 4 палец - 25%; 5 палец - 45%.

Количество пациентов, прооперированных по сте-

пеням контрактуры составило:

- контрактура 2 степени - 27%;
- контрактура 3 степени - 53%;
- контрактура 4-5 степени - 20%.

Операции проводились под проводниковой анестезией на запястье и кисти и/или местной инфильтрационной анестезией на кисти и пальцах 1% раствором лидокаина. Выполнялись чрескожные рассечения рубцово-измененного апоневроза иглами для внутривенных инъекций (диаметром 1,2 мм, артикул «18G 2», «18G 1 и 1/2») до полного разгибания пальцев. После этого под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором лидокаина из донорских мест (передняя брюшная стенка) канюлей диаметром 1,8-2,0 мм забиралась жировая ткань, в расчете по 7-10 мл жировой ткани на каждый тяж. Жировая ткань обрабатывалась с помощью центрифугирования. Затем иглой диаметром 1,2 мм выполнялась трансплантация жировой ткани, в среднем по 7-10 мл на каждый тяж. После операции накладывалась гипсовая лонгета в положении максимального разгибания пальцев и фиксации лучезапястного сустава сроком на 1 неделю, далее в течение 3 месяцев — в ночное время.

В послеоперационном периоде пациенты наблюдались амбулаторно на протяжении 3-х лет, в первый год - на сроках 1 месяц, 3; 6 и 12 месяцев, затем каждые полгода. После проведенной операции результаты лечения находились под наблюдением на протяжении 3-х лет. Результаты оценивались в объеме разгибания пальцев, Table-top-test, силе кулачного удара, по методике DASH до и после операции. Практически у всех пациентов удалось добиться полного восстановления функции кисти. Ни в одном случае не наблюдался разрыв сухожилий или сосудисто-нервного пучка. По сравнению со стандартным хирургическим методом лечения у пациентов со 2-3 степенью контрактуры функция кисти восстанавливалась в полном объеме в течение суток. При проведении операции у пациентов с 4-5 степенью контрактуры наблюдались кожные разрывы, без повреждения сосудисто-нервного пучка и сухожилий сгибателей, которые локализовались в области пястно-фаланговых и межфаланговых суставах. Причиной этого являлась сниженная эластичность кожных покровов. Эпителизация разрывов происходила в течение 1-3 недель на мажевых повязках (левомиколь и солкосерил) и не нуждались в наложении швов. Наблюдение пациентов в течение 3-х лет выявило 53 случая рецидива заболевания, что составило 17% из общего количества прооперированных. Рецидивы заболевания проявлялись в виде повторного образования тяжа. В основном, рецидивы проявлялись у пациентов с 4-5 степенями сложности. Все они были повторно прооперированы тем же методом. Подобная процедура показана тем пациентам, которым нельзя выполнить полный объем оперативного лечения из-за имеющихся заболеваний, как декомпенсированного сахарного диабета, сердечно-сосудистой системы и т.д. Это достаточно простая методика, которая позволяет в кратчайшие сроки избавиться от патологии. Применение техники чрескожной апоневротомии и липофилинга при лечении контрактуры Дюпюитрена позволяет за счет отсутствия разрезов и швов сократить сроки лечения.

Преимуществом данного метода является отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде и осложнений в виде некрозов кожных лоскутов, рубцовых деформаций и подкожных гематом. При этом сокращаются сроки реабилитации. При наличии субдермальных разрывов кожи при 4, 5 степенях заболевания контрактуры Дюпюитрена раны эпителизируются не менее, чем за 3 недели. При 2-3 степенях контрактуры Дюпюитрена данный метод лечения позволяет сократить срок реабилитации и восстановления функции от 2 дней до 1 недели, по сравнению с открытыми хирургическими методами лечения занимают в среднем 3-4 недели.

Проведено ретроспективное и проспективное исследование историй болезни и макропрепаратов, изготовленных в процессе патоморфологической диагностики, биологически из фиброзной ткани пациентов. Пациенты давали добровольное согласие на проведение оперативного вмешательства, документированное в историях болезни. Все пациенты были обследованы до начала выполнения оперативного вмешательства. Некоторым пациентам было проведено повторное оперативное вмешательство. Срок наступления рецидивов варьировал от 5 до 7 лет.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 6.0. Полученные данные при нормальном распределении записывали при помощи среднего и стандартного отклонения, при асимметричном распределении (ненормальном) — при помощи медианы, 25 и 75. Нормальность распределения определялась критериями: Колмогорова-Смирнова/Лиллифорса, Шапиро-Уилка, Д'Агостино. Статистические различия в группах определялись дисперсионным анализом, критерием Манна-Уитни, Крускала-Уоллиса.

Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты хирургического лечения оценили по шкале DASH. Отличные результаты получены в 57,9% наблюдений, хорошие - в 27,1%, удовлетворительные - в 9,6%, неудовлетворительные - в 5,4% случаев. Рецидивы заболевания выявлены у 39,0% пациентов в течение 3 лет после игольной апоневротомии. Время нахождения в клинике составляло в среднем около 8 ч и включало в себя консультацию, доплерографию, операцию и послеоперационный осмотр. В дальнейшем пациенты лечились амбулаторно (курс физиотерапевтического лечения и лечебная физкультура). При отсутствии осложнений пациентам разрешали пользоваться рукой в быту сразу после операции.

На рисунке показан больной, который имел двусторонний рецидив контрактуры Дюпюитрена. Клинический пример: Больной М., 1973 г.р., история болезни № 4325, поступил в отделение восстановительной хирургии 19.05.22 г. с диагнозом: «Контрактура Дюпюитрена 4-5-го пальцев левой кисти и правой кисти III-степени».

Для изучения качества отдаленных результатов лечения мы приняли систему оценки по степени восстановления объема движения пальцев с четкими критериями:

- полный объем движений пальцев - «хорошо»;
- контрактура пальцев до 25% от исходной - «удовлетворительно»;
- контрактура более 25% от исходной или рецидив



Рис. Двусторонняя контрактура Дюпюитрена:
а), б) – до операции; в) ранний послеоперационный период;
г) поздний послеоперационный период

заболевания - «неудовлетворительно».

Болезнь или контрактура Дюпюитрена является доброкачественным фибропролиферативным распространённым заболеванием, затрагивающий, в основном, ладонный апоневроз, которое может оказывать значительное влияние на функцию кисти и пальцев. Факторы риска, включающие курение, чрезмерное употребление алкоголя, диабет, работа с нагрузкой на кисти и травмы кисти могут усугубляться наследственной предрасположенностью. Особенно агрессивная и рецидивирующая форма заболевания возникает в возрасте до 40 лет, имеет двустороннее поражение и эктопию процесса (поражение стоп и пениса), известное, как диатез Дюпюитрена. Фиброматозные изменения являются результатом вторичной пролиферации миофибробластов в поражённой фасции с увеличением коллагена 3 типа, который замещает нормальный коллаген 1 типа [16, 17]. Варианты лечения разнообразны, начиная от физиотерапевтических процедур (ночное шинирование, массаж), фармакологической терапии (витамин Е, стероиды, аминоксин, баротерапия), лучевой терапии, применение коллагеназы, которые не дают устойчивого доказательства в поддержку их использования, и заканчивая оперативными методами лечения, включающими иглольчатую апоневротомия, субтотальную и тотальную апоневрэктомия, которые являются более эффективными, но всё же дают рецидивы [17].

Частота рецидива при иглольчатой фасциотомии варьирует от 9 до 75% в первые пять лет после процедуры [18,19]. Игольчатая апоневрэктомия предпочтительна при устранении контрактуры пястно-фалангового сустава и менее используется при контрактуре проксимального межфалангового сустава, вследствие невозможности рассечения связок на этом уровне и близости пальцевых нервов. При субтотальной фасциэктомии

частота рецидива составила 20%. При сравнении иглольчатой фасциотомии и фасциэктомии частота рецидива составила по данным исследователей 20,9% против 84,9% за пятилетний период и хорошей функцией пальцев и кисти [18]. По данным исследования Krefter С. (2017) частота осложнений после фасциотомии у 71 пациентов составила 17%, иглольчатой фасциотомии 116 пациентов – 19% и дермофасциэктомии (тотальной) у 11 пациентов - 12%. Наиболее частое повреждение нервов и сосудов отмечалось у пациентов в поздней стадии после выполнения фасциэктомии [20]. Предпочтительным является использование иглольчатой апоневротомии при более мягких формах, так как при тяжелых формах частота рецидива остаётся высокой и требует повторных оперативных вмешательств.

Заключение. Основным достоинством игольной апоневротомии является её малая травматичность, что позволяло выполнить операцию в день обращения, даже на двух руках сразу. При этом больной практически не теряет трудоспособность и может приступить к работе на следующий день после хирургического вмешательства. Ещё одним положительным моментом является минимальный риск осложнений, даже у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. Вместе с тем, при наличии достоинств имеется один существенный недостаток – высокая частота рецидива заболевания в сравнении с субтотальной апоневрэктомией. Поэтому мы считаем, что игольная апоневротомия является операцией выбора у больных пожилого и старческого возраста, а также у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и наличием противопоказаний к открытой операции или общей анестезии. Также мы рекомендуем её в качестве подготовительного этапа операции у молодых пациентов с тяжёлой степенью заболевания перед субтотальным удалением апоневроза.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Щудло Н.А., Костин В.В. Патогенез нейропатии при контрактуре Дюпюитрена. Гений ортопедии. 2019; 25(1): 58-64. Shchudlo N.A., Kostin V.V. Patogenez neyropatii pri kontraktуре Dyupuytren'a [The pathogenesis of neuropathy in Dupuytren's contracture]. Geniy ortopedii. 2019; 25(1): 58-64.
2. Ходжамурадов Г.М., Мирзоев Н.М., Зиёзода С.С., Шаймонов А.Х., Шамсов Н.Х., Ситамов А.С. Эстетические и функциональные аспекты хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена в Республике Таджикистан. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2021; 3: 84-88. Khodzhamuradov G.M., Mirzoyev N.M., Ziyozoda S.S., Shaymonov A.KH., Shamsov N.KH., Sitamov A.S. Esteticheskiye i funktsional'nyye aspekty khirurgicheskogo lecheniya kontraktury Dyupuytren'a v respublikе Tadjikistan [Aesthetic and functional aspects of the surgical treatment of Dupuytren's contracture in the Republic of Tajikistan]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya, 2021; 3: 84-88.
3. Щудло Н.А., Ступина Т.А., Щудло М.М., Останина Д.А. Сравнительная клинико-патоморфологическая характеристика контрактуры Дюпюитрена у мужчин и женщин. Травматология и ортопедия России. 2021; 27(1): 166-174. Shchudlo N.A., Stupina T.A., Shchudlo M.M., Ostanina D.A. Sravnitel'nayakliniko-patomorfologicheskaya kharakteristika kontraktury Dyupuytren'a u muzhchin i zhenshchin [Comparative clinical and pathomorphological characteristics of Dupuytren's contracture in men and women]. Travmatologiya i ortopediya Rossii. 2021; 27(1): 166-174.
4. Жигало А.В., Почтенко В.В., Морозов В.В., Стадниченко С.Ю. Малоинвазивная игольная апоневротомия при лечении больных с контрактурой Дюпюитрена. Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2017; 20(3): 33-44. Zhigalo A.V., Pochtenko V.V., Morozov V.V., Stadnichenko S.YU. Maloinvazivnaya igol'naya aponevrotomiya pri lechenii bol'nykh s kontrakturoy Dyupuytren'a [Minimally invasive needle aponeurotomy in the treatment of patients with Dupuytren's contracture]. Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy khirurgii. 2017; 20(3): 33-44.
5. Богов А.А., Муллин Р.И., Филиппов В.Л., Масгутов Р.Ф., Топыркин В.Г. Результаты применения игольчатой апоневротомии в сочетании с липофилингом в лечении контрактуры Дюпюитрена. Практическая медицина. 2016; 4 (96): 59-62. Bogov A.A., Mullin R.I., Filippov V.L., Masgutov R.F., Topyrkin V.G. Rezul'taty primeneniya igol'chatoy aponevrotomii v sochetanii s lipofilingom v lechenii kontraktury Dyupuytren'a [The results of the use of needle aponeurotomy in combination with lipofilling in the treatment of Dupuytren's contracture]. Prakticheskaya meditsina. 2016; 4 (96): 59-62.
6. Жигало А.В., Морозов В.В., Почтенко В.В., Чевардина М.А. Современный подход к классификации контрактуры Дюпюитрена. Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2018; 21 (2): 50-61. Zhigalo A.V., Morozov V.V., Pochtenko V.V., Chevardina M.A. Sovremennyy podkhod k klassifikatsii kontraktury Dyupuytren'a [A modern approach to the classification of Dupuytren's contracture]. Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy khirurgii. 2018; 21 (2): 50-61.
7. Вишневецкий В.А. Контрактура Дюпюитрена кисти и ее медико-социальная экспертиза. Запорожский медицинский журнал. 2014; 1: 9-12. Vishnevskiy V.A. Kontraktura Dyupuytren'a kisti i yeye mediko-sotsial'naya ekspertiza [Dupuytren's contracture of the hand and its medical and social expertise]. Zaporozhskiy meditsinskiy zhurnal. 2014; 1: 9-12.
8. Щудло Н.А. Варсегова Т.Н., Ступина Т.А., Щудло М.М. Типы и стадии сосудистого ремоделирования при контрактуре Дюпюитрена (анализ 506 артерий в операционном материале 111 пациентов). Гений ортопедии. 2020; 26 (2): 179-184. Shchudlo N. A. Varsegova T. N., Stupina T.A., Shchudlo M.M. Tipy i stadii sosudistogo remodelirovaniya pri kontraktуре Dyupuytren'a (analiz 506 arteriy v operatsionnom materiale 111 patsiyentov) [Types and stages of vascular remodeling in Dupuytren's contracture (analysis of 506 arteries in the surgical material of 111 patients)]. Geniy ortopedii. 2020; 26 (2): 179-184.
9. Шакирова О.В. Физическая реабилитация пациентов после оперативного лечения контрактуры Дюпюитрена. Молодой учёный. 2020; 8: 262. Shakirova O.V. Fizicheskaya reabilitatsiya patsiyentov posle operativnogo lecheniya kontraktury Dyupuytren'a [Physical rehabilitation of patients after surgical treatment of Dupuytren's contracture]. Molodoy uchenyy. 2020; 8: 262.
10. Долганова Т.И., Щудло Н.А., Шихалева Н.Г., Костин В.В. Морфологические характеристики типов микроциркуляции кожи у пациентов с контрактурой Дюпюитрена. Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2019; 17 (4): 24-32. Dolganova T.I., Shchudlo N.A., Shikhaleva N.G., Kostin V.V. Morfofiziologicheskkiye kharakteristiki tipov mikrotsirkulyatsii kozhi u patsiyentov s kontrakturoy Dyupuytren'a [Morphophysiological characteristics of skin microcirculation types in patients with Dupuytren's contracture]. Regionarnoye krovoobrashcheniye i mikrotsirkulyatsiya. 2019; 17 (4): 24-32.
11. Масгутов Р.Ф., Филиппов В.Л., Богов А.А. Инъекции коллализина как альтернатива хирургическому лечению контрактуры Дюпюитрена. Практическая медицина. 2015; 4-1 (89): 112-116. Masgutov R.F., Filippov V.L., Bogov A.A. In'yektsii kollalizina kak al'ternativa khirurgicheskomu lecheniyu kontraktury Dyupuytren'a [Collalysin injections as an alternative to surgical treatment of Dupuytren's contracture]. Prakticheskaya meditsina. 2015; 4 (89): 112-116.
12. Dias J.J., Singh H.P., Ullah A., Bhowal B., Thompson J.R. Patterns of recontracture after surgical correction of Dupuytren disease. The Journal of hand surgery. 2013; 38(10): 1987-1993. doi: 10.1016/j.jhsa.2013.05.038.
13. Eaton C. Dupuytren disease. Tips and Tricks in Plastic

