

Оценка результатов лечения осуществлялась как общеизвестными шкалами DASH и SF-36, так и с использованием собственного вопросника «Экспресс-обследование больных с патологией кисти» (патент РФ № 2010611112).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе использования данного способа лечения отмечено сокращение среднего срока госпитализации на 4,2 дня (с 24,6 до 20,4 дня), а также среднего срока нетрудоспособности с грубой деформацией и контрактурами 2–3–4 степени на 18,9 дня. У всех пациентов отмечено улучшение функции самообслуживания. Отмечено снижение количества повторных госпитализаций с 18,75 до 9,3 %. В целом, положительные исходы лечения достигнуты в 90,19 %.

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование чрескостных дистракционных аппаратов внешней фиксации, как изолировано, так и в сочетании с операциями на коже, сухожилиях, суставах на этапах реконструктивно-восстановительного лечения является эффективным, а некоторых случаях единственно возможным и оправданным в терапии возникших осложнений термической травмы в виде послеожоговой деформации кисти и контрактуры суставов пальцев.

С.В. Яковлев

ПРОФИЛАКТИКА КОНТРАКТУР СУСТАВОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ «ОСТРОЙ» ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЧРЕСКОСТНЫХ ДИСТРАКЦИОННЫХ АППАРАТОВ

Городская клиническая больница № 6 (Челябинск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ожоги кисти встречаются примерно у 44 % пациентов, пострадавших от термической травмы. Послеожоговая деформация кисти и контрактура суставов пальцев начинает формироваться уже с момента получения травмы. Для предотвращения развития деформации и эффективного лечения используют различные приспособления. Нами предложено использовать чрескостный дистракционный аппарат, позволяющий решить многие вопросы профилактики и лечения послеожоговой деформации кисти.

Целью исследования явилась клиническая апробация и оценка эффективности использования чрескостного дистракционного аппарата с целью профилактики контрактур и деформаций кисти в лечении больных с «острой» термической и электротравмой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами разработаны новое «Устройство для фиксации кисти» (патент РФ № 81889) и «Способ лечения ожоговых и послеожоговых деформаций кисти» (патент РФ № 2388422), проведен анализ эффективности применения. За период с 2006 по 2011 гг. было пролечено по данной методике 17 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет, из которых 10 (58,8 %) — мужчины и 7 (41,2 %) — женщины. У 11 пациентов (64,7 %) были ожоги различной этиологии III степени (классификация Дж. Марини, 2002), у 6 (35,3 %) — имелись раны в результате электротравмы. Больным, в зависимости от характера травмы и времени с момента ее получения, проводилось лечение по двум основным вариантам: 1) наложение аппарата в ранний посттравматический период для предотвращения развития деформации кисти и контрактуры суставов + подготовка ран + отсроченная аутодермопластика; 2) подготовка ран + отсроченная аутодермопластика с одновременным наложением аппарата для устранения развившейся деформации и дополнительной фиксации кожных лоскутов. Выбор способа кожной пластики осуществлялся индивидуально в зависимости от характера, глубины и локализации повреждения. Контрольная группа составляла 43 пациента, в лечении которых использовалась изолированно кожная пластика без дополнительной фиксации, либо с фиксацией внешними шинами и лонгетом. Контроль осуществлялся на момент выписки больных из стационара, через 6 и 12 месяцев. Всем больным проводилась антибактериальная терапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлено, что при изначально одинаковом среднем сроке стационарного лечения и эпителизации ран (27,3 дня), в последующем в основной группе количество больных, получивших группу инвалидности, на 18,2 % меньше. При использовании чрескостных аппаратов у больных отмечено уменьшение на 12,7 % количества повторных госпитализаций и операций по поводу послеожоговой деформации кисти и уменьшение общего срока реабилитации и восстановления функции кисти на 37,4 %.

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование чрескостного дистракционного аппарата у больных с термическими и электротравмами кисти в «острый» и ранний посттравматический период для профилактики и лечения послеожоговых деформаций кисти и контрактур суставов пальцев можно считать эффективным и целесообразным.

