

Одновременно начинается проведение инфузионно-трансфузионной терапии теплыми растворами с добавлением гормонов от 1 до 5 литров, в зависимости от состояния больного (объема, степени отморожения и стадии общего переохлаждения) [13].

Сосудорасширяющие средства: папаверин, но-шпа и др. [6, 7, 10].

Десенсибилизирующая терапия: димедрол, пипольфен и др. [6, 7, 8].

Коррекция клеточного и гуморального иммунитета введением 10 мг тималина или актовегина ежедневно в течение 5 дней [6, 7].

Биогенные стимуляторы: Алоэ, ФиБС, стекловидное тело [6, 7].

Витаминотерапия: витамины группы В (В1 и В6) и С [6, 7, 8].

Симптоматическая терапия: сердечные гликозиды, дыхательные analeптики [6, 7].

При тяжелой холодовой травме, начиная со следующего после поступления дня, мы проводим экстракорпоральные методы детоксикации крови (плазмаферез, плазмасорбция и т.д.), не дожидаясь развития синдрома эндогенной интоксикации [5].

При лечении вялогранулирующих ран после отморожения применяем препарат Куриозин фирмы Гедеон Рихтер [4].

Данное лечение получили 177 больных, лечившихся в Алданской ЦРБ, поступивших в дореактивном и раннем реактивном периодах. Результаты лечения улучшились: сократились сроки лечения в 2,8 раза; уменьшилось количество некрозов в 3,8 раза; уменьшился выход на инвалидность в 3,2 раза по сравнению с традиционными методами лечения, проводимыми в стационарах района.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антикоагулянтная терапия при отморожениях / Р.З. Алексеев, Я.П. Бакычаров и др. // Вопросы краевой патологии. — Якутск, 1973. — С. 280.
2. Алексеев Р.З. Врачебная помощь при отморожениях в дореактивном периоде и общем охлаждении организма / Р.З. Алексеев, Г.Н. Никулина // Информационное письмо. — Якутск, 2004.
3. Бочаров С.Н. Лечение холодовой травмы / С.Н. Бочаров, А.Ф. Лоскутников // Материалы всерос. конф. — Ленинск-Кузнецкий, 2000. — С. 84—85.

4. Вахнин М.В. Применение препарата «Куриозин» при лечении вялогранулирующих ран / М.В. Вахнин // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2002. — № 6. — С. 198—199.

5. Вахнин М.В. Комплексное лечение отморожений конечностей / М.В. Вахнин, В.Н. Мирошник, В.Н. Гузь // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2002. — № 6. — С. 200—201.

6. Воронин Н.И. Влияние качества первой и медицинской помощи на исходы лечения пострадавших от холодовой травмы / Н.И. Воронин, В.Н. Мерекин // Травматология и ортопедия России. — 1995. — № 4. — С. 87—88.

7. Воронин Н.И. Холодовая травма человека и ее лечение / Н.И. Воронин, В.А. Доровских. — Благовещенск, 1996.

8. Гоголев Л.С. Местная холодовая травма. Классификация, диагностика и принципы лечения / Л.С. Гоголев, Н.И. Воронин // Сб. науч. работ. — Благовещенск, 1994. — С. 131.

9. Голомидов А.Я. О профилактике и лечении отморожений / А.Я. Голомидов // Вестник хирургии им. Грекова. — 1958. — № 2. — С. 126—134.

10. Дореактивный период глубоких отморожений, прогноз и лечение / Х.А. Мусалатов, Л.Л. Силин, Р.З. Алексеев и др. // Мат. рос. научн.-практ. конф. — Якутск, 2002. — С. 57—62.

11. Дудариков А.А. Современные подходы к лечению отморожений конечностей / А.А. Дудариков // Мат. межобл. научно-практ. конф. — Благовещенск, 2005.

12. Применение новокаиновых блокад в лечении отморожений / Е.В. Гаврилин, А.Г. Глушко, В.Д. Поярков и др. // Сб. тр., посвящ. 70-летию Новокузнецк. ГИДУВа. — Новокузнецк, 1997. — Ч. 1. — С. 41—43.

13. Рыбдылов Д.Д. Диагностика и лечение местной холодовой травмы / Д.Д. Рыбдылов // Мат. межобл. науч.-практ. конф. — Благовещенск, 2005.

14. Тайлашев М.М. Оказание медицинской помощи при отморожениях / М.М. Тайлашев. — Памятка для врачей. — Иркутск, 1993.

