

Проблема лечения гнойных заболеваний пальцев кисти (ГЗПК) имеет давнюю историю. Основоложником 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 некрсеквестроэктомию, 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. Куклин, 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-

своевременная санация патологии сустава ведет к поражению хрящевых структур и костной ткани с выраженным нарушением функции сустава. Широкое внедрение в клиническую практику эндоскопических технологий дает возможность с помощью миниинвазивного вмешательства расширить диагностические и лечебные манипуляции на коленном суставе. Диагностика патологии сустава проводилась на основании опроса пациента, осмотра, проведения функциональных проб, рентгенологического обследования, при необходимости проводилась эндоскопическая верификация патологии коленного сустава.

За пять лет в факультетской хирургической клинике выполнено 573 артроскопических вмешательства на коленном суставе. Мужчин было 453 (73,9 %), женщин — 150 (26,1 %). Средний возраст составил 35,1 года.

Болевой синдром отмечен у 91,3 % пациентов, его усиление при «нагрузочных пробах» отмечено у 60,9 %. Увеличение объема сустава было в 45,7 %, гипотрофия мышц бедра — в 19,5 %, положительный симптом Байкова — в 79,3 %, положительные ротационные пробы — в 58,7 %, боль по ходу суставной щели — в 17,4 %, симптом «щелчка» в 19,7 %, баллотирование надколенника — в 10,7 % и симптом «переднего выдвижного ящика» — в 8,7 % наблюдений.

В выборе анестезиологического пособия играет роль кратковременность вмешательства, отсутствие необходимости глубокой релаксации, наличие кровоостанавливающего жгута на бедре. Современные фармакологические препараты дают возможность обеспечить адекватное обезболивание без риска для жизни пациента. Если оперативное пособие превышало 30 минут, пациенту рас-

пускался жгут на бедре на 5–7 минут и затем вновь накладывался до завершения пособия.

В своей практике мы широко использовали для непродолжительных вмешательств диприван в комбинации с наркотическими анальгетиками (68,3 %). При этом получали адекватную глубину наркоза. Основные витальные параметры на протяжении всей операции были стабильными. Короткая постнаркозная депрессия обеспечивала возможность раннего перевода пациента из палаты интенсивной терапии с активизацией пациента. Высокая себестоимость препарата ограничивает его широкое применение в клинической практике.

Кроме того, мы использовали для анестезиологического пособия (8,4 %) кетамин. Практически во всех случаях в постнаркозном периоде отмечалась выраженная психомоторная реакция с галлюцинаторным синдромом. Пациенты требовали наблюдения в течение 2–6 часов, для купирования реакции приходилось прибегать к седативной терапии в стандартных дозировках.

В 23,3 % наблюдений для наркоза использовали традиционно барбитураты, в основном, тиопентал натрия в обычных дозировках. Если глубина наркоза при применении данных препаратов была достаточной, то «управляемость» наркозом имела определенные сложности. Отмечалась длительная постнаркозная депрессия, требующая постоянного наблюдения за пациентом.

Методом выбора при анестезиологическом обеспечении миниинвазивных вмешательств на коленном суставе является использование дипривана и его аналогов в сочетании с наркотическими анальгетиками.

УДК 616.727.2:616.717.2]:615.357.453

В.Ф. Найданов, Н.Ю. Никонов, Н.В. Захаров

ВЛИЯНИЕ ИНЪЕКЦИЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ НА РЕЗУЛЬТАТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОДАКРОМИАЛЬНЫМ ИМПИНДЖМЕНТ-СИНДРОМОМ ПЛЕЧА

МЛПУ Медико-санитарная часть «Строитель» (Томск)

Импинджмент-синдром является наиболее общим и универсальным проявлением многих заболеваний и повреждений плечевого сустава. При его лечении обычно применяется противовоспалительная терапия, методы физиотерапии и локальная инъекционная терапия по методике Нира. Нами были подвергнуты ретроспективному анализу 72 истории болезни пациентов с субакромиальным импинджмент-синдромом. 32 пациента получали инъекционную терапию с применением глюкокортикоидов, а 40 — без их использования. Анализ показал отсутствие статистически значимых различий в результатах лечения пациентов исследуемых групп. Это подтверждает тот факт, что импинджмент-синдром — это явление не воспалительного генеза, а функциональное.

Ключевые слова: субакромиальный импинджмент синдром, вращающая манжета плеча, локальная инъекционная терапия

INFLUENCE OF GLUCOCORTICOID INJECTIONS ON THE RESULT OF CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH SUBACROMIAL IMPINGEMENT-SYNDROME OF HUMERUS

V.F. Naydanov, N.Yu. Nikonov, N.V. Zakharov

Medical-sanitary unit «Stroitel», Tomsk

Subacromial impingement is a most common syndrome in patients with painful shoulder. Anti-inflammatory, physical and local injection therapy by Neer method usually use in these cases. Some authors recommend to