45. Richter A., Nebe T., Wende K. HLA-DR expression in acute pancreatitis // Eur. J. Surg. — 2005. — Vol. 165, № 10. — P.947-951.
46. Satoh A., Miura T., Satoh K. Human Leucocyte Antigen-DR Expression on peripheral monocytes as a predictive marker of sepsis during acute pancreatitis // Pancreas. — 2002. — Vol. 25, № 3. — P.245-50.
47. Schilmerich J. Interleukins in acute pancreatitis // Scand. J. Gastroenterol. — 1996. — Vol. 219. — P.37-42.
48. Sen C., Packer L. Antioxidant and redox regulation of gene transcription // Faseb. J. — 1996. — Vol. 10. — P.709-715.
49. Stone W., Papas A. Tocopherols and the etiology of colon cancer // J. Natl. Cancer. Inst. — 1997. — Vol. 89. — P.1006-1015.
50. Tolstoy A.D., Smirnov M.N., Andreev M.I., et al. First experience in treating severe acute pancreatitis with recombinant human interleukin-2 // Int. J. Ummunorehabilit. — 2000. — Vol. 2, № 3. — P.126-129.

© КРАЙНЮКОВ П.Е., ЩЕРБАТЫХ А.В., КАЛАШНИКОВ В.И. — 2006

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

П.Е. Крайнюков, А.В. Щербатых, В.И. Калашиников

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов; кафедра факультетской хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.В. Щербатых, Военный госпиталь соединения РВ СН, г. Иркутск, нач. госп. — к.м.н. П.Е. Крайнюков)

Резюме. В статье рассматриваются вопросы лечения гнойных заболеваний пальцев кисти, способы анестезии и реабилитации пациентов с этой патологией. Приведены типичные ошибки в оказании медицинской помощи данной категории больных.

Ключевые слова. Панариций, проводниковая анестезия.

Проблема оказания медицинской помощи больным с гнойными заболеваниями пальцев кисти остается по-прежнему актуальной, так как в России по поводу травм и гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти ежегодно обращается в медицинские учреждения до 1% населения, а в структуре гнойных заболеваний, потребовавших хирургического лечения в поликлинике, различные виды панариция составляют до 46% [11,15].

По-прежнему остается актуальным выражение В.Ф. Войно-Ясенецкого «Можно ли представить себе что-либо более банальное для хирурга, чем панариций? Уделяется ли какой-либо другой болезни меньше внимания, чем панарициям? Не поручается ли везде и всюду лечение их самым младшим ординаторам? А между тем как важен, как мучителен для больного воспалительный процесс на пальце, и как редко, как поразительно редко можно увидеть сознательное и вполне правильное лечение флегмон пальцев среди практических врачей.....» [5].

Предупредить порой длительную нетрудоспособность и, нередко, инвалидизацию при панарициях возможно, но как показывает практика, только при оказании квалифицированной медицинской помощи на уровне поликлиники, куда в подавляющем большинстве обращаются пациенты с различными мелкими повреждениями пальцев. Микротравмы нередко по течению и последствиям бывают тяжелее, чем обширные раны, так как последние обычно привлекают больше внимания и, как правило, своевременно лечатся [14,17].

К мелким повреждениям относятся: ссадины, царапины, ушибы, трещины кожи, поверхностные резаные и колотые раны, внедрение инородных тел (укол иглой, заноза). К ним так же относят подногтевую гематому, заусеницы, травмы окологтевого валика. Из мелких ранений пальцев кисти наиболее опасны колотые глубокие повреждения, над которыми быстро смыкаются края раны, а в глубине раны сохраняется источник инфекции [9,11,15].

Анализируя качество оказания медицинской помощи, которую получали пациенты до поступления в хирургический стационар, выявляется, что уровень хирур-

гического лечения больных с гнойной патологией пальцев на догоспитальном этапе нередко не соответствует современным достижениям хирургии кисти и осуществляется с целым рядом характерных ошибок [7,11,14].

Для установления правильного диагноза на догоспитальном этапе и оказания квалифицированной медицинской помощи нет необходимости в дорогостоящем оборудовании или выполнении сложных анализов. Достаточно собрать полный анамнез, внимательно осмотреть больного и, при необходимости, выполнить рентгенограмму пальцев кисти [6].

Необходимо помнить, что вследствие различного строения подкожной клетчатки, гнойное воспаление на ладонной и тыльной поверхностях пальцев кисти протекает по-разному. На тыльной поверхности пальцев распространение воспаления происходит в основном по плоскости, тогда как на ладонной поверхности зона некроза быстро распространяется в глубину тканей, вовлекая в гнойный процесс сухожильные и костные структуры. Особого внимания требуют раны в проекции межфаланговых и пястно-фаланговых суставов, которые часто проникают в полость сустава, что остается нераспознанным при осмотре [18,19].

