

сти нижнего полюса надколенника. Особое место занимают компрессионно-импрессионные переломы, которые часто сопровождаются значительными разрушениями суставных поверхностей. Они, как правило, сопровождаются разрывами капсульно-связочного аппарата и менисков коленного сустава. Большое количество осложнений, длительные сроки иммобилизации и восстановительного лечения, высокий процент выхода больных на инвалидность в различные сроки от момента травмы составляют от 6 до 37 % при традиционных методах лечения. Последние несостоятельны в плане обеспечения трех основных задач реабилитации пациентов: точной репозиции отломков, стабильной фиксации, раннего начала восстановления функции движения и опоры конечности. При этом первая задача осуществляется только у каждого четвертого, вторая — у каждого второго и третья — у всех.

С учетом этого, а также недостатков традиционных диагностических методов — клинического и рентгенологического, — которые часто не позволяют выявить истинных характер перелома и сопутствующие ему другие внутрисуставные повреждения, в нашей клинике на завершающем этапе диагностики и лечения широко используется артроскопия, которая дает возможность наиболее детально оценить характер повреждений, состояние суставных поверхностей и сустава в целом. Эндовидеохирургические вмешательства были выполнены у 14 пациентов в возрасте от 19 до 45 лет. Мужчин было 12, женщин — 2. Переломы мыщелков большеберцовой кости были у 8 пациентов, межмышцел-

кового возвышения — у 3, мыщелков бедренной кости — у 3 больных. Для стабильного остеосинтеза использовали закрытую репозицию без вскрытия капсулы сустава под контролем артроскопии. После репозиции путем прокола мягких тканей в зоне поврежденного мыщелка временно фиксируем его направляющей спицей. Под эндоскопическим контролем выполняем окончательную фиксацию перелома канюлированными винтами. При наличии сопутствующей травматической патологии устраняем ее под эндовизуальным контролем. Краевая резекция частично поврежденного мениска была выполнена у 4 пациентов. В двух наблюдениях при отрыве передней крестообразной связки с костным фрагментом была выполнена репозиция с фиксацией канюлированным винтом. В одном наблюдении сочетанное повреждение передней крестообразной связки было выполнено при артроскопии после сращения перелома и восстановления функции сустава. Как правило, основным критерием к эндовидеохирургическим вмешательствам на коленном суставе было раннее оперативное вмешательство, не позднее недели со дня травмы. Иммобилизация конечности в послеоперационном периоде осуществлялась гипсовой повязкой до 6 недель. При стабильном остеосинтезе предпочитали раннее начало движений в суставе без иммобилизации. Осевую нагрузку разрешали через 2–2,5 месяца. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде не наблюдали. Предлагаемая методика значительно улучшает исходы лечения переломов.

УДК 617.577-002.36:616-08

С.М. Кузнецов, П.Е. Крайнюков, А.В. Ерусалимцев

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КОСТНЫМИ ПАНАРИЦИЯМИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Воинская часть 73934 (Иркутск)

Предлагаемая авторами комплексная методика лечения костных панарициев позволила вдвое сократить расход лекарственных препаратов. Средний койко-день при костном панариции составил 21,1. Кроме того, больше чем в два раза сократился процент ампутаций и экзартикуляций — 10 %.

Ключевые слова: костные панариции, лечение

COMPLEX THERAPY OF BONE FELONS

S.M. Kuznetsov, P.E. Kraynyukov, A.V. Yerusalimtsev

Irkutsk State Medical University, Irkutsk
Military unit N 73934

The suggested complex method of treatment of bone felons allows twice reduction of drugs expenses. Average quantity of days spent in the hospital in patients with bone felon made 21,1. Besides, number of amputation and exarticulation became more than twice lower — 10 %.

Key words: bone felons, treatment

Панариции объединяют группу заболеваний, сущность которых составляет неспецифическое ос-

трое воспаление различных анатомических структур пальца, вызываемое патогенной микрофлорой.

