

THE TREATMENT PURULENT DISEASE OF FINGERS

P.E. Krainucov, A.V. Sherbatikh, V.I. Kalashnicov
(Irkutsk State Medical University, Military Hospital of Irkutsk)

There are facts about purulent diseases of the fingers in the survey of the literature. The methods of the anaesthesia and treatment variants of panaricities was observed. The typical mistakes in medical help of this category of the patients, were presented in this article.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Артеменко А.В., Кузьмин В.В., Мустафин А.Х.* Физиотерапия в комплексной подготовке ран к пластическому закрытию в гнойной хирургии кисти // Акт. вопросы спортивной медицины, лечебной физической культуры, физиотерапии и курортологии: Материалы Пятой Междунар. научной конф. студентов и молодых ученых. — М., 2006. — С.23-24.
2. *Абаев Ю.К., Капуцкий В.Е., Адарченко А.А.* Многокомпонентные перевязочные средства в лечении гнойных ран // Хирургия. — 1999. — № 10. — С.69-71.
3. *Бадинов В.Д., Цибуляк Г.Н.* Антибиотикотерапия хирургических инфекций // Вестник хирургии. — 2002. — № 4. — С.95-101.
4. *Березуцкий С.Н., Воловик В.Б.* Отсроченная первичная хирургическая обработка раны как эффективная система профилактики гнойных осложнений при проведении кожно-пластических операций на дистальных отделах пальцев кисти // Бюллетень ВС НЦ СО РАМН. — 2005. — Т. 41, № 3. — С.204-205.
5. *Войно-Ясенецкий В.Ф.* Очерки гнойной хирургии. — М.: Медгиз, 1954. — 544 с.
6. *Воробьев В.В.* Лечение костного и костно-суставного панариция // Военно-мед. журнал. — 1997. — № 10. — С.25-28.
7. *Дамбиев О.Б., Поляков А.А., Юркевич В.В.* Ошибки и осложнения анестезии по Лукашевичу-Оберсту // Тезисы докл. Всерос. конф. «Актуальные вопросы военной медицины». — Томск, 1999. — С.250-251.
8. *Деточкин А.Н.* Сравнительная оценка некоторых методов лечения гнойных заболеваний пальцев и кисти: Автореф. дис.... к.м.н.. — Астрахань, 2001. — 24 с.
9. *Зубков М.Н.* Поверхностные и глубокие инфекции кожи в амбулаторной практике. — М.: Янус, 2002.
10. *Казакова Т.В., Миронов В.И., Данчинов В.М.* Комплексное лечение панариция в условиях хирургического стационара // Сборник статей научно-практич. конф. — Иркутск, 2000. — № 3. — С.422-424.
11. *Коньчев А.В.* Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности. — СПб.: Невский диалект, 2002. — С.352.
12. *Кузин М.И., Костюченко Б.Н.* Раны и раневая инфекция. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1990. — 592 с.
13. *Логинов В.И., Хайтаров И.Н.* Применение КВЧ-терапии в лечении гнойных заболеваний пальцев кисти // Актуальные проблемы современной хирургии: Материалы конгресса. — М.: Янус, 2003. — С.96.
14. *Любский А.С., Алексеев М.С., Любский А.А. и др.* Ошибки и осложнения при оказании медицинской помощи больным с гнойно-воспалительными заболеваниями пальцев и кисти на амбулаторном и стационарном этапах // Лечащий врач. — 2000. — № 3. — С.62-64.
15. *Мелешичев А.В.* Панариций и флегмона кисти: Учеб. пособие. — Гродно: Гродненский Государственный университет, 2002. — 185 с.
16. *Мец А.Г.* Модификация дренирования // Хирургия. — 1997. — № 9. — С.51-52.
17. *Руднев А.Д., Курков Д.В.* Лечение больных с гнойными заболеваниями пальцев и кисти // Материалы Юбилейной научно-практич. конф., посвященной 70-летию кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ РГМУ. — М.: Янус, 2005.
18. *Сиволотский Ю.Е.* Комплексное лечение костного и костно-суставного панариция в условиях дневного хирургического стационара: Автореф. дис.... к.м.н.. — СПб., 2002. — 20 с.
19. *Чадаев А.П., Алексеев М.С., Климиашивили А.Д., Гармаев А.Ш.* Принципы хирургического лечения открытых инфицированных переломов и вывихов фаланг пальцев кисти // Рос. мед. журн. — 2004. — № 7. — С.19-22.
20. *Шапошников В.И., Аишхамаф М.Х., Шапошников О.В.* Использование влажно-высыхающих повязок в профилактике и лечении панариция // Кубанский научный медицинский вестник. — 2003. — № 1. — С.164-166.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КУДРЯВЦЕВА Л.И., НЕТЕСИН Е.С., ПИСАРЕНКО А.А., НЕГРЕЙ В.Ф. — 2006

