

БЕЛОРУССКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

УДК 617.576.-003.63.-08

ВОЛОТОВСКИЙ
АЛЕКСЕЙ ИГОРЕВИЧ

ОЛЕОГРАНУЛЕМЫ КИСТИ И ИХ
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

14.00.22. - Травматология и ортопедия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Минск - 1995

Работа выполнена на кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ
Минского ордена Трудового Красного Знамени
государственного медицинского института

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор А. А. Губко

кандидат медицинских наук, доцент П. И. Беспальчук

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор А. А. Артишевский

Официальные оппоненты:

Лауреат премии Ленинского комсомола,
доктор медицинских наук, профессор М. Г. Диваков,
кандидат медицинских наук Т. Н. Чудакова.

Оппонирующая организация - Гродненский
государственный медицинский институт

Защита диссертации состоится " " _____ 1995 г. в ___
часов на заседании Совета по защите диссертаций Д 03.04.01.
при Белорусском научно-исследовательском институте травматоло-
гии и ортопедии. 220024 г. Минск, ул. Кижеватова, 60, корп. 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Белорусс-
кого научно-исследовательского института травматологии и орто-
педии.

Автореферат разослан " " _____ 1995 г.

Ученый секретарь
совета по защите диссертаций
профессор

О. И. Шалатонина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Кисть человека – важнейший орган, без которого невозможно выполнение подавляющего числа трудовых операций (А. М. Волкова, 1991). С социальной точки зрения нормальная работа этой ценной части организма жизненно важна для человека (S. Bunnell, 1944). По частоте заболеваний и травм повреждения и болезни кисти остаются социально значимыми в век автоматизации и электроники (Е. В. Усольцева, 1989).

Попадание в ткани кисти различных инородных тел и веществ может привести к нарушению работы совершенной системы костно-суставного и сухожильно-мышечного аппаратов, кровоснабжения и иннервации кисти. К инородным веществам относятся и различного вида маслянистые жидкости, введение которых в ткани вызывает гранулематозное воспаление и развитие заболевания, получившего название олеогранулема (А. И. Абрикосов, 1927; Т. А. Писарева, 1930; Р. С. Брауде, С. М. Гитман, 1941; В. Е. Крыжановский, В. И. Пучков, 1984; А. С. Белов с соавт., 1988; А. Г. Малетин с соавт., 1988; А. И. Акулович с соавт., 1993).

Целью самостоятельного введения маслянистых веществ в кисть чаще всего является желание человека повысить свои "бойцовские" качества. В результате этих инъекций на тыле кисти и в области головок пястных костей образуются опухолевидные образования, утяжеляющие кисть и, якобы, защищающие выступающие при ударе кулаком костные выступы от травматизации. К сожалению, в настоящее время среди молодежи такая процедура приобретает массовый характер. Являясь по сути членовредительством, это "вмешательство" часто осложняется гнойно-некротическими процессами в кисти, что приводит к длительной, а иногда к стойкой нетрудоспособности.

Олеогранулема кисти в литературе описана недостаточно. В основном статьи посвящены последствиям попадания в ткани кисти различных масел из пневматических систем под большим давлением (С. Е. Rees, 1937; R. H. Gelberman et al., 1973; T. L. Roberts et al., 1975; L. Milford, 1982; H. D. Kaufman, 1984). О постинъекционном процессе сообщают в своих работах В. Н. Морзовик, А. В. Мартинович (1991) и М. Г. Диваков, В. П. Дейкало (1994). Анализ данных

русскоязычной и иностранной литературы показал, что вопросы классификации, клинико-морфологической характеристики заболевания не изучены и не систематизированы. Не разработана единая концепция лечения, что является причиной частых неблагоприятных исходов.

Все вышеперечисленное и послужило основанием для выполнения данной работы.

Связь работы с крупными научными программами, темами

Диссертационная работа выполнена по плану научно-исследовательских работ Минского государственного медицинского института и является составной частью темы кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ "Разработка и совершенствование способов лечения тяжелой механической травмы и дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов" Госрегистрация №199545 в Республиканском центре регистрации НИОКР.

Цель исследования

Изучить клинические и морфологические особенности олеогранулем кисти и разработать их комплексное лечение.