15. Finderle Z. Delayed treatment of frostbite injury with hyperbaric oxygen therapy: a case report / Z. Finderle, K. Cankar // Aviat-Space-Environ-Med. — 2002. — Vol. 73 (4). — P. 392—394.

УДК 617.576-002.36-089

В.Е. Воловик, С.Н. Березуцкий

ПРИНЦИПЫ ЭТАПНОГО И НЕПРЕРЫВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ КОЖИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Краевая клиническая больница № 2 (Хабаровск)
Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск)

В статье рассматриваются принципы этапного и непрерывного лечения больных с травматическими дефектами кожи пальцев кисти на примере работы отделения микрохирургии кисти ККБ № 2.

Подробно отображены методики на всех этапах лечения больных. Доказывается преимущество данной системы.

Ключевые слова: дефекты кожи, дистальная фаланга, ампутация, реконструкция

PRINCIPLES STEP-BY-STEP AND CONTINUOUS TREATMENT OF THE PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC DEFECTS OF A SKIN OF FINGERS OF A HAND

V.E. Volovik, S.N. Berezutsky

*Regional State Clinic Hospital N 2, Khabarovsk
Far Eastern State Medical University, Khabarovsk*

In the article the principles step-by-step and continuous treatment of the patients with posttraumatic defects of a skin of fingers of a hand on an example of work of department of hand microsurgery of Regional State Clinic Hospital 2 Khabarovsk city are considered. Techniques at all stages of treatment of the patients explicitly are displayed. The advantage of the given system is proved.

Key words: skin defects, distal phalanx, amputation, reconstruction

В отделении микрохирургии кисти ККБ № 2 действует система этапного и непрерывного лечения больных с травматическими дефектами кожи пальцев кисти. Она включает в себя: 1) отсроченную хирургическую обработку ран; 2) применение микрохирургической техники при лоскутной пластике; 3) стандартизованную схему послеоперационного лечения; 4) направление больного на дальнейшее амбулаторное лечение в кабинет кисти при отделении; 5) тесное взаимодействие с восстановительным центром; 6) дальнейшее динамическое наблюдение за больным оперирующим хирургом.

Отсроченная ПХО ран при следующих ситуациях (сомнительная жизнеспособность краёв и дна раны при большинстве рваных, ушибленных, разможенных, скальпированных, укушенных и огнестрельных повреждениях; при загрязнении ран различными производственными и бытовыми веществами; при комбинированных термомеханических повреждениях; при позднем обращении пострадавших или поздней их транспортировке; при отсутствии специалистов и условий для проведения операций в отдаленных регионах и др.) позволяет четко установить показания и провести в оптимальном варианте восстановление поврежденных анатомических структур кисти на ранних этапах лечения, правильно решить ряд организационных вопросов и значительно снизить инвалидность [1, 3]. Особенно это актуально в условиях регионов Севера и Дальнего Востока с их обширными малонаселенными территориями с плохо функционирующей транспортной инфраструктурой и концентрацией специализированных отделений и подготовленных кадров всего в нескольких городах.

Метод отсроченной ПХО ран открытых повреждений кисти с дефектом кожи пальцев кисти состоит из раннего комплекса активных лечебных мероприятий, проводящихся с момента поступления больного с травмой кисти в стационар, и отсроченного радикального оперативного вмешательства, осуществляемого через 3–5 суток после травмы [2, 5].

Применение данной методики позволило нам применять различные сложные восстановительные пластические операции с применением микрохирургии практически без гнойных осложнений.

Использование микрохирургической техники при проведении кожно-пластических операций, по нашему опыту, позволяет без затруднений, уверенно и быстро идентифицировать сосудистые структуры пальца, бережно их выделять, производить необходимые манипуляции (разделение нерва и артерии, перенос сосудисто-нервного пучка и т.д.) [4, 7, 8].

После выписки из стационара больной направляется в специализированный кабинет хирургии кисти при больнице, где проводятся перевязки и все необходимые малые манипуляции, и проходит дальнейшее лечение под наблюдением врача отделения.

Наряду с этим, больные с более тяжелыми повреждениями пальцев после полного заживления раны направляются в специализированный центр восстановительного лечения. По согласованным со специалистами отделения хирургии кисти методикам, в центре проводят полный курс восстановительного лечения.

Также обучаем больных применять в домашних условиях аппликации парафина продолжительное время (до 45–50 процедур). Также в центре с больными интенсивно занимается сертифицированный врач ЛФК.