После осмотра больному необходимо провести тщательный туалет кожи кисти: удаляются задубленные предыдущими обработками участки эпидермиса, подстригаются ногти. При необходимости в предоперационном периоде начинается курс регионарной антибактериальной терапии (лимфотропная, ретроградная внутривенная или их сочетание) [3,10]. Проведение операций и необходимое для этого оборудование и инструментарий при гнойной патологии пальцев кисти имеют ряд особенностей. Так, кроме общехирургического инструментария используют инструменты малых размеров (из глазных и микрохирургических наборов), костные ложечки Фолькмана всех размеров, фаланговую пилу Лангенбека, надфили для обработки острых краев костной фаланги, бормашину с набором алмазных дисков и шлифовальных камней, прямые и изогнутые препаровочные ножницы.

При оперативных вмешательствах по поводу глубо-

ких форм панарициев операционная бригада должна состоять из хирурга, ассистента, операционной сестры и анестезиолога. Выполнение операции хирургом без ассистента рассматривается как тактическая ошибка.

Во время выполнения операции при гнойно-воспалительных заболеваниях пальцев не рекомендуется применять общепринятый способ обескровливания методом наложения жгута. Следует помнить, что прекращение кровообращения в конечности более чем на 1,5 часа чревато возникновением послеоперационного отека кисти, венозного застоя, ангиотрофоневроза, особенно у лиц пожилого возраста, страдающих атеросклерозом, диабетом и другими нарушениями обмена веществ. Нередко вследствие длительного сдавления нервных стволов жгутом возникают парез и паралич кисти [7,11,14].

Чаще всего при операциях по поводу панариция проводят проводниковую анестезию. Выполнение местной инфильтрационной анестезии целесообразно только при начальных стадиях паронихии, но при этом новокаин надо вводить за пределами зоны инфильтрации тканей, обезболивая кожу по типу «лимонной корочки» по ходу предполагаемого разреза. Правильность выполнения проводниковой анестезии пальцев, несмотря на кажущуюся простоту, может существенно сказаться на динамике течения заболевания [7,18].

Болевые ощущения вследствие неадекватной анестезии во время первой операции надолго остаются в памяти больных, в дальнейшем они со страхом ждут повторения своих ощущений, что в ряде случаев даже служит поводом для отказа от повторного оперативного вмешательства [14]. Перед оперативным вмешательством необходимо выполнить премедикацию с применением промедола, реланиума, димедрола.

Большинство хирургов амбулаторного и стационарного звена при вскрытии панариция предпочитают выполнять блокаду по Лукашевичу-Оберсту, которая заключается во введении у основания пальца с двух сторон по среднелатеральной линии по 2,0 мл 1% раствора новокаина или лидокаина в направлении к сосудисто-нервному пучку. Все шире используют модифицированный метод, при котором первичный вкол иглы проводится по тылу основной фаланги с последующим продвижением к ладонной поверхности с предпосылкой новокаина и инфильтрацией им мягких тканей. При таком методе увеличивается расход новокаина до 6-8 мл, но достигается кратковременное «сдавливание» сосудистого пучка в ограниченном пространстве, что позволяет отказаться от дополнительного перетягивания основания пальца для достижения обескровливания операционного поля. Кроме того, при проведении проводниковой анестезии по Лукашевичу-Оберсту необходимо учитывать интимное расположение сосудов (собственных пальцевых артерий и вен) с ветвями нервов пальца и избегать их прямого повреждения иглой при проведении анестезии.

Обезболивание по Лукашевичу *не проводится* при повторных оперативных вмешательствах, при панарициях средней, проксимальной фаланг и глубоких формах панариция [11].

Наиболее *типичной ошибкой* при выполнении блокады является наложение жгута на основание пальца до начала операции. В итоге хирург проводит инфильтрационный вид обезболивания. Результатом по-

добных манипуляций является неадекватное обезболивание, выраженная гидропрепаровка мягких тканей раствором анестетика, некачественно выполненная операция [7].

Одним из условий адекватной некрэктомии являются полноценная анестезия с обескровливанием операционного поля, которая позволяет лучше идентифицировать и удалить некротизированные ткани. Некрэктомия на пальцах кисти должна выполняться при полном обескровливании, что достигается наложением резинового жгута на основание пальца или манжеты от тонометра на предплечье. Манипулирование в тканях «вслепую» может привести к повреждению важных анатомических структур со всеми вытекающими отрицательными последствиями [14].