Задачи исследования

1. Провести анализ клинических форм олеогранулем кисти и выработать их рабочую классификацию.

2. Изучить в клинике и эксперименте морфологические изменения в тканях кисти после введения маслянистых веществ и определить наиболее оптимальные сроки для оперативного вмешательства.

3. Выявить особенности флегмонозно-абсцедирующих осложнений олеогранулем кисти.

4. Разработать и применить в клинике комплексное лечение олеогранулем кисти, основываясь на предложенной классификации.

5. Изучить ошибки и осложнения при лечении олеогранулем кисти и наметить меры их профилактики.

Научная новизна

В работе впервые в эксперименте были смоделированы олеогранулемы кисти, морфологическими методами изучена их структура и динамика формирования, установлен оптимальный срок удаления патологического очага в раннем постинъекционном периоде (3 месяца).

Предложена рабочая классификация клинических форм олеог-

ранулем кисти по их тяжести - легкая, средняя и тяжелая степени.

Разработан комплексный метод лечения олеогранулем кисти, включающий предоперационную подготовку, тактику и технику оперативного вмешательства, дифференцированное восстановительное лечение в послеоперационном периоде.

При дефектах кожи после иссечения патологического очага рекомендованы: способ местной мостовидной кожной пластики при средней степени тяжести и дермотензии в аппарате Илизарова и ротационной кожной пластики при тяжелой степени заболевания.

Даны тактические рекомендации клиницистам при возникновении флегмонозно-абсцедирующих осложнений олеогранулем кисти.

Практическая ценность работы

Полученные результаты исследования дали возможность обосновать и предложить этапы комплексного лечения олеогранулем кисти, а также тактические и технические приемы оперативного вмешательства в зависимости от длительности, степени выраженности патологического процесса, тяжести дегенеративно-дистрофических изменений в тканях. Способы лечения данной патологии позволили улучшить функциональные и косметические результаты, ускорить реабилитацию больных, определить причины осложнений и меры их профилактики.

Результаты научного исследования внедрены в ортопедо-травматологических отделениях 6-й клинической больницы г. Минска, а также включены в учебную программу по травматологии и ортопедии для студентов 4 курса лечебно-профилактического факультета.

Экономическая значимость полученных результатов

Разработанный метод комплексного лечения сокращает заживление послеоперационных ран, предоставляя возможность более раннего восстановления функции кисти и сокращения сроков лечения, что определенно имеет экономическую эффективность.

Положения, выносимые на защиту

1. Лечение олеогранулем кисти должно быть комплексным, включающим активную предоперационную подготовку, тщательно выполненное хирургическое вмешательство и полный объем послеоперационного восстановительного лечения.

2. Выделение клинических форм по степени тяжести олеогра-

нулем кисти дает наибольшие возможности в выборе правильной тактики лечения, определяя технические особенности каждого этапа.

3. Оперативное вмешательство при средней и тяжелой степени заболевания наряду с иссечением олеогранулематозных масс должно включать удаление трофически измененных кожных покровов и использование для замещения дефекта кожи различных кожно-ластических операций.

Личный вклад соискателя

Автором самостоятельно проведены экспериментальные и клинические исследования, включающие:

1) выполнение моделирования олеогранулемы у 10 беспородных собак;

2) изучение морфометрическим методом удаленного в разные сроки после введения патологического материала у животных в эксперименте и у 30 больных в клинике;

3) соискателем разработаны технические и тактические особенности операций на основе предложенной классификации клинических форм заболевания, самостоятельно произведено 48 оперативных вмешательств, в качестве ассистента принято участие в 15;

4) интерпретация данных, полученных в клинике и эксперименте, обследование 71 пациента на предмет изучения отдаленных результатов осуществлены диссертантом также самостоятельно.

Апробация результатов диссертации

Материалы диссертационной работы доложены на:

- заседании городского общества травматологов-ортопедов 26 января 1995 года;
- итоговой научно-практической конференции в Белорусском НИИ ТО в июне 1995 года.

Опубликованность результатов

Материалы диссертации отражены в одной статье в журнале "Здравоохранение Беларуси" и шести тезисах докладов на различных конференциях.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников. Работа изложена на 112 стра

ницах машинописи, 38 из которых занимают 45 фотографий, 11 таблиц и список использованной литературы, включающий 186 источников: 101 отечественный и 85 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении дана оценка современного состояния лечения олеогранулем кисти, основание и исходные данные для разработки темы, обоснование необходимости проведения научных исследований.