- Surgery. Springer, Cham. 2022; 3: 703-741.
14. Poelstra R., van Kooij Y.E., van der Oest M.J.W., Slijper H.P., Hovius S.R., Selles R.W. Hand-Wrist Study Group. Patient's satisfaction beyond hand function in Dupuytren's disease: analysis of 1106 patients. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 2020; 45(3): 280-285. doi: 10.1177/1753193419890284.
 15. Lee H., Eo S., Cho S., Jones N.F. The Surgical Release of Dupuytren's Contracture Using Multiple Transverse Incisions. *Archives of plastic surgery*. 2012; 39(04): 426-430. doi: 10.5999/aps.2012.39.4.426.
 16. Nordenskjold J., Englund M., Zhou C., Atroschi I. Prevalence and incidence of € doctor-diagnosed Dupuytren's disease: a population-based study. *J Hand Surg*. 2017; 42(7): 673e677.
 17. Dutta A., Jayasinghe G., Deore S., Wahed K., Bhan K., Bakti N., Singh B. Dupuytren's Contracture - Current Concepts. *J Clin Orthop Trauma*. 2020 Jul-Aug;11(4):590-596. doi: 10.1016/j.jcot.2020.03.026.
 18. Pereira A., Massada M., Sousa R., Silva C., Trigueiros M., Lemos R. Percutaneous needle fasciotomy in Dupuytren's contracture: is it a viable technique. *Acta Orthop Belg*. 2012;78 (1):30e34.
 19. Van Rijssen A.L., Ter Linden H., Werker P.M. Five-year results of a randomized clinical trial on treatment in Dupuytren's disease: percutaneous needle fasciotomy versus limited fasciectomy. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129 (2):469e477.
 20. Krefter C., Marks M., Hensler S., Herren D.B., Calcagni M. Complications after treating Dupuytren's disease. A systematic literature review. *Hand surgery and rehabilitation*. 2017; 36 (5): 322e329.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

FINANCING

There was no financial support.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declares no conflict of interest.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

***Ходжамуратов Гафур Мухаммадмухсинович** – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отделения восстановительной хирургии, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

E-mail: gafur@tojikiston.com

https://orcid.org/0000-0002-7095-792X

Исмоилов Мухторджон Маруфович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.

E-mail: m.ismoilov@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-6344-1810

Мирзоев Набиджон Мирзоевич – очный аспирант кафедры хирургических болезней № 2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

E-mail: mirzoevnabijon@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-5138-2067

Саидов Махмадулло Сайфуллоевич – научный сотрудник отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.

E-mail: mahmad_jon1974@mail.ru

http://orcid.org/0000-0001-9003-1609

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

***Khojamuradov Gafur Mukhammadmukhsinovich** – Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher, Department of Reconstructive Surgery, Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery.

E-mail: gafur@tojikiston.com

https://orcid.org/0000-0002-7095-792X

Ismoilov Mukhtorjon Marufovich – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Reconstructive Surgery of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery.

E-mail: m.ismoilov@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-6344-1810

Mirzoev Nabidjon Mirzoevich – full-time postgraduate student of the Department of Surgical Diseases N 2 Avicenna Tajik State Medical University.

E-mail: mirzoevnabijon@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-5138-2067

Saidov Mahmaddullo Sayfulloevich – Researcher of the Department of Reconstructive Surgery of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery.

E-mail: mahmad_jon1974@mail.ru

http://orcid.org/0000-0001-9003-1609

*** Автор для корреспонденции.**

Особенности реконструктивно-восстановительных операций с последствиями травм кисти

З.Р. Абдуллоев^{1,2}, К.П. Артыков², М.М. Исмоилов¹, М.Ф. Раджабов¹

¹ ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

² ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Аннотация

Цель исследования. Поиск путей улучшения диагностики и хирургического лечения посттравматических нарушений кровообращения кисти.

Материалы и методы. Клинический материал охватывает результаты обследования и хирургического лечения 15 пациентов (6 больных с последствиями механической травмы и 9 – с послеожоговыми контрактурами) с последствиями травм и рубцовыми послеожоговыми контрактурами кисти, поступивших в отделение восстановительной хирургии РНЦССХ за период с 1998 по 2013 годы.

Результаты. При выполнении оперативных вмешательств с последствиями механической травмы была угроза опасности повреждения сосудов, а значит, и ухудшение состояния кровообращения кисти. Поэтому при устранении рубцовой контрактуры кисти необходимо использование прецизионной техники в хирургическом лечении. При выделении подлежащих рубцов структур с последствиями механической травмы у двух пациентов было выявлено повреждение общих ладонных пальцевых артерий. После мобилизации концов артерий обоим пациентам удалось применить способ формирования анастомозов конец в конец. Дефект мягких тканей кисти был устранён местной пластикой. При послеожоговых рубцовых поражениях кисти нарушение кровообращения было обусловлено за счёт контрактур, устранение которых привело к улучшению перфузии. В этих случаях, во время операции, нет необходимости проводить мобилизацию сосудов кисти. Интраоперационная оценка достаточности перфузии тканей кисти позволяет завершить операцию. Однако, после иссечения обширных рубцов у трёх пациентов потребовалось замещение дефекта тканей васкуляризованными паховыми лоскутами.

Заключение. Нарушение кровоснабжения при последствиях травм кисти могут быть от простого рубцового сдавливания, вплоть до непосредственного повреждения. Объём оперативных вмешательств зависит как от характера повреждений, так и от сроков, прошедших после получения травмы. Несмотря на возможности микрохирургической техники оперирования, восстановление сосудов не всегда возможно и оправдано. Однако, зачастую, деликатное иссечение обширных рубцов, без повреждения сосудов, улучшает кровоснабжение кисти. Закрывание обширных дефектов тканей кисти васкуляризованным лоскутом также способствовал улучшению кровоснабжения кисти.

Ключевые слова:

нарушение кровообращения кисти, механические травмы кисти, послеожоговые рубцовые контрактуры, васкуляризованный лоскут

Для цитирования:

Абдуллоев З.Р., Артыков К.П., Исмоилов М.М., Раджабов М.Ф. Особенности реконструктивно-восстановительных операций с последствиями травм кисти. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2022; 3(3): 17-22.

DOI: 10.54538/27075265_2022_3_3_17

Features of reconstructive and restorative operations with consequences of hand injuries

З.Р. Абдуллоев^{1,2}, К.П. Артыков², М.М. Исмоилов¹, М.Ф. Раджабов¹¹ State Institution "Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population Republic of Tajikistan² State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"

Abstract

Objective: Search for ways to improve the diagnosis and surgical treatment of post-traumatic circulatory disorders of the hand.

Materials and methods: The clinical material covers the results of examination and surgical treatment of 15 patients (6 patients with the consequences of mechanical trauma and 9 with post-burn contractures) with the consequences of injuries and cicatricial post-burn contractures of the hand, who were admitted to the Department of Reconstructive Surgery of the Republican Scientific Center for Surgery from 1998 to 2013.

Results: When performing surgical interventions with the consequences of mechanical trauma, there was a threat of the risk of damage to blood vessels, and hence the deterioration of the blood circulation of the hand. Therefore, when eliminating cicatricial contracture of the hand, it is necessary to use precision equipment in surgical treatment. When isolating the underlying scar structures with the consequences of mechanical trauma, damage to the common palmar digital arteries was detected in two patients. After mobilization of the ends of the arteries, both patients managed to apply the method of forming end-to-end anastomoses. The soft tissue defect of the hand was eliminated by local plasty. With post-burn cicatricial lesions of the hand, circulatory disturbance was due to contractures, the elimination of which led to an improvement in perfusion. In these cases, during the operation, there is no need to mobilize the vessels of the hand. Intraoperative assessment of the sufficiency of perfusion of the tissues of the hand allows you to complete the operation. However, after excision of extensive scars in three patients, it was necessary to replace the tissue defect with vascularized inguinal flaps.

Conclusion: Violation of blood supply with the consequences of hand injuries can be from simple cicatricial compression, up to direct damage. The volume of surgical interventions depends both on the nature of the injuries and on the time elapsed after the injury. Despite the possibilities of microsurgical techniques of operation, restoration of blood vessels is not always possible and justified. However, often, delicate excision of extensive scars, without damaging the blood vessels, improves the blood supply to the hand. The closure of extensive hand tissue defects with a vascularized flap also contributed to the improvement of the blood supply to the hand.

Key words:

circulatory disorders of the hand, mechanical injuries of the hand, post-burn cicatricial contractures, vascularized flap

For citation:

Abdulloev Z.R., Artykov K.P., Ismoilov M.M., Radjabov M.F. Features of reconstructive and restorative operations with consequences of hand injuries. Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino". 2022; 3(3): 17-22.

Введение. Кисть по анатомическому строению и функциональной значимости является важным органом человека. Нарушение артериального кровоснабжения кисти и пальцев наиболее часто наблюдается после перенесенной травмы и ожогов, которым мало придаётся значение при планировании реконструктивных операций [1]. Вместе с тем, по данным ряда авторов, на долю травм кисти в общей структуре травматизма приходится от 30 до 57% [2-4].