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ЭКСТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Л.И. Кудрявцева, Е.С. Нетесин, А.А. Писаренко, В.Ф. Негрей

(МУЗ «Клиническая больница № 1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк; Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра анестезиологии и реаниматологии, зав. — д.м.н., проф. И.Е. Голуб; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.А. Дзизинский, кафедра ангиохирургии, зав. — к.м.н., доц. В.В. Чернявский)

Резюме. Представлены результаты анестезиологического обеспечения хирургической коррекции атеросклеротического поражения экстрацеребральных сосудов у 14 больных, оперированных в условиях общей анестезии с использованием различных вариантов фармакологической защиты головного мозга.

Ключевые слова. Анестезиологическое обеспечение, атеросклероз экстрацеребральных сосудов, метаболическая нейротекция.

Сочетанное окклюзионно-стенотическое поражение брахиоцефальных артерий является наиболее частой клинической формой проявления атеросклероза. Клиническое проявление основных этиологических форм поражения брахиоцефальных сосудов чаще всего

происходит в одном из артериальных бассейнов, вследствие чего данные больные редко обращаются непосредственно к сосудистому хирургу [9,10,13].

Наиболее часто эти больные обращаются за медицинской помощью к терапевтам, неврологам и врачам

других специальностей и лишь 10% — непосредственно к ангиологам и сосудистым хирургам.

Несмотря на достижения современной медицинской науки, и сосудистой хирургии смертность от гемодинамических осложнений остается высокой и составляет 42-53% [3,4,5,11,12].

Окклюзионно-стенозирующие поражения сосудов, обеспечивающих кровоснабжение головного мозга, являются частой причиной острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Лица, страдающие стенозирующими поражениями экстракраниальных артерий (ЭЦА), имеют высокий риск развития повторных ишемических инсультов, инфаркта миокарда и внезапной смерти. Риск развития данных осложнений увеличивается у лиц с транзиторными ишемическими атаками более чем в три раза.

В России сердечно-сосудистые заболевания составляют 55,0% от всех причин смерти, при этом 36,7% приходится на случаи, связанные с ОНМК. Причиной инсультов в 60-70% случаев являются поражения ЭЦА. Среди основных причин стенозирующего поражения ЭЦА основное место занимает атеросклероз (90%), осложняющийся артерио-артериальной эмболией из области атеросклеротической бляшки, что требует проведения хирургического лечения направленного на восстановление проходимости пораженной артерии.

Частота атеросклеротического поражения ЭЦА не имеет тенденции к снижению, поэтому дальнейшее совершенствование анестезиологического обеспечения и хирургического лечения у больных данной группы имеет не только медицинское, но и социальное значение [1,2,6,8].

При проведении оперативного лечения важное значение отводится методам защиты головного мозга от ишемического повреждения, возникающего после пережатия общей сонной артерии (ОСА). С целью повышения устойчивости нейронов к гипоксии могут быть использованы различные варианты физической и медикаментозной защиты [1,7].

Целью настоящей работы являлась оценка метода интраоперационной защиты головного мозга от гипоксического повреждения путем совместного использования искусственной гипертензии и метаболической протекции при операциях на экстракраниальных сосудах.

Материалы и методы

За период с 2001 по 2006 гг. в отделении сосудистой хирургии наблюдались 14 больных в возрасте от 48 до 62 лет с различными поражениями ЭЦА, из них мужчин — 12 (85,7%), женщин — 2 (14,3%). У 9 (64,3%) больных имелось атеросклеротическое окклюзионно-стенозирующее поражение сонных артерий, у 5 (35,7%) — подключичных артерий. Все больные страдали артериальной гипертензией, у 7 (50,0%) имелась ИБС, причем 5 (35,7%) из них ранее перенесли инфаркт миокарда. У 2 (14,3%) больных в анамнезе имелись ОНМК, а частые транзиторные ишемические атаки отмечались у 5 (35,7%). Поражение артерий нижних конечностей были выявлены у 12 (85,7%) больных. Кроме того, у 10 (71,4%) больных имелась хроническая обструктивная болезнь легких. Все оперированные больные курильщики со стажем от 20 до 55 лет.