В главе 1 представлен обзор литературы, в котором рассматривается характеристика вопросов этиопатогенеза, классификации, клиники и диагностики, лечения олеогранулем различных локализаций. Отражены проблемы хирургической тактики при дефектах кожи тыльной поверхности кисти, использования в травматологии и ортопедии методики дермотензии. Установлено, что вопросы диагностики и лечения инъекционных олеогранулем кисти в литературе только обозначены. Не разработана классификация заболевания, отсутствует клинико-морфологическая характеристика патологического процесса, не выработана единая концепция лечения.

В главе 2 "Материалы и методы" изложены данные о материале и способах его изучения.

Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 113 больных мужского пола (120 кистей), в возрасте от 12 до 34 лет, находившихся на лечении во 2 и 3 травматолого-ортопедических отделениях 6-й клинической больницы г. Минска за период с 1988 по 1994 г.г.

В 112 случаях была диагностирована инъекционная олеогранулема и у одного человека - травматическая, после случайного попадания под кожу кисти, под большим давлением, струи солидола.

Для формирования опухолевидного инфильтрата на тыльной поверхности кисти пациентами использовались следующие маслянистые вещества: вазелиновая мазь - 89 случаев, борная мазь - 15, тетрациклиновая мазь - 8.

Правая кисть была поражена у 92 больных, левая - у 14, обе - у 7 человек.

Длительность заболевания составила от недели до 10 лет после введения инородного вещества и 2 месяца у пациента с травматической олеогранулемой. Большинство больных - 58 - обратились за помощью в течение первых 5 лет от начала заболевания.

Исследовательская работа включала в себя клинический и экспериментально-морфологический разделы.

В клиническом разделе работы были проведены анализ материалов историй болезни ортопедо-травматологических отделений №2 и №3 6-й клинической больницы, клиническое обследование пациентов с целью оценки распространенности патологического процесса и выраженности деформации кисти, степени трофических изменений кожных покровов над опухолевидным образованием.

Экспериментальная часть включала два направления:

1) гистологическое исследование удаленного в клинике, во время оперативных вмешательств, патологического материала было проведено у 30 больных с целью описания характера морфологических изменений в тканях в зависимости от срока введения инородного вещества, а также определения различий микроскопической картины в очаге поражения после введения различных маслянистых жидкостей.

2) экспериментальное исследование на 10 беспородных собаках (40 лап) с целью определения наиболее оптимального срока оперативного вмешательства в раннем периоде после введения маслянистого вещества. Выполнялось моделирование олеогранулемы путем введения под кожу тыльной поверхности лап животных расплавленной вазелиновой мази в количестве 2 мл. В сроки 3; 7; 14; 21; 30; 60; 90; 150 суток патологический очаг иссекался.

Микропрепараты иссеченных в клинике и эксперименте рубцово измененной подкожной клетчатки и кожи фиксировали в 10% нейтральном формалине и окрашивали гематоксилином и эозином и по методу Ван-Гизона. Кроме того из патологического материала, полученного в эксперименте были изготовлены замороженные срезы, окрашенные суданом 3. Последняя методика позволила по окрашиванию визуализировать инородное вещество в полостях олеогранулематозного инфильтрата (вазелиновая мазь дает оранжевое окрашивание).

При изучении морфологического материала применялся метод

точечного счета с использованием морфометрической сетки. Полученные данные обрабатывались вариационно-статистическим методом с использованием *t*-критерия Стьюдента.

Проведенные научные исследования позволили разработать и применить в клинике методику комплексного лечения олеогранулем кисти, включающую предоперационную подготовку, оперативное вмешательство, послеоперационное восстановительное лечение.

В главе 3 "Клинико-экспериментальные морфологические исследования" отражены данные экспериментально-морфологических исследований.