Сочетанные травмы важных анатомических образований кисти встречаются от 16 до 70% случаев [5]. В

специализированных отделениях хирургии кисти больных с последствиями повреждений составляют 40-56%. [6]. Инвалидность после травм кисти достигает до 30% среди всех освидетельствованных [7, 8]. Оперативное лечение отдалённых последствий травмы кисти является одной из сложных задач восстановительной хирургии [1, 9].

Цель исследования. Поиск путей улучшения диагностики и хирургического лечения посттравматических нарушений кровообращения кисти.

Материалы и методы. Настоящее исследование ос-

Таблица. Характер выполненных оперативных вмешательств в зависимости от степени нарушения кровообращения при изолированных повреждениях кисти (n=15)

Вид оперативного вмешательства	Характер повреждения и степень нарушения кровообращения					
	I группа			II группа		
	I ст.	II ст.	III ст.	I ст.	II ст.	III ст.
N	2(2)	2(4)	2(6)	2(4)	5(9)	2(6)
Иссечение рубца и местная пластика	2	2		2	2	
Артериолиз	1	2	1	1	2	
Шов артерий		2			1	1
Аутовенозная пластика артерий			1		1	1
Иссечение рубца с пересадкой лоскута			2		3	2

новано на анализе и обобщении опыта хирургического лечения больных с последствиями травм и рубцовыми контрактурами кисти в отделении восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ и кафедры хирургических болезней № 2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино за период с 1998 по 2013 годы. Клинический материал охватывает результаты обследования и хирургического лечения 15 пациентов с последствиями травм и рубцовыми послеожоговыми контрактурами кисти.

Статистическую обработку проводили с использованием программ SPSS 16.0 и статистики 10.0. Методами описательной статистики определяли средние тенденции с вычислением среднеарифметического значения и его стандартной ошибки, относительных величин и их ошибки. Дисперсионный анализ проводили методом Anova (тесты Крускал-Уоллиса и Фридмана). Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$. Безрецидивная выживаемость определяли методом Каплан-Майера с построением графического изображения.

Результаты и их обсуждение. Нарушение кровообращения при последствиях травм кисти было выявлено у 15 больных (6 больных с последствиями механической травмы и 9 – с послеожоговыми контрактурами). Количество выполненных хирургических операций представ-

лено в таблице.

Первая степень нарушения кровообращения была у четырёх пациентов: двое – с последствиями механической травмы и двое – с послеожоговыми контрактурами. Эти пациенты были с рубцовыми контрактурами и не имели повреждения сосудов. Нарушение кровообращения было обусловлено за счёт рубцового процесса и контрактуры кисти. Оперативные вмешательства были направлены на устранение контрактуры и выполнения местной пластики.

До проведения оперативных вмешательств у этих пациентов удельный кровоток (УдК) пальцев составлял $3,81 \pm 0,24$ мл/100 г/мин (стандартная ошибка $\pm 0,12$). В первый день после операции, в результате реактивной гиперемии, УдК возрос до $8,56 \pm 2,98$ мл/100 г/мин, на третий день УдК снизился до $7,71 \pm 2,38$ мл/100 г/мин, на седьмой день – до $3,75 \pm 0,32$ мл/100 г/мин, а на одиннадцатый день УдК нормализовался на отметке $3,99 \pm 0,93$ мл/100 г/мин.

Вторая степень нарушения кровообращения была у семерых пациентов: у двух пациентов – с последствиями механической травмы и пятерых – с послеожоговыми контрактурами. При выполнении оперативных вмешательств в I группе была угроза опасности сосудов, и, тем самым, ухудшение состояния кровообращения кисти. Поэтому при устранении рубцовой контрактуры кисти

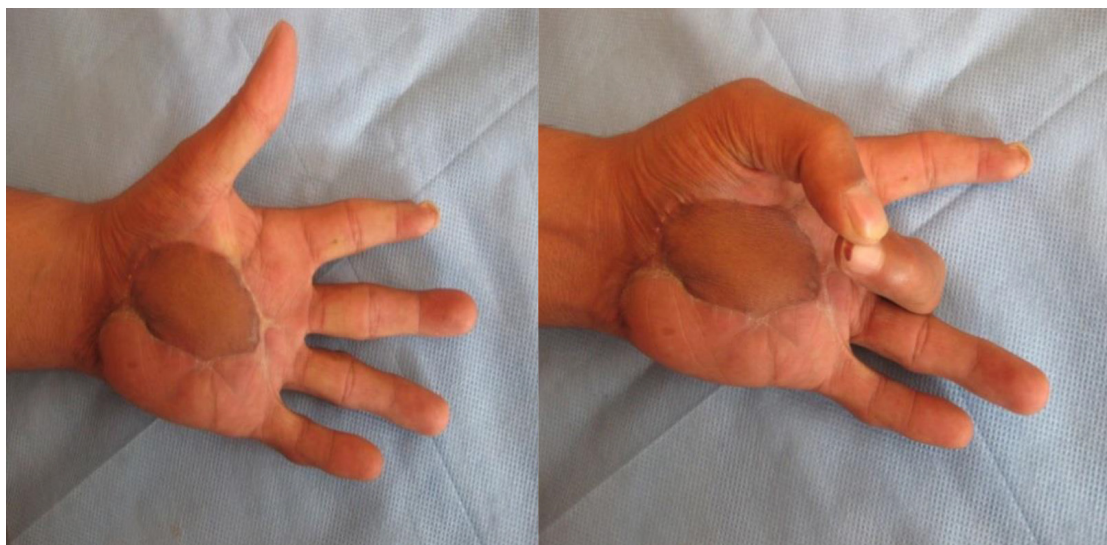


Рис. 1. Пластика дефекта мягких тканей кисти васкуляризованным паховым лоскутом



Рис. 2. Замещение обширного дефекта кисти и I межпальцевого промежутка васкуляризированным паховым лоскутом

необходимо использование прецизионной техники в хирургическом лечении. При выделении подлежащих рубцов структур с последствиями механической травмы у обоих пациентов было выявлено повреждение общих ладонных пальцевых артерий. После мобилизации концов артерий обоим пациентам удалось применить способ формирования анастомозов конец в конец. Дефект мягких тканей кисти был устранён местной пластикой. Однако следует отметить, что сроки получения травмы у этих пациентов были не более четырех месяцев. В более поздние сроки при травмах возникают осложнения из-за проведения облитерации, и восстановление сосудов по разным причинам предсказать невозможно.

При послеожоговых рубцовых поражениях кисти нарушение кровообращения было обусловлено за счёт контрактур, устранение которых привело к улучшению перфузии.

В этих случаях, во время операции, нет необходимости проводить мобилизацию сосудов кисти. Интраоперационная оценка достаточности перфузии тканей кисти позволяет завершить операцию. Однако, после иссечения обширных рубцов у трёх пациентов потребовалось

замещение дефекта тканей васкуляризированными паховыми лоскутами. Один из таких примеров иллюстрирован на рисунке 1.

До проведения оперативных вмешательств у этих пациентов УдК пальцев стандартное отклонение составляло $3,19 \pm 0,08$ мл/100 г/мин (стандартная ошибка 0,08). В первый день после операции наблюдалась реактивная гиперемия, и УдК возрос до $8,27 \pm 1,35$ мл/100 г/мин. На третий день вышеуказанный показатель снизился до $3,28 \pm 0,72$ мл/100 г/мин, на седьмой день – до $3,96 \pm 0,60$ мл/100 г/мин (стандартная ошибка $\pm 1,6$), а на одиннадцатый день УдК нормализовался на отметке $4,24 \pm 1,27$ мл/100 г/мин.

Третья степень нарушения кровообращения была у четырёх пациентов: у двух пациентов – с последствиями механической травмы и двух - с послеожоговыми контрактурами. Это были пациенты с последствиями тяжёлых травм и обширных ожогов кисти. Клинические признаки нарушения недостаточности кровообращения кисти и пальцев были выражены у всех пациентов. После иссечения рубцовых тканей и реконструкции подлежащих структур всем четырём пациентам было выполнено

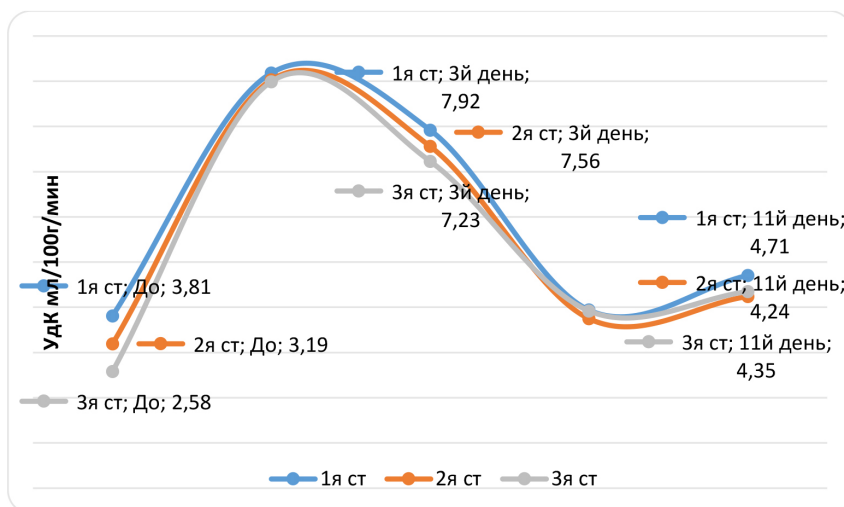


Рис. 3. Улучшение удельного кровотока (УдК) после восстановительных операций с последствиями травм кисти

замещение дефекта тканей кисти. На рисунке 2 иллюстрировано замещение обширного дефекта кисти размером 10 x 7 см.

До проведения оперативных вмешательств у этих пациентов УдК пальцев составлял $2,58 \pm 0,32$ мл/100 г/мин. В некоторых случаях из-за длительности травмы от 2 до 7 лет реконструкция сосудов кисти была невозможна. Была угроза в ухудшении состояния кровообращения кисти во время операции, т.к. помимо устранения контрактуры возникла необходимость реконструкции сухожилий и нервов.

В первый день после операции наблюдалась реактивная гиперемия, и УдК возрос до $9,05 \pm 1,12$ мл/100 г/мин. (стандартное отклонение 2,24). На третий день вышеуказанный показатель снизился до $6,59 \pm 0,89$ мл/100 г/мин (стандартное отклонение 1,79), на седьмой день - до $3,54 \pm 1,30$ мл/100 г/мин (стандартное отклонение 1,79), а на одиннадцатый день УдК нормализовался на отметке $4,79 \pm 0,981$ мл/100 г/мин (стандартное отклонение 1,95). Динамика улучшения показателей УдК до и после восстановительных операций с последствиями травм кисти приведен на рисунке 3.

Таким образом, при оказании первичной помощи при травмах кисти, травматологи и хирурги, как правило, не восстанавливают повреждённые сосуды. Исключением является оказание помощи в микрососудистых отделениях, где имеется специальное оснащение. Поэтому, зачастую, неизвестно, какие структуры были повреждены, были ли они восстановлены и насколько адекватно. Кроме того, при тяжёлых и сочетанных травмах кисти некоторым пациентам показана отсроченная помощь, что затрудняет восстановление повреждённых сосудов. В связи с этим, при поступлении пациента в клинику из-за последствия травм кисти, информация об особенностях перенесённой травмы и хирургического лечения часто отсутствует. Однако, при тщательном обследовании клинические симптомы свидетельствуют о перенесённой острой ишемии кисти.

В отдалённые сроки после травмы у многих пациентов сохраняется хронический отёк, бледность кожных покровов, онемение и парестезия пальцев, формируется контрактура и тугоподвижность в суставах пальцев кисти [10]. Нарушение артериального притока в кисти и пальцах значительно ухудшают результаты восстановления сухожилий, консолидации костей, процессы реиннервации и заживления мягких тканей [11]. Между тем, у многих больных при последующем хирургическом лечении выявляют признаки повреждения артериальных сосудов, причём интраоперационное возникновение такой ситуации вынуждают изменить план операции, что негативно сказывается на результатах [7, 12].