В литературе описаны случаи некроза кожи, а также длительная потеря чувствительности и тугоподвижность пальца после использования анестетика с добавлением спирта, антибиотиков, адреналина. Собственные артерии пальца на уровне основной фаланги имеют небольшой диаметр (1-1,5 мм), что обуславливает их склонность к длительному ангиоспазму с последующим тромбозом при паравазальной инфильтрации, помимо анестетика, других препаратов. Считаем категорически противопоказанным неоднократное введение анестетиков с антибиотиками в воспаленные отечные ткани в качестве лечебной манипуляции, так как эта процедура приводит к дальнейшему повышению внутриклеточного давления с последующим некрозом мягких тканей [6,11,15].

С учетом вышесказанного, при локализации гнойного процесса на средней и основной фаланге необходимо выполнять *проводниковое обезболивание по Е. В. Усольцевой* проксимальнее места деления общих пальцевых нервов между пястными костями. Этот уровень соответствует горизонтальной линии, проведенной на тыле от пястно-фалангового сустава I пальца к локтевому краю пясти. В соответствующем межкостном промежутке на тыле кисти тонкой иглой делается укол и обезболивается кожа 0,5-1% раствором новокаина. Затем через образовавшийся желвак проводится более длинная игла: ее постепенно продвигают в глубину, в сторону ладонной поверхности. Раствор новокаина необходимо вводить по мере продвижения иглы для обеспечения послойной инфильтрации всех тканей до кожи ладони. На анестезию каждого межкостного промежутка необходимо 15-20 мл 0,5% раствора новокаина. Полная анестезия пальцев наступает через 3-6 минут и продолжается дольше 1 часа.

При поражении средней фаланги мы применяем проводниковую анестезию в межпальцевых промежутках по следующей методике. После обработки раствором антисептика и отграничении кожи пальцев и межпальцевых промежутков выполняется прокол кожи в двух прилегающих межпальцевых промежутках, обезболивается кожа, игла продвигается параллельно горизонтальной поверхности кисти и пальцев на глубину 2 сантиметра. Потянув поршень шприца на себя и убедившись, что игла не в сосуде, вводится 3-4 мл 1% раствора новокаина (лидокаина). В проекции пястно-фалангового сустава по тыльной поверхности для анестезии тыльных пальцевых ветвей лучевого нерва вводится 3-4 мл 1% раствора новокаина. При обезболивании

большого пальца пальцевые нервы находятся ближе к ладонной поверхности, поэтому иглу надо вводить ближе к ладонной поверхности, чем обычно. Анестезия наступает через 5–6 минут и длится в течение 1–2 часов.

При поражении основной фаланги и глубоких поражениях ногтевых фаланг мы применяем блокаду нервных стволов на уровне запястья. Техника блокады заключается в следующем: обрабатывается антисептиком и ограничивается кисть и запястье. По внутренней поверхности предплечья срединный нерв обезболивается на уровне сгибательной складки лучезапястного сустава латеральное сухожилие длинной ладонной мышцы. Локтевой нерв обезболивается латеральное сухожилие локтевого сгибателя кисти так же на уровне сгибательной складки лучезапястного сустава. На тыльной поверхности для обезболивания лучевого нерва анестетик вводится над шиловидным отростком лучевой кости у основания анатомической табакерки. Дорзальная кожная ветвь локтевого нерва обезболивается из точки над выступающим шиловидным отростком локтевой кости. В каждую из четырех точек вводится по 5 мл 2% раствора новокаина (лидокаина). При введении иглы необходимо потягивать поршень шприца на себя перед введением анестетика для избежания внутрисосудистого введения препарата.

Считаем нецелесообразным применение внутрикостной анестезии, так как в месте ее выполнения сохраняется длительный болевой синдром, а при определенных условиях не исключено развитие остеомиелита лучевой кости.

Для всех видов проводниковых блокад существуют определенные ограничения. Так, инфицирование кожи в области предполагаемой пункции является абсолютным противопоказанием к выполнению регионарного обезболивания. Не исключено возникновение осложнений, обусловленных индивидуальной чувствительностью к анестетику – аллергические реакции с развитием шока.

Нередко выполняется кожный разрез без иссечения некротизированных тканей в надежде на дальнейшее самостоятельное отторжение некрозов при перевязках. Некрэктомия – обязательное условие хирургического лечения панарициев. Даже после неадекватного вскрытия гнояника давление в тканях пальца снижается, уменьшается интенсивность боли, что врачом и пациентом расценивается как положительная динамика, в то же время деструктивный процесс продолжает прогрессировать, распространяясь в глубь тканей, поражая важные анатомические образования [5,8,15].

