

# ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМА КИСТИ И ПРЕДПЛЕЧЬЯ

*Титова А.Д.<sup>1</sup>, Довгалевиц И.И.<sup>1</sup>, Герасимович Г.Ю.<sup>2</sup>, Шикавко А.С.<sup>2</sup>,  
Ольшевский Д.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

<sup>2</sup> УЗ «6-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

**Актуальность.** Острый компартмент синдром предплечья и кисти- это грозное и редко встречающееся осложнение травм. К сожалению, в мире не существует четких критериев постановки этого диагноза, а также не разработано инструментальных методов исследования, нарастающего внутрифасциального давления для выполнения экстренной фасциотомии. Вследствие выше описанного выполнение оперативного вмешательства при развитии острого футлярного синдрома часто затягивается и выполняется в поздний период, что неизбежно приводит к тяжелым гнойно-некротическим осложнениям с потерей функции конечности.

**Цель.** Разработать хирургическую тактику для профилактики инфекционных осложнений у пациентов с острым футлярным синдромом кисти.

**Материалы и методы.** Изучили результаты диагностики и лечения 6 пациентов с острым футлярным синдромом предплечья и кисти после травм, пролеченных на базе 6 ГКБ г.Минска с 2018 по 2023г. Среди обследуемых у 3-х пациентов развился компартмент синдром предплечья и кисти, а у 3-х изолированный футлярный синдром кисти. Примечательно, что у троих пациентов травма сопровождалась переломом костей кисти или предплечья, а у второй половины компартмент развился на фоне мягкотканых повреждений. Из 6 пролеченных пациентов – у 50% была выполнена экстренная фасциотомия в первые 8 часов с момента развития компартмент синдрома, у 2 пациентов отсроченная, и у одной пациентки фасциотомия не выполнялась.

**Результаты.** На основании проведенного исследования получены следующие результаты. Плохой результат лечения с развитием гнойно-некротических осложнений острого футлярного синдрома предплечья и кисти наблюдался у двоих пациентов с отсроченной фасциотомией более 24 часов после травмы, а также у пациентки, которой фасциотомия не была выполнена. Еще один неудовлетворительный результат лечения с развитием выраженного фиброза мышечной ткани и смешанной контрактурой пальцев кисти наблюдался у пациента с фасциотомией выполненной через 48 часов после ранения области локтевого сустава. В то время, как хороший и отличный результат получен у пациентов, которым оперативное вмешательство выполнено было в первые 8 часов с момента получения травмы.

При анализе неудовлетворительных результатов лечения обращает внимание истории болезни пациентов с гнойно-некротическими осложнениями.

Одним из таких примеров является пациент Н., с острым компартмент-синдромом предплечья и кисти, развившемся на фоне перелома локтевого отростка локтевой кости со смещением. Из сопутствующих заболеваний отмечается хроническая алкогольная болезнь с дистальной полинейропатией верхних и нижних конечностей. Нарастание отека предплечья и кисти наблюдалось в течении первых суток с момента получения травмы, однако в результате нарушения болевой чувствительности, пациент обратился за помощью только спустя 24 часа. При осмотре выявлено нарушение пассивных и активных движений пальцев кисти и выраженное снижение чувствительности по срединному, локтевому и лучевому нервам. Выполнена фасциотомия предплечья и кисти спустя 32 часа после травмы. При ревизии футляров предплечья выявлены выраженные изменения в поверхностном и глубоком компартменте предплечья. Мышечное брюшко поверхностных и глубоких сгибателей пальцев кисти бледное, с сероватым оттенком, капиллярного кровотечения из мышц не выявлено. Спустя 3 суток выполнена некрэктомия пораженных глубоких и поверхностных сгибателей кисти и срединного нерва на уровне предплечья вследствие гнойно-некротических осложнений. Результат лечения неудовлетворительный с развитием выраженной контрактуры пальцев кисти и нарушением чувствительности по срединному нерву.

Второй пациент с инфекционным осложнением после острого футлярного синдрома наблюдался на фоне идиопатической коагулопатии. Пациентка обратилась в приемное отделение спустя сутки после ушиба мягких тканей кисти. Отмечается выраженный отек тенара кисти с развитием изолированного острого футлярного синдрома. Данное патологическое осложнение развилось на фоне наличия у пациентки идиопатической коагулопатии в анамнезе. Настороженность по изолированным компартмент-синдромам у врачей травматологов-ортопедов крайне низкая. Пациентке порекомендовали холод местно и нестероидные противовоспалительные препараты для обезболивания. Однако, по прошествии 3 суток у пострадавшей появилась выраженная пульсирующая боль с иррадиацией по первому лучу кисти и гиперемия тенара кисти с повышением температуры тела до 38,9 градусов. Активные движения в первом пальце кисти отсутствовали, пассивные движения вызывали резкий болевой синдром. В условиях операционной выполнена ревизия области гипотенара с фасциотомией с обнаружением полости со сливкообразным гноем в толще мышцы. Произведено дренирование очага стандартными доступами. На фоне антибактериальной терапии рана зажила вторичным натяжением. В отдаленном периоде наблюдалось незначительное ограничение активного сгибания в суставах 1 пальца кисти.

**Выводы.** Дифференцированная активная хирургическая тактика лечения пациентов с развивающимся острым футлярным синдромом кисти и предплечья, является фактором профилактики гнойно-некротических осложнений в послеоперационном периоде. Несмотря на затруднительную диагностику компартмент синдрома и отсутствие четких критериев оперативного вмешательства, раннее выполнение фасциотомии обеспечивает оптимальный

результат лечения с полным восстановлением функции. Отсроченная операция связана с риском развития гнойно-некротической осложнений, обусловленных ишемическим поражением мягких тканей.