Заключение. При последствиях травм кисти нарушение кровоснабжения при последствиях травм кисти могут быть от простого рубцового сдавливания, вплоть до непосредственного повреждения. Объём оперативных вмешательств зависит как от характера повреждений, так и от сроков, прошедших после получения травмы. Несмотря на возможности микрохирургической техники оперирования, восстановление сосудов не всегда возможно и оправдано. Однако, зачастую, деликатное иссечение обширных рубцов, без повреждения сосудов, улучшает кровоснабжение кисти. Закрытие обширных дефектов тканей кисти васкуляризованным лоскутом также способствовал улучшению кровоснабжения кисти.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Фурманов А.Ю., Альтман И.В. Ангиографическая диагностика изменений артериального кровообращения у больных с отдалёнными последствиями травм кисти и пальцев. Интервенционная радиология и минимально инвазивная хирургия. 2009; 1: 43-48. Furmanov A.YU., Al'tman I.V. Angiograficheskaya diagnostika izmeneniy arterial'nogo krovoobrashcheniya u bol'nykh s otdalonnymi posledstviyami travm kisti i pal'tsev [Angiographic diagnosis of changes in arterial circulation in patients with long-term consequences of injuries of the hand and fingers]. Interventional radiology and minimally invasive surgery. 2009; 1: 43-48.
2. Минасов Б.Ш., Валеев М.М. Хирургическое лечение застарелых повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти: Пособие для врачей. Уфа: Здравоохранение Башкортостана. 2002: 72. Minasov B.Sh., Valeyev M.M. Khirurgicheskoye lecheniye zastarelykh povrezhdeniy sukhozhiy sgbateley pal'tsev kisti: Posobiye dlya vrachey [Surgical treatment of chronic injuries of the flexor tendons of the fingers: A guide for physicians]. Ufa: Zdravookhraneniye Bashkortostana. 2002: 72.
3. Губочкин Н.Г., Крючков А.А., Един А.С. Пластика дефектов покровных тканей кисти и пальцев в амбулаторных условиях. Актуальные проблемы амбулаторной хирургии. СПб. 1999: 52. Gubochkin N.G., Kryuchkov A.A., Yedin A.S. Plastika defektov pokrovnykh tkaney kisti i pal'tsev v ambulatornykh usloviyakh [Plastic surgery of defects of the integumentary tissues of the hand and fingers on an outpatient basis]. Aktual'nyye problemy ambulatornoy khirurgii. SPb. 1999: 52.
4. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г. Травмы и заболевания плечевого пояса и верхней конечности. СПб.: Гиппократ. 2005: 896. Kornilov N.V., Gryaznukhin E.G. Travmy i zabolevaniya plechevogo poyasa i verkhney konechnosti [Injuries and diseases of the shoulder girdle and upper limb]. SPb.: Gippokrat. 2005: 896.
5. Петров А.П., Дубоносов А.В., Жилияков А.М., Дружинин М.В., Кудрявцев А.Е., Бруно О.В. Уровень производственного травматизма среди трудоспособного населения Новгородской области. Медицина труда и промышленная экология. 2003; 7: 16-20. Petrov A.P., Dubonosov A.V., Zhilyakov A.M., Druzhinin M.V., Kudryavtsev A.Ye., Bruno O.V. Uroven' proizvodstvennogo travmatizma sredi trudospobnogo naseleniya Novgorodskoy oblasti [The level of industrial injuries among the able-bodied population of the Novgorod region]. Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya. 2003; 7: 16-20.
6. Науменко Л.Ю., Маметьев А.А., Варин В.В. Результаты хирургического лечения больных с последствиями травм пальцев кисти. Травма. 2010; 11(1): 34-38. Naumenko L.Yu., Mamet'yev A.A., Varin

- V.V. Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh s posledstviyami travm pal'tsev kisti [Results of surgical treatment of patients with consequences of finger injuries]. *Travma*. 2010; 11(1): 34-38.
7. Craigen M., Kleinert J.M., Miller Crain G. et al. Patient and injury characteristics in the development of cold sensitivity of the hand: A prospective cohort study. *J. Hand Surg.* 1999; 24A: 8-15.
 8. Николаева Е.В. Медицинская экспертиза при травмах конечностей. Качество медицинской помощи. 2002; 1: 6-20. Nikolayeva Ye.V. Meditsinskaya ekspertiza pri travmakh konechnostey [Medical expertise in limb injuries]. *Kachestvo meditsinskoy pomoshchi*. 2002; 1: 6-20.
 9. Campbell D.A., Kay S.P. What is cold intolerance. *J. Hand Surg.* 1998; 23B(1): 3-5.
 10. Collins E.D., Novak C.B., Mackinnon S.E. et al. Long-term follow up evaluation of cold sensitivity following nerve injury. *J. Hand Surg.* 1996; 21A: 1078-1085.
 11. Cooper C. *Fundamentals of hand therapy*. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosb. 2007: 562.
 12. Fowl, R.J., Stone W.M., Money S.R. Upper extremity trauma: current trends in management. *J. Cardiovasc. Surg.* 2007; 48(5): 551-555.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

***Абдуллоев Зикриё Рахимбоевич** – кандидат медицинских наук, доцент, научный сотрудник отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан.

E-mail: zikriyoo@mail.ru

SPIN-код: 8420-2369, AuthorID: 912956

Артыков Каримджон Пулатович – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

E-mail: artikov53@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-6346-0851

Исмоилов Мухторджон Маруфович – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан.

E-mail: m.ismoilov@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-6344-1810

Раджабов Мехрубон Фаррухович – научный сотрудник отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан.

https://orcid.org/0000-0002-6766-1431

FINANCING

There was no financial support.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

***Abdulloev Zikriyo Rakhimboevich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Researcher at the Department of Reconstructive Surgery of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery.

E-mail: zikriyoo@mail.ru

SPIN-код: 8420-2369, AuthorID: 912956

Artykov Karimjon Pulatovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Surgical Diseases No. 2 of the Avicenna Tajik State Medical University Abuali ibn Sino

E-mail: artikov53@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-6346-0851

Ismoilov Mukhtorjon Marufovich – Candidate of Medical Sciences, Researcher at the Department of Reconstructive Surgery of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan.

E-mail: m.ismoilov@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-6344-1810

Radjabov Mekhrubon Farrukhovich – Researcher of the Department of Reconstructive Surgery of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan.

https://orcid.org/0000-0002-6766-1431

*** Автор для корреспонденции.**

Клиническая и репродуктивная характеристика прооперированных больных с внематочной беременностью

Г.Н. Шарипов

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Аннотация

Цель исследования. Изучить клиническую и репродуктивную характеристику прооперированных больных с внематочной беременностью.

Материалы и методы. Объектом для ретроспективного исследования стали 140 больных, прооперированных с внематочной беременностью, в экстренном порядке за период с 2004 по 2014 годы.

Результаты. Возраст 140 прооперированных женщин колебался в пределах от 19 до 40 лет. Средний возраст больных составил $29,4 \pm 4,1$ лет. В основном, внематочная беременность была выявлена у женщин в активном репродуктивном возрасте от 25 до 34 лет (62,9%). В 17 (12,1%) случаях был диагностирован разрыв маточной трубы, в 9 (6,4%) случаях из них была восстановлена проходимость маточной трубы. Больные с прогрессирующей трубной беременностью в 131 (93,6%) случаях поступили с неразрванной маточной трубой. Среди прооперированных больных вторичное бесплодие превалирует над первичным (32,1% против 12,1%). Среди 62 (44,3%) больных, имевшие в анамнезе внематочную беременность, до обращения перенесли тубэктомию.

Заключение. В ходе исследования выявлен высокий процент ранних и поздних выкидышей, неразвивающихся и внематочных беременностей, а также искусственных аборт, что могло стать причиной наступления трубной беременности. Репродуктивные потери при эктопической беременности связаны с возникновением вторичного трубно-перитонеального бесплодия, а также развитием спаечного процесса в малом тазу, и повторной внематочной беременностью.

Ключевые слова:

репродуктивная функция, внематочная беременность, прогрессирующая трубная беременность, эктопическая беременность, бесплодие.

Для цитирования:

Шарипов Г.Н. Клиническая и репродуктивная характеристика больных с внематочной беременностью. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2022; 3(3): 23-29.

Актуальность. Внематочная беременность занимает ведущее место в структуре причин материнской смертности в развитых странах мира. В Российской Федерации внематочная беременность занимает 5-е место в структуре причин материнской смертности. Эта патология встречается с частотой 3,4% [1-4].

Отмечена отчетливая тенденция к увеличению случаев внематочной беременности более, чем в два раза по сравнению с данными исследований 70-х годов. Также увеличилось число больных с атипичным клиническим течением [5, 6].

Увеличение частоты эктопической беременности ав-

торы связывают с ростом частоты заболеваний, передающиеся половым путём.

Современное репродуктивное поведение женщин увеличило риск частых абортов и выкидышей, что повлекло за собой увеличение частоты воспалительных процессов гениталий и эктопической беременности [7].

Если в начале 90-х годов прошлого века эктопическая беременность встречалась с частотой 1-1,4% от общего количества беременностей, то данные последних лет приводят цифры свыше 2,2-3% [8-10].

Основными возрастными группами, подверженными

DOI: 10.54538/27075265_2022_3_3_23

Clinical and reproductive characteristics of operated patients with ectopic pregnancy

G.N. Sharipov

State Institution "Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population Republic of Tajikistan

Abstract

Objective: to study the clinical and reproductive characteristics of operated patients with ectopic pregnancy.

Materials and methods: The object of the retrospective study was 140 emergency operated patients with ectopic pregnancy for the period from 2004 to 2014.

Results: The age of 140 operated women ranged from 19 to 40 years. The mean age of the patients was 29.4 ± 4.1 years. Basically, ectopic pregnancy was detected in women of active reproductive age - from 25 to 34 years (62.9%). In 17 (12.1%) cases, a rupture of the fallopian tube was diagnosed, in 9 (6.4%) cases of which the patency of the fallopian tube was restored. Patients with progressive tubal pregnancy in 131 (93.6%) cases were admitted with an unruptured fallopian tube. Among operated patients, secondary infertility prevails over primary (32.1% versus 12.1%). 62 (44.3%) patients with a history of ectopic pregnancy prior to treatment underwent tubectomy.

Conclusion: The study revealed a high percentage of early and late miscarriages, non-developing pregnancies, ectopic pregnancies, and induced abortions, which could cause a tubal pregnancy. Reproductive losses during ectopic pregnancy are associated with the occurrence of secondary tubal-peritoneal infertility, as well as the development of adhesions in the pelvis and repeated ectopic pregnancy.

Key words:

reproductive function, ectopic pregnancy, progressive tubal pregnancy, ectopic pregnancy, infertility

For citation:

Sharipov G.N.
Clinical and reproductive characteristics of operated patients with ectopic pregnancy. Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino". 2022; 3(3): 23-29.

данной патологии, являются подростковая и женщины от 30 до 39 лет [11].

Это связано, более, с ранним началом половой жизни среди современной молодежи, поэтому увеличивается число аборт из-за наступления нежелательной беременности, увеличением числа женщин, решивших завести ребенка в возрасте старше 35 лет (возраст повышенного риска течения беременности), широким применением технологий ЭКО, более широкое распространение заболеваний, передающиеся половым путём (ЗППП), и, соответственно, вызванных воспалительными заболеваниями органов малого таза [12-14].

Самой частой разновидностью данной патологии является трубная форма внематочной беременности, которая встречается в 97-99% случаев [15].

Разрывы трубы, внутрибрюшное кровотечение, раз-

витие спаечного процесса, и, как следствие его, трубно-перитонеального бесплодия в отдалённые сроки после проведения оперативного вмешательства, определяют актуальность совершенствования диагностики и лечения данной формы эктопической беременности. Согласно имеющимся данным, в 30% случаев после проведения хирургических вмешательств, при прогрессирующей трубной беременности, наблюдается наступление рецидивов [15-17].

В большей половине случаев у пациенток, перенесших оперативное лечение, по поводу эктопической беременности развилось бесплодие, в 8-20% - повторная эктопическая беременность [18-20].

Цель исследования. Изучить клиническую и репродуктивную характеристику прооперированных больных с внематочной беременностью.

Материалы и методы. Объектом для ретроспек-

тивного исследования стали 140 больных, прооперированных с внематочной беременностью, поступивших в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ г. Душанбе, в экстренном порядке за период с 2004 по 2014 годы.

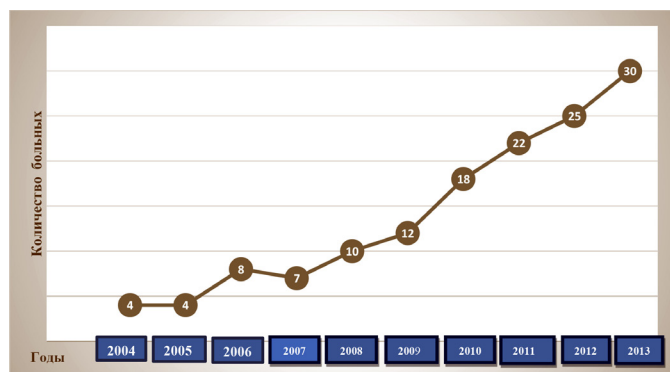
Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладного пакета «Statistica 6.0» (StatSoft Inc., USA). Для абсолютных величин вычисляли среднее значение и ошибку среднего ($M \pm m$), значения разностной и вариационной статистики по Стьюденту.