А.Б. Якушевский¹, А.А. Виноградов¹, А.Н. Плеханов^{1, 2, 3}, А.И. Товаршинов^{1, 2, 3}

**СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

¹НУЗ ОКБ на ст. Улан-Удэ (Улан-Удэ)

²Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

³Бурятский филиал Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии
СО РАМН (Улан-Удэ)

В данной работе приведен первый опыт «высокой спинальной анестезии» при выполнении грыжесечений по поводу послеоперационных вентральных грыж. Получены хорошие результаты, позволяющие рекомендовать данный вид обезболивания.

ВВЕДЕНИЕ

«Нет ни одного вида местного или проводникового обезболивания, который давал бы столь полную анестезию, как спинномозговое обезболивание. Данный вид обезболивания зарекомендовал себя как адекватный и надежный метод при операциях на нижнем этаже брюшной полости, нижних конечностях, включая ортопедические, абдоминальные, урологические и гинекологические вмешательства.

Нет ни одного способа более простого по технике, который в такой степени обеспечивал хирургу наилучшие условия производства самых сложных операций в брюшной полости». Такую высокую оценку дал Б.А. Петров (1954) (Кузин М.И., 1982). Также к положительным сторонам спинальной анестезии относят вялый паралич мышц — миорелаксацию. современные местные анестетики, применение одноразовых игл, интраоперационный мониторинг позволяют применять «высокую» спинальную анестезию (Пол Д. Барах Брюс с соавт., 2000). Но у спинальной анестезии имеются и отрицательные моменты — снижение артериального давления и при так называемой «высокой» спинальной анестезии может наступить парез дыхательных мышц. В представленном материале нам хотелось поделиться опытом выполнения «высокой» спинальной анестезии при операциях на органах брюшной полости, выполненных в экстренном и плановом порядке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2007 по 2011 гг. было выполнено 12 различных оперативных вмешательств под «высокой» спинальной анестезией, из них 7 мужчин и 3 женщины. Средний возраст пациентов составил $53,6 \pm 14,6$ года. Минимальный возраст составил 30 лет, максимальный 77 лет. Экстренных операций было 3, плановых — 8. Экстренные вмешательства включали среднесрединную лапаротомию при гангренозно-перфоративном аппендиците — 1, туберкулезном перитоните — 1, грыжесечение при ущемленных пупочных грыжах — 2. Плановые операции выполнялись при послеоперационных вентральных грыжах — 6, параумбиликальная грыжа — 1, грыжа боковой стенки живот справа после люмботомии — 1. Сопутствующая патология была представлена артериальной гипертензией в 9 случаях, последствия острого нарушения мозгового кровообращения в 1 случае.

Спинальная анестезия проводилась по стандартной методике иглами 21-24G в положении больного сидя, на уровне L_{III} — L_{IV} (Пол Д. Барах Брюс с соавт., 2000). Использование наропина, маркаина в дозе 15 мг обосновывалось длительностью оперативного вмешательства. Причем предпочтение отдавалось маркаину — субъективно больные отмечали лучший анальгетический эффект, выше блок. Анестезиологи отмечали лучшую управляемость анестезией при применении маркаина, используя положение Тренделенбурга и Фовлера. Дополнительно проводилась седация больного. Успешность «высокой» спинальной анестезии составила 100%. Оценка расположения и выраженности блока проводилась уколом иглой и пальпацией — выше уровня сосковой линии.

Накануне операции на ночь больным назначались таблетированные транквилизаторы (феназепам) премедикация за час до операции включала в себя транквилизатор (диазепам 0,1 — 0,15 мг/кг), десенсибилизирующие средства, наркотический анальгетик (промедол 0,3 — 0,5 мг/кг) и холинолитик (атропин 0,3 — 0,5 мг). Наркотический анальгетик назначался больным страдавшим болевым синдромом при различных патологиях, позволяющий устранить или ослабить болевые ощущения во время процедуры и