В клинике, при вазелиногранулемах, было отмечено статистически достоверное ($P < 0,05$) увеличение относительного объема коллагеновых волокон в ткани, снижение количества клеточных элементов и сосудистых образований. Если в сроки 3 месяца после введения объем коллагеновых волокон составлял $10,5 \pm 1,5\%$, клеток и сосудов $55,7 \pm 4,2\%$; $5,95 \pm 1,6\%$, то через 5 лет соотношения были $75,95 \pm 5,2\%$; $12,45 \pm 3,5\%$; $2,65 \pm 1,0\%$ соответственно. Цифры говорили о постепенном рубцовом перерождении тканей в патологическом очаге, сопровождающемся выраженным снижением кровоснабжения. Морфологическая картина при олеогранулемах после введения других мазей была иной, чем при вазелиногранулемах.

Отличия изменений на фоне введения глазной тетрациклиновой мази выражались только в очень мелких размерах полостей содержащих инородный субстрат (10-25 мкм). Для вазелиногранул характерны средние и крупные в диаметре кисты - от 100 мкм до 1 000 000 мкм.

Борная мазь в тканях по сравнению с вазелиновой вызвала более бурный рубцовый процесс. Относительный объем коллагеновых волокон больше, чем при вазелиновых гранулемах - $80,0 \pm 9,7\%$ и морфологически четко выявлялся выраженный дегенеративно-дистрофический процесс в коже. Это проявляется деструкцией корней волос и потовых желез, практически полным сдавлением деформированных с утолщенной стенкой сосудов.

При морфологическом исследовании препаратов, полученных в эксперименте, было выявлено, что картина олеогранулемы в тканях проявляется на 30 сутки, а наиболее типичные изменения отмечены через 90 и 150 дней после введения. Срок 3 месяца приз-

нан оптимальным для удаления патологического очага.

В главе 4 представлена разработанная классификация олеогранулем кисти и более широко дана характеристика находившихся под наблюдением больных.

По результатам анализа материалов историй болезни 2 и 3 ортопедо-травматологических отделений 6-й клинической больницы и клинического обследования пациентов была разработана классификация клинических форм олеогранулемы кисти по степени тяжести.

1. Легкая степень

- формы: а) узловая
б) распространенная

2. Средняя степень

- формы: а) с незначительными трофическими нарушениями кожных покровов
б) с выраженными трофическими нарушениями

3. Тяжелая степень

- формы: а) неосложненная
б) осложненная

В классификации учитывалась распространенность опухолевидного образования, количество введенного вещества, степень выраженности трофических изменений кожных покровов, наличие осложнений.

Легкая степень поражения (36 больных). Все обратившиеся за помощью вводили себе маслянистые вещества преимущественно в количестве до 5,0 мл под кожу тыльной поверхности кисти в проекции межпальцевых промежутков. Опухолевидное образование располагалось продольно, в виде узла, по ходу межпястного пространства, либо в проекции головок двух-трех пястных костей, в некоторых случаях распространялось поперечно на уровне головок 2-5 пястных костей, не превышая в ширину 3 см. Кровоснабжение кожи в зоне олеогранулемы практически не страдало. Движения пальцев кисти в полном объеме.

Средняя степень поражения (53 пациента). Количество введенного вещества составило 5,0-10,0 мл. Олеогранулематозный инфильтрат занимал дистальную треть

кисти и область головок 2-5 пястных костей. У ряда пациентов трофические нарушения кожи над инфильтратом проявлялись синюшным оттенком, в случаях выраженных изменений кожные покровы в проекции опухолевидного образования были малоподвижные, в некоторых участках истончены, имели синюшно-багровый оттенок. Движения пальцев кисти, как правило, не страдали, но при физической нагрузке и ударах появлялись боли в области инфильтрата.

Тяжелая степень поражения (24 больных). Олеогранулема развилась после введения более 10 мл маслянистого вещества. Опухолевидное образование захватывало 2/3 и более тыльной поверхности, переходя на основные фаланги 2-5 пальцев. Кожа имела синюшно-багровую окраску, была практически неподвижна, местами рубцово изменена, истончена. К этой группе мы отнесли также все случаи осложнившихся инъекционных и травматическую олеогранулемы. У пациентов с тяжелой степенью поражения отмечены нарушения функции кисти от дефицита разгибания в пределах 5-10° до резкого ограничения движений пальцев, болей при физической нагрузке.