Результаты и их обсуждение. Возраст 140 прооперированных женщин колебался в пределах от 19 до 40 лет. Средний возраст больных составил $29,4 \pm 4,1$ лет. В основном, внематочной беременностью страдали женщины в активном репродуктивном возрасте от 25 до 34 лет (62,9%). Реже поступили больные в возрасте старше 40 (2,9%) лет (табл. 1). Из числа поступивших 127 больных (90,7%) были городскими жительницами, 13 (9,3%) – из сельской местности. Среди этих женщин 43 (30,7%) были работницами различных сфер, остальные 97 (69,3%) – были домохозяйками.

Таблица 1. Возрастные группы больных

Возрастные группы	Число больных	Процент	Средний возраст ($M \pm m$)
19-24 года	26	18,5	$22,1 \pm 2,6$
25-29 лет	48	34,3	$26,7 \pm 4,7$
30-34 года	40	28,6	$32,2 \pm 2,7$
35-39 лет	22	15,7	$36,7 \pm 1,9$
40-44 лет	4	2,9	$42,5 \pm 0,7$
Всего:	140	100	$29,4 \pm 4,1$

Из общего числа больных у 73 (52,1%) ранее были



выполнены все оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

Рис. Динамика поступления больных с внематочной беременностью по годам

На рисунке представлена динамика поступления больных с внематочной беременностью по годам, где отмечена стойкая тенденция налаживания потока больных с ежегодным возрастанием.

Как видно из диаграммы, наибольшее поступление больных наблюдалось за последние четыре года, что связано с повышенной информированностью населения и готовности к сотрудничеству акушерско-гинекологи-

ческих стационаров с отделением восстановительной хирургии. Если на начальных этапах почти весь обратившийся контингент относился к жителям столицы, то в последние годы стали поступать больные из сельской местности. По мере увеличения количества успешных случаев восстановления проходимости маточной трубы стал налаживаться поток пациентов из других городских и районных родильных домов/отделений.

Как показали анамнестические данные (табл. 2), ранний возраст наступления менархе был отмечен у 2 (1,4%) больных, позднее менархе у 42 (30%) пациенток. Помимо позднего менархе, дисменорея наблюдалась у 59 (42,1%) случаях и гипоолигоменорея – у 22 (15,7%) случаев.

Таблица 2. Возраст наступления менархе (n = 140)

Возрастные группы	Число больных	Процент
до 11 лет	2	1,4%
12-14 лет	96	68,6%
15-18 лет	42	30,0%
Всего:	140	100

Около половины женщин в анамнезе имели срочные роды. Примечательно, что даже с паритетом 3 и более, женщины поступали с желанием восстановить маточную трубу, категорически отказываясь от применения радикальной операции.

Среди 62 (44,3%) больных, имевшие в анамнезе внематочную беременность, до обращения перенесли тубэктомия, имея первичное и вторичное бесплодие до наступления трубной беременности. Характеристика репродуктивной функции приведена в таблице 3.

Таблица 3. Характеристика репродуктивной функции у больных на момент обращения

Показатели репродуктивной функции	Всего	
	число	процент
Срочные роды в анамнезе, из которых:	78	55,7
паритет (1)	38	27,1%
паритет (2)	23	16,4%
паритет (3 и более)	17	12,1%
Бесплодие (первичное и вторичное)	62	44,3
Медицинские аборты	21	15,0
Ранние самопроизвольные выкидыши	19	10,7
Внематочная беременность	62	22,9
Использование контрацепции	15	10,7
Всего:	140	100%

В 17 (12,1%) случаях был диагностирован разрыв маточной трубы, в 9 (6,4%) случаях, среди которых была восстановлена проходимость маточной трубы. Больные с посттромботической болезнью (ПТБ) поступили с неразорвавшейся маточной трубой в 131 (93,6%) случае. Согласно официальной статистике (2015 г.) [21] только в г. Душанбе за год 374 больным были выполне-

ны тубэктомии, а по республике за тот же период было зафиксировано 950 случаев. Следует также отметить, что первичный отбор больных, желающих сохранить фертильность, происходит на этапе до поступления в отделение восстановительной хирургии. Как было отмечено выше, среди обратившихся пациенток около половины страдают первичным или вторичным бесплодием.

Обязательным обследованием у женщин с внематочной беременностью стал инфекционный скрининг на заболевания, передающиеся половым путём. Выявлен высокий процент перенесённых инфекций, передаваемых половым путём, особенно, в группе прооперированных больных с бесплодием.

Результаты лабораторного метода исследования показали, что у 94 (67,1%) прооперированных больных в анамнезе были подвержены микс-инфекциям, особенно, в сочетании с хламидиозом, цитомегаловирусом, микоплазмозом или уреоплазмозом.

Анализ полученных данных показал, что среди прооперированных женщин из-за ПТБ у 62 (44,3%) больных вторичное бесплодие превалирует над первичным (32,1% против 12,1%).

В ходе изучения анамнеза больных был выявлен высокий процент ранних и поздних выкидышей, неразвивающихся беременностей, внематочных беременностей, а также искусственных аборт, что могло стать причиной наступления трубной беременности.

В удовлетворительном состоянии на момент госпитализации находилась 101 (72,1%) больная, в состоянии средней тяжести - 37 (26,4%), в тяжёлом состоянии - 2 (1,4%).

Степень тяжести состояния больных зависела, в основном, от гестационного срока развития беременности, а также состояния поражённой трубы.

В таблице 4 представлена зависимость точности УЗИ-диагностики от гестационного срока, размера плодного яйца и состояния маточной трубы. Данные приведены с учётом расположения патологического процесса в ампулярном и фимбриальном отделах. Такое расположение встречается с частотой, превышающей 90%. Данные были получены в ходе сопоставления размеров плодного яйца со сроком гестации. При локализации в истмическом отделе заболевание протекает гораздо скоротечно, разрыв происходит на 3-4 недели срока гестации.

Таблица 4. УЗИ-диагностика трубной беременности в зависимости от сроков гестации и состояния трубы

Геста- ционный срок	На 3-4 не- деле	На 5 не- деле	На 6 не- деле	На 7 неделе	На 8 неде- ле
Диаметр плодного яйца	<12 мм	12-18 мм	18-22 мм	22-24 мм	24-30 мм
Данные УЗИ плода	Сомни- тельные УЗИ- признаки	Чёткие УЗИ-при- знаки трубной беремен- ности	Вероятен разрыв ма- точной трубы		

Как видно из таблицы, современные методы УЗИ-диагностики позволяют с большей уверенностью утверждать о прогрессирующей трубной беременности лишь на 5-6 неделе гестационного развития, в то время как на 7-8 неделе, а иногда и в более ранние сроки, происходит её разрыв. Исходя из этого, можно предположить, что от момента обнаружения ПТБ, в распоряжении специалистов остаётся только лишь несколько дней, а иногда часов, чтобы вовремя доставить больного в стационар, прежде, чем произойдёт разрыв маточной трубы.

В ходе проведения операции была изучена сопутствующая патология у больных с вибрационной болезнью (ВБ). Структура сопутствующих заболеваний, выявленных интраоперационно, представлена в таблице 5.

Таблица 5. Сопутствующие операции, выполненные больным с прогрессирующей трубной беременностью

Название операций	Право- сторон- няя	Левосторон- няя	Двух- сторон- няя	Итого
Кистэктомия	6	4	-	10
Резекция яичника	4	6	2	12
Неофимбри- опластика на противо- положной стороне	2	6	-	8

Наиболее часто встречалось сочетание её с поликистозом яичников, а также с миоматозными узлами различной выраженности и размеров. Особое внимание обращает на себя частое наличие вторичного аппендицита (n=10) у больных с ВБ в каждом из случаев, встречавшихся лишь при правостороннем расположении патологического процесса.

В пяти случаях больные обратились за хирургической помощью в отделение малоинвазивной хирургии, где им была проведена попытка лапароскопической операции. Однако, из-за обильного кровотечения, позднего обращения и недостаточного оперативного обзора, пациентам экстренно провели лапаротомию с восстановлением маточных труб.

В четырёх случаях, во время оперативного вмешательства у больных, имевших в анамнезе предыдущую тубэктомия, была обнаружена излишне длинная культя удалённой трубы, причём в трёх из них плодное яйцо локализовалось, именно, в культе. В одном случае параллельно с развитием ПТБ в противоположной от культы трубе, в ней самой располагалась киста размером 2,0x3,0 см. Во всех случаях культя были удалены, предварительно прошиты и перевязаны у своего основания.

Массивные спайки между органами малого таза и тонким кишечником наблюдались в 23 случаях, что довольно-таки осложняло проведение оперативного вмешательства. В частности, возникали сложности с выведением матки из раны. Спайки иссекались при помощи скальпеля и коагулятора, под строгим визуальным контролем и способом пальпации, во избежание повреж-

дения кишечника. В одном случае, из-за расположения плодного яйца в истмическом отделе трубы, была выполнена транспозиция дистальной части левой маточной трубы на культю справа.

Согласно данным литературы, у каждой четвертой женщины, перенёвшей эктопическую трубную беременность, наблюдается рецидив заболевания, у каждой пятой - развитие спаечного процесса в малом тазу, у 60-80% женщин - развитие вторичного бесплодия [15].

Репродуктивные потери при эктопической беременности связаны с возникновением вторичного трубно-перитонеального бесплодия, а также развитием спаечного процесса в малом тазу и повторной эктопической беременностью [22, 23].

Трубно-перитонеальное бесплодие является самым частым видом бесплодия у женщин [24]. По данным ряда авторов, после органосохраняющих операций, бесплодие наблюдается в 34,25±13,60% случаев, после радикальных - в 48,39±12,94%. У отдельных авторов эти цифры колеблются от 16 до 76% [25, 26].

Как видно из вышеприведённых данных, одна из основных целей проведения оперативного лечения при вибрационной болезни - это сохранение репродуктивной функции женщины, которое не всегда достигается после операции.

Процесс спайкообразования, являющийся основной причиной развития трубно-перитонеального бесплодия, до настоящего времени остаётся не до конца изученным.