При проведении оперативного вмешательства по поводу гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти доступ должен выбираться индивидуально в зависимости от наличия или отсутствия ран и повреждений кожи. При уже имеющихся повреждениях кожного покрова на тыльной или ладонной поверхности дефект кожи необходимо экономно иссечь. На боковых поверхностях пальца имеющиеся раны расширяем по «нейтральным линиям». При неповрежденных кожных покровах доступ на пальцах должен осуществляться по боковым поверхностям и Г-образно на ногтевой фаланге. Необходимо максимально щадить кожный покров пальцев кисти, так как длинные продольные разрезы нередко приводят к выраженным рубцовым контрак-

турам и нарушениям функции кисти, а кожный лоскут, лежащий между параллельными разрезами, нередко некротизируется с формированием обширного дефекта мягких тканей. Повреждение нерва, расположенного вблизи сухожилия, может привести к утрате кожной чувствительности и трофическим нарушениям пальцев кисти [18].

Очень сложной и ответственной манипуляцией считается «радикальная» некрэктомия в зоне важных анатомических структур пальцев кисти. Полноценность ее выполнения во многом зависит от опыта хирурга. Оставшаяся после некрэктомии нежизнеспособная ткань может стать причиной затяжного течения заболевания. В то же время чрезмерно радикальное вмешательство в такой сложной анатомической области, как пальцы, может непоправимо нарушить их функцию [4,11].

Главное в комплексном лечении панарициев – активное местное лечение гнойного очага: проведение своевременной и адекватной хирургической обработки, создание оптимальных условий для санации раны и ее возможно раннее закрытие.

Некрэктомия на пальцах кисти завершается обработкой полости растворами антисептиков и её дренированием с мазями на водорастворимой основе (левосин, левомеколь и т. д.). Использование линимента Вишневского, а также ихтиоловой мази на современном этапе категорически неприемлемо, так как противоречит современным представлениям лечения гнойной раны.

Одним из основных элементов лечения является обеспечение оттока из раневой полости – дренирование гнойной раны, при котором удаляются гнойный экссудат, продукты тканевого распада и бактериальные токсины и создаются благоприятные условия для скорейшего очищения раны от некротических тканей. Различают пассивное и активное дренирование раны [6,16,17].

При пассивном дренировании применяют трубчатые дренажи – перфорированные (по размеру раны) трубки из полихлорвинила (ПХВ), полиэтилена, фторопласта различного диаметра. Для обеспечения достаточного оттока дренажную трубку необходимо укладывать по дну раны. На догоспитальном этапе часто применяются дренажи из перчаточной резины.

Многие авторы настаивают на исключении резиновых выпускников и марлевых турунд из арсенала лечебной помощи при гнойных ранах, и в частности панарициев [8,11,15]. Но как показывает опыт, особенности анатомического строения пальцев не позволяют использовать только активное дренирование. К выбору метода дренирования необходимо подходить индивидуально, с использованием всех известных способов и в зависимости от той или иной клинической ситуации.

При открытом ведении раны, при отсутствии отрицательной динамики гнойного процесса резиновая полоска из раны удаляется на второй-третий день. Визуально оценивается состояние полости. В случае адекватной некрэктомии стенки полости в эти сроки уже чистые, появляются грануляции, отделяемое из раны скудное, серозно-гнойное. Если же рана с обильным гнойным отделяемым, с некротическими тканями, перифокальным воспалением без тенденции к купированию, необходимо решать вопрос о повторной ревизии

и некрэтомии [2,12,15].

Очень широко при гнойных поражениях пальцев кисти в настоящее время пользуется система постоянного «проточного» промывания раны антисептическими растворами. Для проточно-промывного дренирования используются устройство-катетер, представляющий собой катетер — бабочку для внутривенных вливаний. Приводящий конец дренажа подключается к системе от переливания крови с каким-либо антисептическим раствором, а отводящий опускается в банку с антисептиком. Следует подчеркнуть, что функция накладываемых швов заключается не в герметичном закрытии раны, а в адаптации ее краев и фиксации дренажных трубок, края раны при этом не должны вызывать сомнений. Нецелесообразно применять кетгут и шелк из-за их неблагоприятного воздействия на ткани. Оптимальнее применять нити из синтетических волокон с атравматическими иглами, так как они не вызывают нагноения и формирования лигатурных свищей, а снятие швов происходит безболезненно.

Первая перевязка производится на второй день после операции, затем ежедневно контролируется состояние раны и функционирование дренажа.