К осложнениям заболевания были отнесены гнойные процессы (12 случаев) в зоне олеогранулемы: подкожная флегмона, в том числе после травматического повреждения (4); инфицированные трофические язвы (4); гнойный тендовагинит разгибателей (1); гнойные свищи (3). Было выявлено, что клиника осложнений определялась глубиной расположения первичного гнойного очага.

В главе 5 "Комплексное лечение олеогранулем кисти" отражена предложенная на основании научных исследований и внедренная в клинику методика включающая: а) предоперационную подготовку; б) оперативное вмешательство, проведенное с определенными тактическими особенностями в зависимости от степени тяжести; в) дифференцированное послеоперативное восстановительное лечение. Представлена оценка отдаленных результатов лечения.

Хирургический метод был ведущим в комплексном лечении у абсолютного большинства больных - 109 человек, выполнено 116 операций.

Предоперационные лечебные мероприятия были направлены на

подготовку кожных покровов к оперативному вмешательству. Для этой цели применяли различные антисептические растворы, физиотерапевтические процедуры. Особенности этого этапа в лечении зависели от степени тяжести заболевания. Длительность предоперационной подготовки регламентировалась степенью поражения, в среднем включала от 7 до 20 дней. Лечение проводилось как в амбулаторных, так и в условиях стационара.

В основе хирургического лечения олеогранулем кисти - иссечение рубцово измененной подкожной жировой клетчатки тыльной поверхности. Выделение среди пациентов клинических групп по степени тяжести болезни позволило выработать дифференцированный подход к оперативному вмешательству: выбор хирургического доступа, отношение к кожным покровам в процессе операции, сроки заживления раны, снятия швов, иммобилизации в раннем послеоперационном периоде. Независимо от тяжести, особое значение придавалось сохранению паратенона сухожильного разгибательного аппарата, а в тяжелых случаях - прослойки тканей над сухожилиями для предотвращения обнажения этих важных анатомических структур после возможного некроза кожи.

36 пациентам с легкой степенью заболевания произведены 36 оперативных вмешательств на 36 кистях. Удаление олеогранулематозных масс выполнялось через поперечные и продольные линейные доступы.

Из 53 больных (59 кистей) со средней степенью тяжести прооперировано 52 человека. Выполнено 54 операции на 54 кистях. Были применены S-образные (8) и дугообразные (23) хирургические доступы. Выполненный в 6 случаях линейный разрез не позволил полностью удалить опухолевидное образование.

Анализируя ближайшие и отдаленные результаты лечения (некроз кожи у 4 пациентов этой группы), мы пришли к выводу, что трофически измененные кожные покровы в области олеогранулемы также требуют радикального иссечения.

В 12 случаях проводили иссечение олеогранулемы вместе с пораженной кожей. Послеоперационная рана ушивалась за счет мобилизации краев и придания кисти положения переразгибания в лучезапястном суставе, а 2-5 пальцам - экстензии в пястнофаланговых суставах. Протяженность дефекта кожи по ходу оси кисти не превышала 3,5 см.

В 5 случаях, когда инфильтрат локализовался в проекции головок 2-5 пястных костей и размеры его по ходу оси конечности не превышали 5-6см, была применена методика мостовидной кожной пластики местными тканями (Удостоверение на рационализаторское предложение №1363, выданное патентным отделом Минского государственного медицинского института 28.06.94 г.).

Из 24 пациентов (25 кистей) с тяжелой степенью поражения прооперирован 21 человек. Выполнено 26 хирургических вмешательств на 22 кистях. В одном случае удалена олеогранулема обеих кистей, 4 пациентам выполнено на кисти по две операции: 3 по поводу гнойно-некротических осложнений, одному произведено два этапа кожной пластики.

У 8 больных применена методика с использованием S-образных разрезов. Выполненный в 4 случаях дугообразный доступ у 3 больных привел к осложнениям: некрозу (1), нагноению (2).

В одном случае с выраженным рубцовым перерождением кожи над инфильтратом, когда другие виды местной кожной пластики применить не удалось, была использована двухэтапная методика дермотензии в аппарате Илизарова (Удостоверение на рационализаторское предложение №1364, выданное патентным отделом Минского государственного медицинского института 28.06.94 г.).