Заключение. В ходе исследования был выявлен высокий процент ранних и поздних выкидышей, неразвивающихся беременностей, внематочных беременностей, а также искусственных аборт, что могло стать причиной наступления трубной беременности. Репродуктивные потери при эктопической беременности связаны с возникновением вторичного трубно-перитонеального бесплодия, а также развитием спаечного процесса в малом тазу, и повторной внематочной беременностью.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Комличенко Э.В., Цивьян Б.Л., Уракова Р.В. Внематочная беременность – современные аспекты диагностики и лечения. Клинико-экономический эффект использования современных медицинских технологий в лечении трубной беременности. Журнал акушерства и женских болезней. 2003; 3(3): 28-33. Komlichenko E.V., Tsiv'yan B.L., Urakova R.V. Vnematohnaya beremennost' – sovremennyye aspekty diagnostiki i lecheniya. Kliniko-ekonomicheskii effekt ispol'zovaniya sovremennykh meditsinskikh tekhnologiy v lechenii trubnoy beremennosti [Ectopic pregnancy - modern aspects of diagnosis and treatment. Clinical and economic effect of the use of modern medical technologies in the treatment of tubal pregnancy]. Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2003; 3(3): 28-33.
2. Адамов М.М., Ткачева Н.Ю., Ефетов К.А. Применение Трипторелина в послеоперационном периоде у женщин с эктопической беременностью и генитальным эндометриозом. Таврический медико-биологический вестник. 2009; Т.12, №1 (45). С.7-9. Adamov M.M., Tkacheva N.YU., Yefetov K.A. Primeneniye Triptorelina v posleoperatsionnom periode u zhenshchin s ektopicheskoy beremennost'yu i genital'nym endometriozom [Use of Triptorelin in the postoperative period in women with ectopic pregnancy and genital endometriosis]. Tavricheskiy mediko-biologicheskii vestnik. 2009; T.12, №1 (45). S.7-9.
3. Карсыбекова Р.К. Особенности оперативного лечения внематочной беременности в современных условиях. Хабаршысы. 2010; 5(50): 67-69. Karsybekova R.K. Osobennosti operativnogo lecheniya vnematohnoy beremennosti v sovremennykh usloviyakh [Features of surgical treatment of ectopic pregnancy in modern conditions]. Khabarshysy. 2010; 5(50): 67-69.
4. Мазитова М.И., Ляпахин А.Б. Репродуктивное здоровье женщин после трубной беременности. Трудный пациент. 2010; 8(8): 25-26. Mazitova M.I., Lyapakhin A.B. Reproductivnoye zdorov'ye zhenshchin posle trubnoy beremennosti [Reproductive health of women after tubal pregnancy]. Trudnyy patsiyent. 2010; 8(8): 25-26.
5. Лившиц И.В., Рыбалка А.Н., Сулима А.Н. Эктопическая беременность в фаллопиевой трубе контралатеральной по отношению к яичнику. Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. 2011; 1(3-4): 79-82. Livshits I.V., Rybalka A.N., Sulima A.N. Ektopicheskaya beremennost' v fallopiyevoy trube kontralateral'noy po otnosheniyu k yaichniku [Ectopic pregnancy in the fallopian tube contralateral to the ovary]. Krymskiy zhurnal eksperimental'noy i klinicheskoy meditsiny. 2011; 1(3-4): 79-82.
6. Коротовских Л.И., Прохоров В.Н. Оптимизация ранней дифференциальной диагностики трубной беременности. Акушерство. Гинекология. 2008; 2 (42): 81-83. Korotovskikh L.I., Prokhorov V.N. Optimizatsiya ranney differentsial'noy diagnostiki trubnoy beremennosti [Optimization of early differential diagnosis of tubal pregnancy]. Akusherstvo. Ginekologiya. 2008; 2 (42): 81-83.
7. Рыбников С.В., Артамонов В.А., Чунарев В.Ф. Эндоскопическое лечение женщин с прогрессирующей внематочной беременностью. Бюллетень сибирской медицины. 2006; 1: 157-158. Rybnikov S.V., Artamonov V.A., Chunarev V.F. Endokhirurgicheskoye lecheniye zhenshchin s progressiruyushchey vnematohnoy beremennost'yu [Endoscopic treatment of women with progressive ectopic pregnancy]. Byulleten' sibirskoy meditsiny. 2006; 1: 157-158.
8. Morse C.B., Sammel M.D., Shaunik A., Allen-Taylor L., Oberfoell N.L., Takacs P., Barnhart K.T. Performance of human chorionic gonadotropin curves in women at risk for ectopic pregnancy: exceptions to the rules. Fertility and sterility. 2012; 97(1): 101-106.
9. Martínez-Varea A., Hidalgo-Mora J.J., Payá V., Morcillo I., Martín E., Pellicer A. Retroperitoneal ectopic pregnancy

- after intrauterine insemination. *Fertility and sterility*. 2011; 95(7): 2433-2433.
10. Lozoya T, Domínguez F, Romero-Ruiz A, Steffani L, Martínez S, Monterde M, Tena-Sempere M. The Lin28/Let-7 System in Early Human Embryonic Tissue and Ectopic Pregnancy. *PloS one*. 2014; 9(1): 76-98.
 11. Каушанская Л.В. Медицинские и организационные аспекты диагностики внематочной беременности на догоспитальном этапе. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2009; 7 (112): 88-92. Kaushanskaya L.V. Meditsinskiye i organizatsionnyye aspekty diagnostiki vnematochnoy beremennosti na dogospital'nom etape [Medical and organizational aspects of the diagnosis of ectopic pregnancy at the prehospital stage]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2009; 7 (112): 88-92.
 12. Фролова Н.И. Гинекологическая заболеваемость студенток, как следствие гендерного поведения риска. *Забайкальский медицинский вестник*. 2010; 2: 10-13. Frolova N.I. Ginekologicheskaya zabolovayemost' studentok kak sledstviye gendernogo povedeniya riska [Gynecological morbidity among female students as a consequence of gender risk behavior]. *Zabaykal'skiy meditsinskiy vestnik*. 2010; 2: 10-13.
 13. Чернова И.С., Адамян Л.В., Козаченко А.В. Репродуктивная функция женщин после лечения эктопической беременности. *Пробл. репрод.* 2009; Спец. Вып.: 253. Chernova I.S., Adamyan L.V., Kozachenko A.V. Reproductivnaya funktsiya zhenshchin posle lecheniya ektopicheskoy beremennosti [Reproductive function of women after treatment of ectopic pregnancy]. *Probl. reprod.* 2009; Spets. Vyp.: 253.
 14. Науменко А.А. Современные методы диагностики редких форм внематочной беременности. *Вестник РГМУ*. 2011; Спец.вып. 2: 34-38. Naumenko A.A. Sovremennyye metody diagnostiki redkikh form vnematochnoy beremennosti [Modern methods for diagnosing rare forms of ectopic pregnancy]. *Vestnik RGMU*. 2011; Spets.vyp. 2: 34-38.
 15. Катаева Е.Ю., Асымбекова Г.У., Сарымсакова Т.А. Результаты консервативного лечения и органосохраняющих операций при внематочной беременности. *Вестник КРСУ*. 2012; 12(9): 68-70. Katayeva Ye.Yu., Asymbekova G.U., Sarymsakova T.A. Rezul'taty konservativnogo lecheniya i organosokhranyayushchikh operatsiy pri vnematochnoy beremennosti [The results of conservative treatment and organ-preserving operations in ectopic pregnancy]. *Vestnik KRSU*. 2012; 12(9): 68-70.
 16. Рубцова О.Ю. Усовершенствование методов реабилитации с целью коррекции фертильности при трубной беременности. *Бюллетень медицинских интернет - конференций*. 2013; 3: 72. Rubtsova O.YU. Uovershenstvovaniye metodov reabilitatsii s tsel'yu korrektsii fertil'nosti pri trubnoy beremennosti [Improving rehabilitation methods to correct fertility in tubal pregnancy]. *Byulleten' meditsinskikh internet - konferentsiy*. 2013; 3: 72.
 17. Шарипов Г.Н., Ходжамурадова Д.А., Ходжамурадов Г.М., Саидов М.С. Особенности ультразвукового исследования больных с трубной формой внематочной беременности. *Вестник Авиценны*. 2016; 2 (67): 38-41. Sharipov G.N., Khodzhamuradova D.A., Khodzhamuradov G.M., Saidov M.S. Osobennosti ul'trazvukovogo issledovaniya bol'nykh s trubnoy formoy vnematochnoy beremennosti [Features of ultrasound examination of patients with tubal ectopic pregnancy]. *Vestnik Avitsenny*. 2016; 2 (67): 38-41.
 18. Яковлева Н.В. Значение органосохраняющего подхода в лечении пациенток с внематочной беременностью. *Медицина в Кузбассе*. 2009; 4: 106-109. Yakovleva N.V. Znacheniyе organosokhranyayushchego podkhoda v lechenii patsiyentok s vnematochnoy beremennost'yu [The value of the organ-preserving approach in the treatment of patients with ectopic pregnancy]. *Meditsina v Kuzbasse*. 2009; 4: 106-109.
 19. Van Mell, N.M., Mol F., Ankum W.M., Mol B.W., Van Der Veen F, Hajenius P.J. Ectopic pregnancy: how the diagnostic and therapeutic management has changed. *Fertility and sterility*. 2012; 98(5): 1066-1073.
 20. Odejinmi F, Sangrithi M, Olowu O. Operative laparoscopy as the mainstay method in management of hemodynamically unstable patients with ectopic pregnancy. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2011; 18(2): 179-183.
 21. Здоровье населения и деятельность медицинских учреждений в 2014 г. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Республиканский центр статистики и медицинской информации. 2015: 401. Zdorov'ye naseleniya i deyatel'nost' meditsinskikh uchrezhdeniy v 2014 g. [Health of the population and activities of medical institutions in 2014]. *Ministerstvo zdravookhraneniya i sotsial'noy zashchity naseleniya Respubliki Tadzhikistan. Respublikanskiy tsentr statistiki i meditsinskoй informatsii*. 2015: 401.
 22. Евтушенко И.Д., Рыбников С.В. Сравнительная оценка различных эндохирургических методов в лечении прогрессирующей трубной беременности. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2005; 1: 76-78. Yevtushenko I.D., Rybnikov S.V. Sravnitel'naya otsenka razlichnykh endokhirurgicheskikh metodik v lechenii progressiruyushchey trubnoy beremennosti [Comparative evaluation of various endosurgical techniques in the treatment of progressive tubal pregnancy]. *Mat' i ditya v Kuzbasse*. 2005; 1: 76-78.
 23. Рязанцев Е.Л., Рязанцев М.Е. Реконструктивно-пластическая хирургия в гинекологии. Учебное пособие для врачей акушер-гинекологов и хирургов. Рязань. 2004: 93. Ryazantsev Ye.L., Ryazantsev M.Ye. Rekonstruktivno-plasticheskaya khirurgiya v ginekologii [Reconstructive plastic surgery in gynecology. Textbook for obstetrician-gynecologists and surgeons]. *Uchebnoye posobiye dlya vrachey*

- akusher-ginekologov i khirurgov Ryazan'. 2004: 93.
24. Горин В.С. Эндохирургическое лечение гидросальпинксов у женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза. Сибирский медицинский журнал. 2007; 6: 31-33. Gorin V.S. Endokhirurgicheskoye lecheniye gidrosal'pinksov u zhenshchin s besplodiyem trubno-peritonal'nogo geneza [Endosurgical treatment of hydrosalpinx in women with tubal-peritoneal infertility]. Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. 2007; 6: 31-33.
25. Радзинский В.Е., Цыганкова Л.А. Хирургическая тактика, исходы и прогноз лечения острых гинекологических заболеваний. Журнал акушерства и женских болезней. 2006; Спец.вып.: 21-24. Radzinskiy V.Ye., Tsygankova L.A. Khirurgicheskaya taktika, iskhody i prognoz lecheniya ostrykh ginekologicheskikh zabolevaniy [Surgical tactics, outcomes and prognosis of treatment of acute gynecological diseases]. Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2006; Spets.vyp.: 21-24.
26. Козуб М.Н., Козуб Н.И. Репродуктивное здоровье пациенток после лапароскопического лечения трубной беременности. Таврический медико-биологический вестник. 2011; 14(3): 115-118. Kozub M.N., Kozub N.I. Reproductivnoye zdorov'ye patsiyenok posle laparoskopicheskogo lecheniya trubnoy beremennosti [Reproductive health of patients after laparoscopic treatment of tubal pregnancy]. Tavricheskiy mediko-biologicheskii vestnik. 2011; 14(3): 115-118.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

FINANCING

There was no financial support.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

CONFLICT OF INTEREST

The author declares no conflict of interest.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

***Шарипов Гайратшох Нусратуллович** – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения восстановительной хирургии, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

E-mail: gairat16041986@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-2279-6228

INFORMATION ABOUT AUTHOR:

***Sharipov Gairatshokh Nusratulloevich** – Candidate of Medical Sciences, Researcher of the Department of Reconstructive Surgery, Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery.

E-mail: gairat16041986@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-2279-6228

*** Автор для корреспонденции.**

Выбор лечения послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти

А.Р. Бобоев

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Аннотация

Важность изучаемой проблемы заключается в том, что послеожоговые рубцовые контрактуры большого пальца кисти относятся к тяжёлой патологии, приводящей к инвалидизации 40-52% больных. Устранение рубцовых контрактур следует проводить после завершения процессов созревания рубцов, за исключением случаев с тяжёлым нарушением функции сустава и высоким риском развития вторичных деформаций со стороны опорно-двигательного аппарата при откладывании оперативного вмешательства. Совершенствование хирургической тактики и способов оперативных вмешательств послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти позволяют получить хорошие и удовлетворительные результаты.

Ключевые слова:

контрактура большого пальца кисти, послеожоговые рубцовые контрактуры, рубцы, обзор

Для цитирования:

Бобоев А.Р. Выбор лечения послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2022; 3(3): 30-34.

Актуальность. Послеожоговые рубцовые контрактуры большого пальца кисти являются, наиболее, часто встречающимися видами послеожоговых контрактур кисти, которые вызывают значительные нарушения её функций [1-3].

Эти контрактуры характеризуются нарушением главной функции большого пальца кисти – противопоставление к длинным пальцам, что сопровождается не только нарушением движений самого большого пальца, но и других соседствующих пальцев, нарушением, в целом, функций кисти более чем на 50% [4]. При этом послеожоговые рубцовые контрактуры большого пальца очень часто сопровождаются другими видами контрактур и деформаций кисти, значительно осложняя задачи хирургического лечения таких больных [5, 6].