Проточный метод позволяет в большинстве случаев полностью решить проблему дренирования при глубоких формах панарициев. Длительное промывание обеспечивает достаточное механическое очищение раны после хирургической обработки гнойного очага, а использование антибактериальных растворов дает и прямой подавляющий эффект на микрофлору. В первые 2 суток в большинстве наблюдений отмечается отхождение умеренного количества гнойного отделяемого по дренажу. Затем раневое отделяемое становится серозным, его количество прогрессивно уменьшается и к 3-5 суткам становится скудным. Изредка в поздние сроки отходят отдельные небольшие сгустки фибрина или гноя; это — естественная реакция тканей на присутствие постоянного дренажа, а не признак нагноения [6,16].

Дренаж удаляют, когда промывной раствор становится прозрачным, а клинические признаки свидетельствуют о благоприятном течении заболевания. Необходимо помнить, что дренаж может служить и входными воротами для инфекции. Сроки дренирования зависят от характера конкретного наблюдения.

При открытом ведении в послеоперационном периоде рана обильно промывается раствором хлоргексидина или водным раствором 3% перекиси водорода. При образовании пены из раны механически удаляются гной, детрит, кусочки нежизнеспособных тканей. Перевязки производятся один раз в сутки, по показаниям — два раза. В фазе воспаления основным препаратом для местного лечения являются многокомпонентные мази на водорастворимой основе, которые оказывают многонаправленное действие на течение раневого процесса. Высокая антимикробная активность и дегидратирующий эффект, обезболивающее действие в течение 18-24 часов делает их применение в первой фазе обязательным при лечении панарициев. При проведении перевязок больным с подкожным и костным панарициями, после дренирования резиновым выпускником, водорастворимая мазь в полость «закачивается» шприцом. При обильном кровотечении считаем обязательным проведение первой перевязки через 1-2 часа.

В фазе регенерации следует применять различные индифферентные мази на жировой основе: тетрациклиновую, гентамициновую, синтомициновую, а так же облепиховое масло и масло шиповника [2,9,12,20].

Всем больным после операции конечность иммобилизуется косыночной повязкой. Больному назначается полупостельный режим. Начиная с третьих суток послеоперационного периода, во время перевязки начинают пассивные движения, включающие в себя пассивные сгибания и разгибания в межфаланговых суставах. Любые движения пальца в первые сутки после операции лишены всякого смысла, так как способны лишь усилить отек. С 4-5 суток дважды в сутки показана гимнастика пальца, активные и пассивные движения в суставах. Через неделю со дня операции переходят к дозированным активным движениям пальца с постепенным увеличением нагрузки [6,11,19].

Для предупреждения послеоперационного отека и улучшения трофики тканей, снятия болевого синдрома назначается курс магнитотерапии (20-25 минут ежедневно, 10 сеансов). При выраженном болевом синдроме на область предплечья назначаются диадинамические токи (5-6 сеансов продолжительностью 10-15 минут). Для уменьшения болевого синдрома, отека, улучшения трофики тканей применяется УВЧ-терапия в слабо тепловой дозировке по поперечной методике на область кисти и предплечья продолжительностью 10-15 минут ежедневно (7-10 сеансов). Массаж пораженной конечности ежедневно в течение 10 суток. С 3-5-го дня больные выполняют сгибание, разгибание, отведение и приведение кисти и пальцев, изотоническое напряжение и расслабление мышц предплечья; сгибание и разгибание в локтевом суставе; упражнения в шейном отделе позвоночника и здоровой верхней конечности. Проводится комплекс лечебной физкультуры, направленный на увеличение силы и выносливости (поднятие и удержание легких грузов), координационные движения с теннисным мячом — легкие броски, точное попадание в цель, поочередное касание подушечками II, III, IV, V пальцев подушечки I пальца, постепенно увеличивая скорость упражнения [1,13,19].

Необходимо помнить, что в амбулаторных условиях целесообразно выполнять оперативные вмешательства по поводу поверхностных форм панариция. При глубоких формах панариция и отсутствии положительной динамики после первой операции, а тем более ухудшении состояния целесообразна госпитализация в хирургический стационар.

Несмотря на значительное количество публикаций по данной проблеме до настоящего времени нет единого мнения о сроках проведения оперативного лечения, об определении показаний к выполнению конкретных хирургических вмешательств, выборе методов обезболивания. Поэтому считаем, что порой даже опытному хирургу непросто ориентироваться при решении многочисленных задач по оказанию своевременной помощи больным с гнойной патологией пальцев кисти.

На сегодняшний день не существует «идеального» алгоритма лечения панариция. Поэтому большинство хирургов указывают на необходимость индивидуального выбора и метода обезболивания, объема операции и способа дренирования в зависимости не только от локализации гнойного процесса, но и его формы.

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