2 пациентам с обширными инфильтратами после введения борной мази произведено частичное удаление опухолевидного образования.

У 4 больных течение олеогранулемы осложнилось образованием длительно незаживающих инфицированных трофических язв, по поводу которых 3 пациентам иссечение олеогранулематозных масс было дополнено кожной пластикой ротационным кожно-подкожным лоскутом на питающей ножке.

По поводу флегмоны и гнойного тендовагинита прооперировано 3 человека: производили некрэктомию с промывным дренированием.

Пациентам всех клинических групп в раннем послеоперационном периоде осуществлялась иммобилизация кисти и предплечья. Для достижения противовоспалительного и болеутоляющего эффекта назначалось ПМП (постоянное магнитное поле). С целью улучшения кровоснабжения больные получали аспирин. Кроме этого, при тяжелой степени заболевания, в течение первых пяти суток прово-

дились внутривенные вливания раствора реополиглюкина по 400,0 мл в сутки, улучшающего реологические свойства крови и функцию микроциркуляторного русла.

В постимобилизационном периоде, назначался следующий комплекс лечебных мероприятий на область тыльной поверхности оперированной кисти:

- парафиновые аппликации;
- фонофорез трилона Б;
- элетрофорез иодистого калия;
- электростимуляция мышц одноименных кисти и предплечья;
- массаж кисти и предплечья;
- лечебная физкультура.

Количество и вид назначаемых процедур определялся степенью тяжести болезни.

Отдаленные результаты лечения в сроки от 6 месяцев до 7 лет изучены у 71 (62,8%) пациента, которым произведено на 74 кистях 78 оперативных вмешательств.

В результате применения разработанной методики комплексного лечения олеогранулем кисти благоприятные исходы получены у 53 больных на 54 кистях. Только отличные и хорошие результаты выявлены при олеогранулеме легкой степени - 18 кистей. У больных со средней и тяжелой степенью также преимущественно получены положительные результаты - 27 и 9 кистей соответственно.

Для сравнительной оценки эффективности предложенной методики лечения больные были разделены на две группы в зависимости от характера оперативного вмешательства. В 1-й группе (36 кистей) производилось иссечение олеогранулемы, пациентам 2-й группы (38 кистей) наряду с удалением рубцовой перерожденной подкожной клетчатки выполнялось иссечение трофически измененных кожных покровов.

В 1-й группе получено 19 благоприятных исходов, причем преимущественно у пациентов с легкой степенью поражения. Во 2-й группе число положительных исходов возросло до 35, что объясняется иссечением во время операций трофически измененных кожных покровов и пластическим замещением местными тканями образовавшихся дефектов. Все больные в группе были со средней и тяжелой степенью заболевания.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об эффективности комплексного лечения олеогранулем с учетом степени трофических изменений кожных покровов над опухолевидным образованием. Для достижения положительных результатов оперативное вмешательство при олеогранулемах средней и тяжелой степени должно включать иссечение кожи с нарушенной трофикой и последующее использование кожно-пластических операций.

ВЫВОДЫ

1. Олеогранулема кисти - заболевание, развивающееся в результате преднамеренного введения или случайного попадания различных маслянистых веществ в подкожную жировую клетчатку, характеризующееся рубцовым перерождением последней, образованием уродующих кисть опухолевидных инфильтратов и трофическими изменениями кожных покровов.

2. Для систематизации диагностики, определения показаний и выбора метода оперативного лечения разработана классификация олеогранулем кисти, в зависимости от распространенности и степени тяжести патологического процесса, количества введенного вещества.

3. Для достижения положительных результатов необходимо проведение полноценного комплексного лечения, включающего предоперационную подготовку, по показаниям выполненное оперативное вмешательство, адекватное лечение больных в послеоперационном периоде.

4. Основным методом лечения - хирургический с иссечением единым блоком олеогранулемы и трофически измененных кожных покровов, сохранение которых является основной причиной осложнений. Выбор оперативного доступа и особенности хирургического вмешательства определяются степенью тяжести заболевания.

5. Для замещения дефектов кожи, после иссечения патологического очага, целесообразно применение кожной пластики местными тканями: мостовидная и пластика за счет мобилизации краев раны при средней степени, ротационная и методика дермотензии в аппарате Илизарова в случаях тяжелой степени поражения.