В предоперационном периоде все больные консультированы неврологом, у 12 (85,7%) установлена дисциркуляторная энцефалопатия II степени, у 2 (14,3%) — I степени.

Учитывая характер и локализацию патологического процесса у 5 больных было выполнено сонно-подключичное аллопротезирование, открытая эндартерэктомия из устья внутренней сонной артерии — у 7 больных, из общей сонной артерии — у 1 и эверсионная эндартерэктомия — у

1 больного.

Вопросы показаний и противопоказаний к выполнению операции, объем и характер предоперационной подготовки, выбор метода анестезии обсуждался на предоперационном консилиуме с обязательным участием анестезиологов.

Результаты и обсуждение

Всем больным перед операцией проводилась предоперационная подготовка с учетом их общего состояния и сопутствующей патологии, направленная на стабилизацию имеющейся артериальной гипертензии, улучшение коронарного кровообращения, коррекцию водно-электролитных нарушений. За три дня до операции с целью улучшения метаболических процессов больным назначался глицерин в дозе 1000 мг (14 мг/кг) 1 раз в сутки.

Перед операцией все больные получали однотипную премедикацию, включающую транквилизаторы, холинолитики и наркотические анальгетики в стандартных дозировках.

Общим принципом анестезиологического пособия являлось обеспечение сбалансированной комбинации тотальной анестезии, аналгезии и миорелаксации. Вводный наркоз проводили барбитуратами (тиопентал) низкой концентрации в минимальных дозировках (в дозе 4-5 мг/кг 1% раствора). Интубацию трахеи осуществляли после введения листенона в дозе 1,0-1,5 мг/кг. Поддержание анестезии осуществляли оксибутиратом натрия в дозе 60-100 мг/кг, фентанилом — 0,03-0,04 мг/кг. Мышечная релаксация в ходе операции обеспечивалась введением ардуана в стандартных дозировках. ИВЛ проводили кислородно-воздушной смесью с концентрацией кислорода 40% в режиме нормовентиляции. Мониторинг состояния больного в ходе оперативного вмешательства включал контроль ЭКГ, АД, ЧСС, SatO₂, FiO₂, PetCO₂.

Использование данной методики анестезии обеспечивало стабильность показателей гемодинамики в условиях тяжелой хирургической агрессии и быстрое восстановление сознания после окончания операции.

Операции на ЭЦА, в большинстве случаев, не сопровождаются выраженной кровопотерей, поэтому интраоперационная инфузионная терапия проводилась в режиме гипертонической гемодиллюции и включала переливание препаратов на основе гидроксипроцерамиды (рефортан), глюкозо-калий-инсулиновой смеси и кристаллоидов.

Самым ответственным этапом оперативного вмешательства на ЭЦА является пережатие ОСА, что приводит к ишемии головного мозга и требует проведения специальных мероприятий антигипоксической защиты. Время пережатия ОСА зависит от технических особенностей операции и в наших наблюдениях в среднем составляло 28 минут (от 12 до 48 минут).

Основные мероприятия на данном этапе операции были направлены на поддержание адекватной мозговой перфузии, для чего использовали создание искусственной гипертензии с превышением исходного «рабочего» давления на 10-15%. Обычно повышение артериального давления наблюдалось после проведения адекватной инфузионной терапии при манипуляциях в области ОСА, однако в 8 случаях для коррекции уровня АД был использован непрямой адреномиметик — эфедрин в дозах 10-25 мг.

С целью повышения устойчивости головного мозга к гипоксии перед пережатием ОСА проводилась интраоперационная инфузия глиатилина в дозе 1000 мг, препаратов, улучшающих реологические свойства крови (реополиглукин), и прямых антикоагулянтов (гепарин).

После снятия зажима с ОСА артериальное давление нормализовалось в течение 10-15 минут. Спонтанное дыхание восстанавливалось по окончании операции. В течение первых 2^х часов у больных сохранялась постнаркотическая депрессия сознания, которая в последующем к окончанию 3-4 часа полностью купировалась.

Неврологический статус, который являлся определяющим в клинической картине больных, оперированных на ЭЦА, уже к концу 1^х суток не отличался от исходного. В раннем послеоперационном периоде больные получали лечение в палате интенсивной терапии, где проводилось тщательное наблюдение за общим со-

стоянием, мониторинг, клиническое обследование.