Проблема лечения гнойных заболеваний пальцев кисти (ГЗПК) имеет давнюю историю. Основоположником гнойной хирургии, как научного направления, по праву считается В.Ф. Войно-Ясенецкий. «Очерки гнойной хирургии» стали настольной книгой многих поколений хирургов. В.Ф. Войно-Ясенецкому удалось подробно описать клинику различных гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) с позиции топографической анатомии, обосновать рациональный подход к хирургическому лечению ГВЗ, в том числе, и при гнойных заболеваниях пальцев кисти. Особенности гнойно-воспалительных процессов на кисти, характер их распространения и течения обусловлены анатомическим строением кожи, подкожной клетчатки и расположенных глубже анатомических образований.

Под нашим наблюдением находилось 357 пациентов с панарициями пальцев кисти из них 80 (22,4 %) с костной его формой. Все пациенты были лицами мужского пола в возрасте от 18 до 35 лет. Диагностика проводилась на основании субъективных данных, результатов обследования, рентгенологического исследования и интраоперационных находок (секвестры, остеомиелит), а также данных бактериологического и цитологического исследования. При этом в 86,1 % наблюдений верифицировался стафилококк, значительно реже — стрептококки и кишечная палочка. В 11,1 % наблюдений роста колоний не наблюдалось, что дало основание предположить наличие анаэробов.

В комплекс лечебных мероприятий наряду с оперативным вмешательством, включающим в себя некрсеквестрэктомиию, при костном панариции широко применяли антибиотикотерапию с внутривенной, внутрикостной инфузией под венозным

жгутом. Кроме того, использовали непрямую лимфотропную терапию у 32 пациентов. Операции выполняли, как правило, под проводниковой анестезией, в случае распространенной деструкции мягких тканей и костных структур применяли кратковременный внутривенный наркоз с использованием дипривана и его аналогов.

У 80 пациентов с костной формой панарициев выполнено 96 оперативных вмешательств. Удаление секвестров выполнено в 66 случаях, резекция фаланги — в 22 и экзартикуляция фаланги в 8 наблюдениях. В 63 наблюдениях проводилась активная внутривенная антибиотикотерапия под венозным жгутом: внутрикостное введение под манжеткой с экспозицией 30 минут. Сочетанное внутривенное и внутрикостное введение антибиотиков применили в 18 наблюдениях. В тяжелых случаях широко применяли непрямую лимфотропную терапию. При этом в первый межпальцевой промежуток кисти подкожно на глубину 0,5–1 см с тыльной стороны вводили раствор лидазы в количестве 16–32 единицы на 2,0 мл 0,5% раствора новокаина. Через 3–4 минуты, не вынимая иглы, вводили 80 мг гентамицина с 1,0 мл 0,5% раствора новокаина. На место вкола накладывали спиртовой шарик и асептическую повязку. Проводили легкий массаж предплечья по ходу лимфатических коллекторов без наложения давящей манжеты. Первые двое суток выполняли по 2 инъекции, затем — однократно. Предлагаемая комплексная методика лечения костных панарициев позволила вдвое сократить расход лекарственных препаратов. Средний койко-день при костном панариции составил 21,1. Кроме того, больше чем в два раза сократился процент ампутаций и экзартикуляций — 10 % (по данным литературы — 21,3–42,8 %).

УДК 616.728.3:616-089.5

С.Б. Кузнецов, А.В. Ерусалимцев, С.М. Кузнецов, П.Д. Метревели, О.В. Казанкова

ВЫБОР СПОСОБА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Авторами доказано, что методом выбора при анестезиологическом обеспечении миниинвазивных вмешательств на коленном суставе является использование дипривана и его аналогов в сочетании с наркотическими анальгетиками.

Ключевые слова: коленный сустав, обезболивание

THE CHOICE OF ANESTHESIA METHOD AT ENDOSCOPIC SURGERIES ON THE KNEE JOINT

S.B. Kuklin, A.V. Yerusalimtsev, S.M. Kuznetsov, P.D. Metreveli, O.V. Kazankova

The authors proved that the method of choice at anesthetic management of mini-invasive surgeries on the knee joint is the use of diprivan and its analogues in combination with narcotic analgetics.

Key words: knee joint, anesthesia

В структуре поражений суставов патология коленного сустава занимает ведущее место. Это обус-

ловлено сложностью анатомического строения сустава, особенностями функциональной нагрузки. Не-