6. Клинические проявления флегмонозно-абсцедирующих осложнений олеогранулем кисти определяются глубиной расположения первичного гнойного очага и требуют радикальной вторичной хирургической обработки раны с обязательным промывным дренированием в послеоперационном периоде.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При олеогрануле кисти показано комплексное лечение в зависимости от степени тяжести заболевания.

2. Оптимальный срок для хирургического лечения после введения маслянистых жидкостей - 3 месяца.

3. Оперативное вмешательство по поводу олеогранулемы кисти обязательно должно включать наряду с удалением олеогранулематозных масс, иссечение трофически измененных кожных покровов.

4. Кожная пластика местными тканями является наиболее приемлемой в замещении дефектов кожи после удаления патологического очага: в зависимости от величины дефекта показана мостовидная или ротационная, а также пластика за счет мобилизации краев раны и методика дермотензии в аппарате Илизарова.

5. Олеогранулема кисти, развивающаяся после введения борной мази характеризуется выраженными патологическими трофическими нарушениями и требует особого внимания в лечении.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Волотовский А.И., Беспальчук П.И. Новые аспекты применения кожно-пластических операций в хирургии кисти // Тез. докл. Юбилейной научно-практической конференции, посвященной 75-летию НИЦ ВТО Татарстана. - Казань, 1994. - С.126-127.

2. Волотовский А.И., Беспальчук П.И. Олеогранулемы кисти // Здоровоохранение Беларуси. - 1994. - №5. - С.4-6.

3. Волотовский А.И., Беспальчук П.И. Дистракционный метод в лечении посттравматических деформаций кисти // Современные аспекты травматологии и ортопедии. Тез. докл. конф. - Казань, 1994. - С.78.

4. Волотовский А.И. Хирургическая тактика в лечении олеогранулем кисти // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии

дии. Тез. докл. Юбилейной научно-практической конференции травматологов-ортопедов Республики Беларусь. - Минск, 1995. - С. 66.

5. Волотовский А. И. Лечение осложнений олеогранулем кисти // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Тез. докл. Юбилейной научно-практической конференции травматологов-ортопедов Республики Беларусь. - Минск, 1995. - С. 67.

6. Волотовский А. И. Новые аспекты хирургического лечения олеогранулем кисти // Материалы итоговой научно-практической конференции БелНИИТО. - Минск, 1995. - С. 111.

7. Волотовский А. И. Олеогранулема кисти у детей // Профилактика, диагностика и лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Тез. докл. конф. - Санкт-Петербург, 1995. - С. 141.

СПИСОК РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИХ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Удостоверение на рационализаторское предложение N1363 от 28.06.94. "Мостовидная кожная пластика в лечении олеогранулем кисти". (Минский государственный медицинский институт).

2. Удостоверение на рационализаторское предложение N1364 от 28.06.94. "Методика дермотензии в хирургическом лечении олеогранулем кисти". (Минский государственный медицинский институт).

РЭЗЮМЭ

Валатоускі Аляксей Ігаравіч
Олеагранулемы кісці і іх комплекснае лячэнне.

Олеагранулема, кісць, комплекснае лячэнне,
скурная пластыка.

Аб'ект даследавання. 113 пацыентаў (120 кісцей) з oleагранулемамі у узросце ад 12 да 34 гадоў; эксперыментальныя жывелы – беспародныя сабакі (10).

Мэта працы. Вывучыць клінічныя і марфалагічныя асаблівасці oleагранулем кісці і распрацаваць іх комплекснае лячэнне.

Метады даследавання: клінічны, гісталагічны, морфаметрычны, статыстычны.

Выкарастаная апаратура: хірургічны інструмент, гісталагічнае і фотаабсталяванне.

Навуковая навізна заключаецца у вывучэнні марфалагічнымі метадамі структуры і дынамікі фарміравання маделіраваных у эксперыменце oleагранулем кісці, устанавленне аптымальнага тэрміну выдалення паталагічнага ачага. Прапанавана класіфікацыя клінічных форм oleагранулем кісці па іх цяжкасці. Распрацаваны комплексны метады лячэння захворвання. Пры дэфектах скуры пасля высячэння паталагічнага ачага рэкамендаваны розныя спосабы скурнай пластыкі мясцовымі тканкамі у залежнасці ад цяжкасці захворвання. Даны тактычныя рэкамендацыі пры узнікненні флегманозна-абсцэдыруючых ускладненняў oleагранулем кісці.