В течение первых трех суток больные обязательно получали глиатилин, реополиглукин, симптоматическую терапию. В последующие дни больным назначался мексидол или пирацетам в обычных дозировках.

Все больные были выписаны в соответствующие сроки на 8-9 сутки. У одного больного развилось повторное ОНМК (ишемический инсульт) через 12 часов после операции. Больной был переведен в неврологическое отделение и в последующем выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, проведенный анализ позволяет рекомендовать использование метаболического нейротектора — глиатилина в сочетании с искусственной гипертензией в качестве эффективного метода защиты головного мозга от гипоксического повреждения при операциях на ЭЦА.

ANESTHESIOLOGICAL METHOD IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH STENOSIS OF EXTRACEREBRAL VESSELS

L.I. Kudryavtsev, E.S. Netesin, A.A. Pisarenko, V.F. Negrej

(Clinical hospital №1, Irkutsk, Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

The results of anesthesiological maintenance of surgical correction of atherosclerotic lesion of extracerebral vessels in 14 patients, operation in conditions of the general anesthesia with use of various variants of pharmacological protection of a brain are presented.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александров А.А., Стерекова А.А., Писаренко А.А.* Использование внутрикаротидной гипотермической инфузии как метод защиты мозга от гипоксического повреждения у больных во время операции на экстракеребральных артериях // Актуальные вопросы интенсивной терапии, анестезии и реанимации. — Иркутск, 1997. — С.33-36.
2. *Генс А.П., Степаненко А.Б., Белов Ю.В.* Хирургическое лечение окклюзий аорты у больных с мультифокальным атеросклерозом // Тезисы научной конференции «Хирургическое лечение больных с мультифокальным атеросклерозом». — М., 1996. — С.21.
3. *Дзизинский А.А.* Атеросклероз. Этиология. Патогенез. Лечение. — Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1997. — 273 с.
4. *Покровский А.В. и др.* Ангиологическая служба в системе практического здравоохранения России // Ангиология и сосудистая хирургия. — 1997. — № 2. — С.12-18.
5. *Спиридонов А.А.* Ангиохирургия сегодня — нерешенные проблемы // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 1990. — № 6. — С.3-11.
6. *Brownell W.* Common sense and carotid endarterectomy // J. of Vasc. Surg. — 1990. — Vol. 11, № 6. — P.735-744.
7. *Gallimard J.F., Chaix A.F.J., Thomas P., et al.* Ultrasonic detection of arteriosclerosis of the main arterial trunks in the coronary patient // Arch. Mal. Coeur. Vaiss. — 1986. — Vol. 79, № 7. — P.1054-1060.
8. *European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group.* Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRCS European Carotid Surgery Trial. // Lancet. — 1998. — Vol. 351. — P.1379-1387.
9. *Chambers B.R., You R.X., Donnan G.A.* Carotid endarterectomy for asymptomatic carotid stenosis (Cochrane Review) // The Cochrane Library. — 2003. — Issue 2.
10. *Rao R.* The role of carotid stenosis in vascular cognitive impairment // J. Neurol. Sci. — 2002. — Vol. 203-204. — P.103-107.
11. *Meyer S.O.* Cerebrovascula Diseases. — Philadelphia, 1994. — P.551.
12. *Lanzer P., Rosch J., et al.* Vascular Diagnostics. — Berlin-Htidelberg-New York Springer-Verlag, 1994. — 528 p.
13. *Sacco R.L.* Extracranial carotid stenosis // N. Engl. J. Med. — 2001. — Vol. 345. — P.1113-1118.

© КАЗАНЦЕВА Н.Ю. — 2006

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕГО АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Н.Ю.Казанцева

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Торяев)

Резюме. Диагностика раннего (до появления рентгенологических изменений) анкилозирующего спондилоартрита чрезвычайно затруднена. На основании обследования 40 больных с неуточненным анкилозирующим спондилоартритом автор приводит наиболее характерные признаки заболевания, при этом используются классификационные критерии спондилоартритов, предложенные Европейской группой по изучению спондилоартритов, и алгоритм ранней диагностики воспалительного характера заболевания позвоночника.

Ключевые слова. Анкилозирующий спондилоартрит, ранняя диагностика, клиническая картина.

Клиническая картина анкилозирующего спондилоартрита (АС) характеризуется полиморфностью, что затрудняет диагностику заболевания на ранних стадиях [1].

Часто дебют АС напоминает распространенные заболевания: остеохондроз позвоночника, различные реактивные артриты, поэтому запаздывает своевременная