В последние годы значительно возросло число больных с послеожоговыми рубцовыми контрактурами, что связано с увеличением частоты получения ожога и большей выживаемостью обожжённых больных [7]. Особое место среди последствий ожогов занимают послеожоговые контрактуры кисти, так как последняя, как одна из самых сложных ор-

ганов, является функционально наиболее важным сегментом опорно-двигательного аппарата.

Послеожоговые рубцовые контрактуры большого пальца кисти относятся к тяжёлой патологии, очень часто приводящей к инвалидизации пострадавших. Как указывают большинство авторов, отмечается постоянный рост частоты послеожоговых рубцовых контрактур пальцев кисти с развитием инвалидности у 40-52% больных с этой патологией. Одни авторы, изучив частоту возникновения ожогов и локализацию обожжённых участков, в своих работах приводят, что 89% обожжённых имеют ожоги одной или обеих рук, а согласно данным других авторов, у 85% обожжённых больных имеют место ожоги кисти различной степени [8]. По данным некоторых авторов, рубцовые деформации кисти составляют 25-40% от всех послеожоговых деформаций, а у детей достигают до 66%. Считается, что одним из самых частых осложнений ожога кисти является контрактура большого пальца [9].

Достижениями последних лет значительно улучшено качество лечения обожжённых больных, разработаны многочисленные способы профилактики

DOI: 10.54538/27075265_2022_3_3_30

Choice of treatment for post-burn scars contracture of the thumb

A.R. Boboev

State Institution "Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Abstract

The importance of the problem under study lies in the fact that post-burn cicatricial contractures of the thumb are a severe pathology leading to disability in 40-52% of patients. The elimination of cicatricial contractures should be carried out after the completion of the processes of scar maturation, except for cases with severe dysfunction of the joint and a high risk of developing secondary deformities of the musculoskeletal system when postponing surgery. Improving the surgical tactics and methods of surgical interventions for post-burn cicatricial contractures of the thumb allows you to get good and satisfactory results.

Key words:

thumb contracture, post-burn cicatricial contractures, scars, review

For citation:

Boboev A.R. Choice of treatment for post-burn scars contracture of the thumb. Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino". 2022; 3(3): 30-34.

развития послеожоговых контрактур, созданы различные устройства и приспособления для профилактики и лечения таких контрактур. Тем не менее, послеожоговые контрактуры пальцев кисти встречаются достаточно часто, и в самых разнообразных вариантах.

По данным К.А. Афоничева и соавт., рубцовые контрактуры пальцев кисти по частоте занимают первое место среди всех послеожоговых рубцовых деформаций. Среди них 22,2% случаев имеют сочетание нескольких видов рубцовых деформаций пальцев кисти [10]. Для определения тяжести послеожоговой контрактуры большого пальца кисти нами в доступной литературе не найден объективный способ. Имеется много работ, где приводятся различные варианты послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти, а относительно степени тяжести таких контрактур сообщений нет. Что же касается длинных пальцев, то в большей или меньшей степени имеются критерии, по которым можно определить тяжесть сгибательных контрактур.

Послеожоговая рубцовая сгибательная контрактура (ПРСК) встречается в виде изолированной контрактуры одного пальца, двух и более пальцев - лёгкой, средней и тяжёлой степени. Таким образом, формируется один или два рубцовых тяжа, распространяющихся от дистальной фаланги пальцев до уровня пястно-фаланговых суставов. Так, ПРСК двух и более пальцев, как правило, сочетается с рубцовым сращением межпальцевого промежутка, которые де-

лят на 3 вида: ладонную (palmar web contracture), тыльную (dorsal web contracture) и межпальцевую, так называемую, рубцовую синдактилию (interdigital contractures – syndactyly type).

T.S.Roh et al. (2000) межпальцевые контрактуры отмечают у 75% больных с последствиями ожога кисти. Приводящую контрактуру первого межпальцевого промежутка V.M. Grishkevich (2011) разделяет на 3 вида: краевую (ладонную или тыльную), срединную и полную приводящую рубцовую контрактуру без наличия складки [11].

О возможностях консервативного лечения послеожоговых контрактур большого и длинных пальцев кисти имеется мало сообщений и, в основном, они направлены на изучение возможностей профилактики развития послеожоговых контрактур у обожженных больных в ранние сроки [12-15].

Различные устройства и аппараты разработаны, внедрены в клиническую практику и широко используются также для лечения послеожоговых рубцовых контрактур и деформаций [16-18].

Ранняя кожная пластика ожоговых ран, наряду с важным моментом в лечении обожженных считается одной из значимых профилактических мер при ожогах кисти. Тем не менее, около половины больных после кожной пластики свежих ожоговых ран обращаются к реконструктивным операциям из-за различных контрактур пальцев кисти.

Всё же консервативное лечение послеожоговой рубцовой контрактуры большого пальца кисти не

является самостоятельным способом лечения, а лишь только дополняет хирургическое, как восстановительное реабилитационное лечение (физиопроцедуры, лечебная физкультура, лечебные гимнастические упражнения и т.д.) [19].

В настоящее время основным способом лечения послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти всё же считается хирургическое вмешательство. Рубцовые контрактуры пальцев являются прямым показанием к реконструктивной хирургии [20].

Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых контрактур пальцев кисти остаётся серьёзной проблемой для хирургов, занимающихся лечением данной патологии. Обоснованием хирургического вмешательства в области первого межпальцевого промежутка является наличие приводящей контрактуры большого пальца или же нарушение функций большого пальца кисти в связи с наличием стягивающих рубцов [11].

Для выполнения оперативных вмешательств необходимо установить оптимальные сроки, о которых свидетельствуют противоречивые взгляды.

Одни авторы [21] рекомендуют устранить послеожоговые контрактуры в сроках от 6 до 12 месяцев после получения ожога, а другие исследователи придерживаются только своей точки зрения, и оперативные вмешательства проводят в более ранние сроки.

Как считает R.S. Schwarz (2007), раннее оперативное лечение контрактуры показано при угрозах развития вторичных деформаций со стороны костно-суставной системы конечности [21]. Аналогичного мнения, ссылаясь на исследования D.G. Greenhalgh et al., придерживаются в своей работе Дрезинский С.В. с соавт. (1983), считая, что раннее устранение контрактуры не приведёт к плохим результатам. Они считают, что нет необходимости ждать созревания рубца [22]. В.М. Гришкевич с соавт. (1988) также считают, что операцию по устранению послеожоговой контрактуры большого пальца кисти можно выполнить через 2-3 месяца после заживления ожоговых ран, а не через 1-2 года, как это общепринято, если использовать при этом предложенный ими способ трапециевидных кожно-жировых лоскутов из неповреждённых участков [23]. По мнению Ф.А. Махди, при раннем выполнении операции на фоне несформированных и незрелых рубцов очень высок риск возникновения послеоперационных осложнений [24].

Всё же большинство исследователей считают, что устранение рубцовых контрактур следует проводить после завершения процессов созревания рубцов. У этих авторов однозначное мнение о том, что

хирургическое лечение рубцовых контрактур должно проводиться в фазе инволюции рубцов. Особенно при невыраженных рубцовых контрактурах оперативное вмешательство рекомендуется откладывать до завершения процессов формирования рубца, т.е. 12-18 месяцев после получения ожога. Лишь в случаях прогрессирования стягивающих рубцов и тяжёлых контрактур рекомендуется выполнять оперативные вмешательства в ранние (через 6-8 месяцев после ожога) сроки [25-28].

К.А. Афоничев с соавт. (2010) считают, что оперативное вмешательство должно проводиться на фоне созревших рубцов. Причём, с их точки зрения, возникновение новых стягивающих рубцов при правильном и успешном хирургическом лечении не должно рассматриваться, как рецидив контрактуры. Здесь речь идёт о дисгармонии в росте и развитии здоровых и рубцово-изменённых тканей. Более того, подчёркивается, что необходимость в дополнительных корригирующих операциях в отдалённые сроки не должна быть поводом для откладывания первого этапа хирургического лечения, поскольку могут возникнуть вторичные изменения и деформации [29].

Как известно, послеожоговые рубцовые контрактуры большого и длинных пальцев кисти характеризуются резким дефицитом кожных ресурсов, пригодных для реконструктивно-восстановительных вмешательств, что в значительной степени затрудняет лечение этих больных. При этом рубцовые контрактуры пальцев в 5,6-45,5% случаев сочетаются с рубцовым сращением межпальцевых промежутков, что является одним из наиболее тяжёлых проявлений ожоговых деформаций кисти [30-33].

Особое место среди них занимают послеожоговые рубцовые контрактуры большого пальца с рубцовым сращением первого межпальцевого промежутка. Как отмечает К.С. Мелихов с соавт. (2010), что, даже, при ишемической приводящей контрактуре большого пальца кисти основной проблемой и первоочередной задачей является устранение дефицита кожных покровов [34].

Заключение. Устранение рубцовых контрактур следует проводить после завершения процессов созревания рубцов, за исключением случаев с тяжёлым нарушением функции сустава и высоким риском развития вторичных деформаций со стороны опорно-двигательного аппарата при откладывании оперативного вмешательства.

Совершенствование хирургической тактики и способов оперативных вмешательств послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти позволяют получить хорошие и удовлетворительные результаты.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Ahmed A.S. Reconstruction of postburn contracture of first web space of the hand. *ZUMJ*. 2016; 22(3): 133-141.
- Grishkevich V.M. Postburn dorsal and palmar interdigital comissural contractures: Anatomy and treatment – A new approach. *Advances in Bioscience and Biotechnology*. 2013; 4: 518-530 (<http://www.scirp.org/journal/abb/>).
- Sabapathy S.R. Management of post burn hand deformities. *Indian journal of plastic surgery*. 2010; 43(3): 72-79.
- Gregory H., Heitmann C., Germann G. The evolution and refinements of the distally based dorsal metacarpal artery flaps. *J. of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2007; 60: 731-739.
- Бадюл П.А., Слесаренко С.В. Одноэтапная реконструкция глубоких мягкотканых дефектов кисти тыльно-локтевым перфорантным лоскутом на дистальном основании. *Хирургия Украины*. 2014; 3: 25-32. Badyul P.A., Slesarenko S.V. *Odnoetapnaya rekonstruktsiya glubokikh myagkotkannykh defektov kisti tyl'no-loktevym perforantnym loskutom na distal'nom osnovanii* [One-stage reconstruction of deep soft tissue defects of the hand with a dorsal-ulnar perforator flap on the distal base]. *Khirurgiya Ukrainy*. 2014; 3: 25-32.
- Яковлев С.В. Кожно-пластические операции при ожогах и послеожоговой деформации кисти. *Фундаментальные исследования*. 2015; 1-6: 1253-1259. Yakovlev S.V. *Kozhno-plasticheskiye operatsii pri ozhogakh i posleozhogovoy deformatsii kisti* [Skin plastic surgery for burns and post-burn hand deformity]. *Fundamental'nyye issledovaniya*. 2015; 1-6: 1253-1259.
- Дмитриев Г.И., Петров С.В., Алейников А.В., Дмитриев Д.Г., Арефьев И.Ю. Метод distraction в лечении тяжёлых послеожоговых деформаций и контрактур. *Гений ортопедии*. 2006; 1: 34-37. Dmitriyev G.I., Petrov S.V., Aleynikov A.V., Dmitriyev D.G., Aref'yev I.YU. *Metod distraktsii v lechenii tyazholykh posleozhogovykh deformatsiy i kontraktur* [Method of distraction in the treatment of severe post-burn deformities and contractures]. *Geniy ortopedii*. 2006; 1: 34-37.
- Eski M., Nisanci M., Sengezer M. Correction of thumb deformities after burn: Versatility of first dorsal metacarpal artery flap. *Burns*. 2007; 33: 65-71.
- Cil Y., Eski M., Isik S. First dorsal metacarpal artery adipofascial flap for thenar burn contracture releasing. *Burns*. 2008; 34: 127-130.
- Афоничев К.А., Филиппова О.В., Баиндурашвили А.Г., Буклаев Д.С. Реабилитация детей с рубцовыми последствиями ожогов: особенности, ошибки, пути решения. *Травматология и ортопедия России*. 2010; 1(55): 80-84. Afonichev K.A., Filippova O.V., Baidurashvili A.G., Buklayev D.S. *Reabilitatsiya detey s rubtsovymi posledstviyami ozhogov: osobennosti, oshibki, puti resheniya* [Rehabilitation of children with cicatricial consequences of burns: features, mistakes, solutions]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii*. 2010; 1(55): 80-84.
- Grishkevich V.M. First web space post-burn contracture types: Contracture elimination methods. *Burns*. 2011; 37: 338-347.
- Haslik W., Kamolz L.P., Lumenta D.B., Hladik M., Beck H., Frey M. The treatment of deep dermal hand burns: how do we achieve better results? Should we use allogeneic keratinocytes or skin grafts?. *Burns*. 2010; 36: 329-334.
- Mohammadi A.A., Bakhshaeekia A.R., Marzban S., Abbasi S., Ashraf A.R., Kazem Mohammadi M., Tavakkolian A.R. Early excision and skin grafting versus delayed skin grafting in deep hand burns (a randomized clinical controlled trail). *Burns*. 2011; 37: 36-41.
- Omar M.T.A., Hasan A.A. Evaluation of hand function after early excision and skin grafting of burns versus delayed skin grafting: A randomized clinical trial. *Burns*. 2011; 37: 707-713.
- Tambuscio A., Governa M., Caputo G., Barisoni D. Deep burn of the hands: Early surgical treatment avoids the need for late revisions?. *Burns*. 2006; 32: 1000-1004.
- Kamath B.J., Bhardwaj P. Adjustable distractor for management of tumb web contracture. *Burns*. 2009; 35: 274-279.
- Воробьев А.В., Дмитриев Г.И., Петров С.В., Алейников А.В., Дмитриев Д.Г., Арефьев И.Ю. Метод distraction в реабилитации обожжённых. *Международный медицинский журнал*. 2006; 3: 101-104. Vorob'yev A.V., Dmitriyev G.I., Petrov S.V., Aleynikov A.V., Dmitriyev D.G., Aref'yev I.YU. *Metod distraktsii v reabilitatsii obozhzhonnykh* [Method of distraction in the rehabilitation of burned patients]. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal*. 2006; 3: 101-104.
- Watson J.T. Boutonniere deformity. *J. hand surg. Am*. 2011; 36(1): 139-142.
- Hundozi-Hysena H., Martinaj M., Muçaj S., Kabashi S., Sylejmani A., Haxholli F., Hysenaj Q. Physiotherapy Approach to a flexor contracture in a Burned Hand after 30 years. *Materia Socio-Medica*. 2010; 22(3): 172.
- Grishkevich V.M. Flexion contracture of finfers: Contracture elimination with trapeze-flap plasty. *Burns*. 2011; 37: 126-133.
- Schwarz J.R. Management of postburn contractures of the upper extremity. *J. Burn Care and Research*. 2007; 28(2): 212-219.
- Дрезинский С.В., Кудрявцев В.А., Шведов Г.П. Восстановительное лечение последствий глубоких ожогов кисти у детей. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 1983; 130(5): 115-117. Drezinskiy S.V., Kudryavtsev V.A., Shvedov G.P. *Vosstanovitel'noye lecheniye posledstviy glubokikh ozhogov kisti u detey* [Restorative treatment of the consequences of deep burns of the hand in children]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova*. 1983; 130(5): 115-117.
- Гришкевич В.М., Салихбаев Б.С., Мятиев Х.Б. Варианты пластики трапециевидными кожно-жировыми лоскутами при послеожоговых краевых деформациях и контрактурах. *Вестник хирургии им. И.И.*