Таким образом, обеспечение преемственности и последовательности стационарного и амбулаторного лечения больных с травматическими дефектами пальцев кисти позволяет значительно улучшить результаты лечения данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азолов В.В. Характер оперативного пособия при отрывах, разможениях и раздавливаниях кисти и пальцев / В.В. Азолов, Г.И. Демитуев, У.В. Воскресенский // Матер. межобл. науч.-практ. конф. — М., 1971. — С. 62–66.
2. Афанасьев Л.М. Хирургическая тактика в лечении больных с сочетанными повреждениями верхней конечности и их последствиями: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Ленинск-Кузнецкий, 1999. — 42 с.
3. Бамиров А.Б. Кожная пластика при свежих повреждениях пальцев кисти / А.Б. Бамиров // Здравоохранение Казахстана. — 1970. — № 7. — С. 61–62.

4. Волков М.В. Повреждения кисти и пальцев и основные принципы их лечения / М.В. Волков, А.В. Каплан // Повреждения и деформации кисти. — М., 1963. — С. 5—14.

5. Boden B.P. Management of traumatic cutaneous defects by using a skin-stretching device / B.P. Boden, B.R. Buinewicz // Am. J. Orthop. — 1995. — P. 27—30.

6. Gatewood D.A. A plastic repair of finger defects without hospitalization / D.A. Gatewood // JAMA. — 1926. — Vol. 87. — P. 1479.

7. Kaplan E.B. Functional and surgical anatomy of the hand / E.B. Kaplan. — Philadelphia: Lippincott, 1965. — P. 356.

8. Rose E.H. Local arterialized island flap coverage of difficult hand defects preserving donor digit sensibility / E.H. Rose // Plast. Reconstr. Surg. — 1983. — Vol. 72. — P. 848.

УДК 616.711.6-089:616-071

П.В. Доценко, Н.В. Ремизов, А.А. Лака, А.Н. Ремизов, В.В. Доценко

ВЫСОКОИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТИТАНОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Российский университет дружбы народов (Москва)
ЦКБ Академии наук РФ (Москва)

Авторы провели исследование послеоперационных изменений в позвоночном канале после вентральной декомпрессии, используя КТ и МРТ. Был найден ответ на вопрос о вероятности развития рубцово-спаечного процесса после передней нейрохирургической декомпрессии.

Ключевые слова: позвоночник, хирургическое лечение, имплантаты

HIGH-QUALITY METHODS OF THE RESEARCHES AFTER OPERATIONS ON LUMBAR PART OF THE SPINE USING TITANIUM CONSTRUCTIONS

P.V. Dotsenko, N.V. Remizov, A.A. Laka, A.N. Remizov, V.V. Dotsenko

Russian University of Peoples' Friendship, Moscow
Central Clinical Hospital of Academy of Science of RF, Moscow

The authors studied postoperative changes in vertebral canal after ventral compression with application of CT and MRI. The development of cicatrice-commissural process after anterior neurosurgical decompression was found to be possible.

Key words: spine, surgical treatment, implants

ВВЕДЕНИЕ

Основной задачей оперативного лечения дегенеративной нестабильности является достижение сращения в патологически подвижном сегменте. Именно поэтому много исследований посвящено проблеме диагностики межтелового сращения. Лучевые методы диагностики используются для объективизации состоявшегося костного сращения и полноты декомпрессии позвоночного канала. Костный блок мы можем увидеть при стандартных исследованиях после костнопластических операций. Современные технологии, при которых в межтеловых промежутках внедряются имплантаты, затрудняют рентгенологическую оценку сращения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Высокоинформативные методы диагностики (КТ, МРТ, спиральная КТ) выполнены 38 пациентам.

Оценка операции переднего спондилодеза с использованием имплантатов основывается на ви-

зуализации сращения костной ткани позвонка с поверхностью имплантата. Отсутствие зоны разрежения на границе кости и металла свидетельствует об успешной остеоинтеграции. Другими благоприятными диагностическими признаками состоявшегося спондилодеза является наличие костной ткани внутри имплантата, которая по плотности соответствует губчатой кости тела позвонка, а также «наплывание» костной ткани над имплантатом.

Другой важной задачей рентгенологического исследования в послеоперационном периоде у больных после операций на вентральных отделах позвоночника является оценка полноты декомпрессии. Если для определения костного сращения наибольшую информацию дает спиральная компьютерная томография, то качество декомпрессии лучше всего определять с помощью МРТ. Передняя вентральная нейрохирургическая декомпрессия на поясничном уровне в настоящее время является достаточно редким вмешательством.