Абдаленыя вынікі лячэння атрыманы у 71 хворага на 74 кісцях у тэрміны ад 6 месяцаў да 7 гадоў (62,8%). Выдатныя і добрыя вынікі атрыманы у 53 пацыентаў, здавальняючыя – у 16, нездавальняючыя – у 2.

Вынікі даследаванняў укаранены у практыку працы трауматалага-артапедычных аддзяленняў 6-й клінічнай бальніцы г. Мінска, уключаны ў вучэбную праграму па трауматалогіі і артапедыі для студэнтаў 4 курса лячэбна-прафілактычнага факультэта Мінскага дзяржаўнага медыцынскага інстытута.

РЕЗЮМЕ

Волотовский Алексей Игоревич

Олеогранулемы кисти и их комплексное лечение.

Олеогранулема, кисть, комплексное лечение,
кожная пластика.

Объект исследования. 113 пациентов (120 кистей) с олеогранулемами в возрасте от 12 до 34 лет; экспериментальные животные - беспородные собаки (10).

Цель работы. Изучить клинические и морфологические особенности олеогранулем кисти и разработать их комплексное лечение.

Методы исследования: клинический, гистологический, морфометрический, статистический.

Использованная аппаратура: хирургический инструментарий, гистологическое и фотооборудование.

Научная новизна работы заключается в изучении морфологическими методами структуры и динамики формирования моделированных в эксперименте олеогранулем кисти, определении оптимального срока удаления патологического очага. Предложена классификация клинических форм олеогранулем кисти по их тяжести. Разработан комплексный метод лечения заболевания. При дефектах кожи после иссечения патологического очага рекомендованы различные способы кожной пластики местными тканями в зависимости от тяжести заболевания. Даны тактические рекомендации при возникновении флегмонозно-абсцедирующих осложнений олеогранулем кисти.

Отдаленные результаты лечения оценены у 71 больного на 74 кистях в сроки от 6 месяцев до 7 лет (62,8%). Отличные и хорошие результаты получены у 53 пациентов, удовлетворительные - у 16, неудовлетворительные - у 2.

Результаты исследований внедрены в практику работы травматолого-ортопедических отделений 6-й клинической больницы г. Минска, включены в учебную программу по травматологии и ортопедии для студентов 4 курса лечебно-профилактического факультета Минского государственного медицинского института.

SUMMARY

Volotovski Alexej Igorevich

Hand oleogranulomas and their complex treatment.

Oleogranuloma, hand, complex treatment, skin plastic.

Object of the work: 113 patients (120 hands) with oleogranulomas at the age beginning from 12 to 34 years; experimental animals - mongrel dogs (10)

Aim of investigation: To study the clinical and morphological peculiarities of the hand oleogranulomas and to create their complex treatment.

Methods of investigation: clinical, histological, morphometric, statistical.

Apparatus used: surgical instruments, histological and photo installations.

The scientific novelty consists of the morphological study of the structure and dynamics of oleogranuloma formation under model condition and the determination of the optimal time for their removal. The classification of the clinical forms of hand oleogranulomas according their severities was proposed. The complex method of the treatment of this disease was worked out. The various approaches of skin plastic by local tissues depending on the severity of the disease were recommended. The tactical recommendations at the emergence of phlegmonous and abscessed complications of hand oleogranulomas were given.

The remote results of the treatment of 71 patients (74 hands) of 6 month to 7 years (62,8%) were evaluated. The following results were obtained: excellent and good - 53 patients, satisfactory - 16 patients and unsatisfactory - 2 patients.

The results of the study were applied in traumatologic and orthopedic departments of 6th clinical hospital in Minsk, they were included into the programme on traumatology and orthopedics for the fourth-year students of the medical faculty of the Minsk State medical institute.

Подписано в печать 27.10.95. Формат 60x84/16. Объем I печ.л.
Заказ 126, тираж 100. Бесплатно.

Отпечатано на ротапринтере МГМИ. г.Минск, ул.Ленинградская, 6.