- Грекова. 1988; 12: 50-53. Grishkevich V.M., Salikhbayev B.S., Myatiyev K.H.B. Varianty plastiki trapetsiyevidnymi kozhno-zhirovymi loskutami pri posleozhogovykh krayevykh deformatsiyakh i kontrakturakh [Options for plasty with trapezoid skin-fat flaps for post-burn marginal deformities and contractures]. Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova. 1988; 12: 50-53.
24. Махди Ф.А. Выбор оптимальных сроков реконструктивно-восстановительных операций после ожогов у детей. Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. 1998; 5: 46-48. Makhdi F.A. Vybor optimal'nykh srokov rekonstruktivno-vosstanovitel'nykh operatsiy posle ozhogov u detey [The choice of optimal terms of reconstructive and restorative operations after burns in children]. Ros. vestn. perinatol. i pediatrii. 1998; 5: 46-48.
25. Лимберг А.А. Планирование местно-пластических операций на поверхностях тела. Л.: Медгиз. 1963; 595. Limberg A.A. Planirovaniye mestno-plasticheskikh operatsiy na poverkhnostyakh tela [Planning of local plastic surgeries on body surfaces]. L.: Medgiz. 1963; 595.
26. Богданов С.Б., Бабичев Р.Г. Хирургические аспекты лечения детей с глубокими ожогами тыльной поверхности кистей и стоп. Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2016; 6(1): 57-62. Bogdanov S.B., Babichev R.G. Khirurgicheskiye aspekty lecheniya detey s glubokimi ozhogami tyl'noy poverkhnosti kistey i stop [Surgical aspects of the treatment of children with deep burns of the dorsum of the hands and feet]. Rossiyskiy Vestnik detskoy khirurgii, anesteziologii i reanimatologii. 2016; 6(1): 57-62.
27. Kollali R.E., Ghoneim I., Azemi M.A. V-N plasty for the release of severe postburn contractures. Journal of plastic, reconstructive and aesthetic surgery. 2006; 59: 1424-1428.
28. Kreymerman P.A., Andres L.A., Lukas H.D., Silverman A.L., Smith A.A. Reconstruction of burned hand. Plastic reconstructive surgery. 2011; 127(2): 752-759.
29. Афоничев К.А., Филиппова О.В. Диспансерное наблюдение детей, перенесших ожоги. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2015; 3(1): 32-37. Doi: 10.17816/PTORS3132-37. Afonichev K.A., Filippova O.V. Dispansernoye nablyudeniye detey, perenessikh ozhogi [Dispensary observation of children with burns]. Ortopediya, travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya detskogo vozrasta. 2015; 3(1): 32-37. Doi: 10.17816/PTORS3132-37.
30. Tucker S.C. Reconstruction of severe hand contractures: an illustrative series. Indian journal of plastic surgery. 2011; 44: 59-67.
31. Vuppalapati G., Oberlin` C., Balakrishnan G. Distally based dorsal hand flaps: clinical experience, cadaveric studies and an update. The British Association of Plastic Surgeons. 2004; 57: 653-667.
32. Wassim R., Daniel V. Color atlas of burn reconstructive surgery. Skin graft for burned hand. Berlin Heidelberg. Springer. Germany. 2010; 140-144.
33. Мухамадиева К.М., Артыков К.П., Саидов М.С. Применение гликолевого пилинга в профилактике патологических послеоперационных рубцов кожи. Здравоохранение Таджикистана. 2008; 4: 76-78. Mukhamadiyeva K.M., Artykov K.P., Saidov M.S. Primeneniye glikolevogo pilinga v profilaktike patologicheskikh posleoperatsionnykh rubtsov kozhi [The use of glycol peeling in the prevention of pathological postoperative skin scars]. Zdravookhraneniye Tadjikistana. 2008; 4: 76-78.
34. Мелихов К.С., Родоманова Л.А., Кутянов Д.И. Лечение посттравматических ишемических приводящих контрактур первого пальца кисти. Травматология и ортопедия России. 2010; 4(58): 25-29. Melikhov K.S., Rodomanova L.A., Kutyanov D.I. Lecheniye posttravmaticheskikh ishemicheskikh privodyashchikh kontraktur pervogo pal'tsa kisti [Treatment of post-traumatic ischemic adduction contractures of the thumb]. Travmatologiya i ortopeliya Rossii. 2010; 4(58): 25-29.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

FINANCING

There was no financial support.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

CONFLICT OF INTEREST

The author declares no conflict of interest.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

***Бобоев Акмалджон Рахматуллоевич** – кандидат медицинский наук, научный сотрудник отделения реконструктивно-пластической микрохирургии хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.

E-mail: boboyev-1981@inbox.ru

https://orcid.org/0000-0002-5647-6820

INFORMATION ABOUT AUTHOR:

***Boboev Akmaldzhon Rakhmatulloevich** – Candidate of Medical Sciences, Researcher at the Department of Reconstructive Plastic Microsurgery Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery.

E-mail: boboyev-1981@inbox.ru

https://orcid.org/0000-0002-5647-6820

* **Автор для корреспонденции.**

Правила оформления статей

- 1. Рукопись.** В редакцию Евразийского научно-медицинского журнала «Сино» статьи направляются по адресу: sino-journal@mail.ru, подготовленные в формате MS Word for Windows (иметь расширение *.doc, *.docx, *.rtf). Шрифт – Times New Roman, размер шрифта основного текста – 14, интервал 1,5, абзацный отступ – 1,25. Размер полей: сверху – 2,5 см, снизу – 2,5 см, слева – 3 см, справа – 1,5 см. Все страницы, начиная с титульной, должны быть последовательно пронумерованы.
- 2. Язык подачи статьи.** К публикации в журнале принимаются рукописи из любых стран на русском и английском языках. В случае, если статья написана на русском языке, то обязателен перевод метаданных статьи на английский язык (Ф.И.О. авторов, официальное название учреждений авторов, адреса, название статьи, резюме статьи, ключевые слова, информация для контакта с ответственным автором, а также пристатейный список литературы (References).
- 3. Титульный лист** должен начинаться со следующей информации: название статьи, инициалы и фамилия автора/авторов, полное наименование учреждения, в котором работает каждый автор, в именительном падеже с обязательным указанием статуса организации и ведомственной принадлежности, аннотация (резюме) и ключевые слова через запятой (не менее 5). В ключевые слова обзорных статей следует включать слово «обзор».
- 4. Правила оформления оригинальных статей.** Структура оригинальных статей должна соответствовать формату IMRAD (Introduction, Methods, Results, Discussion). План построения оригинальных статей должен быть следующим: аннотация (резюме) и ключевые слова на русском и английском языках; актуальность (введение); цель исследования; материал и методы; результаты; обсуждение; выводы и список цитированной литературы. Информация о финансовой поддержке работы, гранты, благодарности; указание на конфликт интересов. Объём оригинальных статей — 15-20 страниц.
- 5. Правила оформления обзора литературы.** Обзорная статья должна быть обозначена авторами как (обзор литературы) после названия статьи. Желательно, чтобы составление обзоров соответствовало международным рекомендациям по систематическим методам поиска литературы и стандартам. Резюме обзорных статей должны содержать информацию о методах поиска литературы по базам данных Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library, EMBASE, Global Health, CyberLeninka, PИHЦ и другим. Объём обзорных статей — 20-25 страниц.
- 6. Правила оформления клинических наблюдений.** Клинические наблюдения, оформленные согласно рекомендациям CARE, имеют приоритет. С рекомендациями CARE можно ознакомиться по ссылке <http://care-statement.org>. Объём статьи для описания клинического наблюдения — до 10 страниц.
- 7. Библиографические списки.** В журнале применяется Ванкуверский стиль цитирования (в списке литературы ссылки нумеруются не по алфавиту, а по мере упоминания в тексте независимо от языка, на котором дана работа). Библиография должна содержать помимо основополагающих работ публикации за последние 5-7 лет, прежде всего статьи из журналов, ссылки на высоко цитируемые источники, в том числе из Scopus и Web of Science. В оригинальных статьях желательно цитировать не более 20 источников, в обзорах литературы — не более 40. Библиографические ссылки в тексте статьи обозначаются цифрами в квадратных скобках.
- 8. Оформление пристатейного списка литературы (References).** Учитывая требования международных систем цитирования, библиографические списки входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для международных баз данных.
- 9. Аннотация (резюме) статьи** должна ясно излагать существенные факты работы и включать следующую структуру: цель исследования, материалы и методы, результаты, заключение (выводы) и ключевые слова. Объём текста авторского резюме должен быть от 150 до 250 слов. Англоязычная версия резюме статьи должна по смыслу, структуре и стилю (Objective, Materials and Methods, Results, Conclusion) полностью соответствовать русскоязычной и быть грамотной с точки зрения английского языка.
- 10. Ключевые слова.** Для верного написания ключевых слов на английском следует использовать тезаурус Национальной медицинской библиотеки США <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
- 11. Информация об авторах:** Ф.И.О. полностью, учёная степень, звание, должность, название учреждения с адресом, адрес электронной почты авторов. Для ответственного автора за переписку: Ф.И.О. полностью, учёная степень, звание, должность и место работы и контактная информация (индекс, почтовый адрес, телефон, E-mail). Для каждого автора необходимо указать: SPIN в e-library (<https://elibrary.ru>), Researcher ID (<http://www.researcherid.com>), ORCID ID (<http://orcid.org>).
- 12.** Текст присылаемой рукописи является окончательным и должен быть тщательно выверен и исправлен.