

Таким образом при выполнении всего комплекса мероприятий — улучшении методов диагностики, ускорении госпитализации, рациональном использовании предоперационного времени для создания антибактериального барьера, частичном уменьшении интоксикации, коррекции гемодинамики для выполнения операции и наркоза, а также массивной антибактериальной и инфузионной терапии во время операции и в послеоперационном периоде с коррекцией метаболических и гемодинамических нарушений, повышением иммунных сил организма, борьбой с гиподинамией и паретическим состоянием кишечника — можно добиться благоприятных результатов в лечении перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев М. М. В кн.: Материалы X пленума научн. об-ва хирургов УССР. Донецк, 1967. — 2. Курбангалиев С. М. и др. Актуальные вопросы гнойной хирургии. Л., Медицина, 1977. — 3. Савельева Г. М. Инфузионная терапия в акушерстве и гинекологии. М., Медицина, 1976. — 4. Симонян К. С. Перитонит. М., Медицина, 1971. — 5. Федоров В. Д. Лечение перитонита. М., Медицина, 1974. — 6. Шанин Ю. Н. и др. Послеоперационная интенсивная терапия. Л., Медицина, 1978.

Поступила 2 июня 1979 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.7—08—039.57

Н. И. Милешин, В. Ф. Мирошниченко (Куйбышев-обл.).

Участие кафедры мединститута в организации амбулаторной помощи больным с повреждением опорно-двигательного аппарата

Кафедра травматологии и ортопедии Куйбышевского мединститута выполняет большую работу по организации и оказанию помощи травматологическим больным в амбулаторных условиях. Она проводится по трем основным разделам.

1. **Экстренная помощь.** Клиника 2 раза в неделю круглосуточно принимает травматологических больных из ряда районов города с численностью населения 500 тыс. чел. В эти дни клиника выполняет роль дополнительного травмпункта, т. е. ведет сортировку поступающих в стационар больных, оказывает им необходимую помощь (первичная хирургическая обработка, репозиция, наложение мягкотканых и гипсовых повязок и т. д.), направляет в поликлиники на долечивание с соответствующими рекомендациями. С 1970 по 1978 г. экстренная амбулаторная помощь оказана 2996 травматологическим больным.

2. **Плановая помощь.** После выписки из стационара больных направляют на долечивание в поликлиники по месту жительства, где они получают необходимые процедуры и оформляют документы о нетрудоспособности. Многим из них в процессе лечения приходится производить ряд манипуляций (смена гипсовых повязок, устранение положений гиперкоррекции, определение сроков консолидации и т. д.), требующих специальных навыков. Этот контингент получает амбулаторную помощь в клинике. Оказывает ее врач, ранее лечивший больного в стационаре. Пациенты, не нуждающиеся в манипуляциях, периодически проходят контроль и коррекцию назначений, особенно после устранения иммобилизации. Таким образом, от момента травмы и до полного восстановления функции больные находятся под наблюдением сотрудников клиники.

Другим важным разделом работы является консультативная помощь. Клиника оказывает ее жителям городов и сел Куйбышевской, Пензенской и Ульяновской областей. С 1970 по 1978 г. в клинике проконсультировано более 20000 больных с различными заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата.

3. **Организационно-методическая работа.** Консультативные приемы являются одним из главных видов тесного контакта с поликлиниками и другими лечебными учреждениями города и области. Кроме того, в четырех поликлиниках, являющихся базовыми, постоянно работают ассистенты, которые регулярно осматривают больных со сложными травмами.

Кафедра информирует лечебные учреждения о научных направлениях в ее работе, о новых эффективных методах оперативных вмешательств и других способов лечения. В течение последних двух лет по инициативе горздраводела проводятся

месячные курсы специализации врачей поликлиник. Тесная связь с другими лечебными учреждениями создает условия для выработки единой тактики лечения больных в амбулаторных условиях по установкам кафедры.

УДК 617.577—089.844

**С. М. Гершкович, Г. М. Зязин (Пермь).
О сберегательном лечении травм ногтевой фаланги кисти**

Ранения ногтевой фаланги встречаются часто, и их последствия могут существенно влиять на функцию кисти.

Под нашим наблюдением был 391 больной с повреждением ногтевой фаланги одного или более пальцев (463 пальца). Повреждение I пальца было у 123 больных, II — у 119, III — у 122, IV — у 68 и V — у 31 больного.

При открытых переломах с ранением кожи или ногтевого ложа до 1 см, при лоскутных ранах до 1 см и скальпированных ранах диаметром до 1 см мы применяли консервативное лечение (повязки). Метод использован для лечения 53 ран. 11 ран зажили первичным натяжением, 12 — под струпом и 26 — вторичным натяжением (о виде заживления остальных 4 ран нет сведений). Отдаленные исходы на сроках от 1 до 10 лет изучены на 36 ранах. Хорошие функциональные и косметические результаты достигнуты в 34 наблюдениях, удовлетворительные — в 2 (в одном не было сшито сухожилие сгибателя и развилась контрактура, в другом образовался болезненный рубец).

Первичный шов использован для закрытия 330 ран (отрыв, размозжение — 201; открытый перелом — 84; скальпированная рана — 45). 228 ран зажили первичным натяжением, 6 — под струпом, 46 — вторичным натяжением; в 15 ранах развился краевой некроз, в 2 — некроз, в 5 — остеомиелит; о том, как шло заживление остальных 28 ран, сведений нет.

Отрыв и размозжение — наиболее тяжелые повреждения ногтевой фаланги. Простая хирургическая обработка с экономным иссечением кожи и последующим наложением шва является лучшим методом лечения, но ушивание раны очень часто вызывает необходимость укорочения кости. Дефекту на пальце следует придать более простую форму. Ноготь и ногтевое ложе желательно сохранить. Однако при потере ногтевого ложа более чем наполовину ноготь следует удалить и освежить ногтевой валик, чтобы предупредить образование «когтеобразного» ногтя. Первичный шов использован для закрытия 201 раны. Отдаленные результаты (на сроках от 1 до 12 лет) изучены на 129 ранах. Установлено, что закрытие культи местными тканями после сглаживания или укорочения кости дает подвижный устойчивый кожный покров, но функция пальца нередко страдает. Недостаточное укорочение кости приводит к натяжению кожи при ушивании раны, некрозу ее и как следствие — образованию рубца. При оставлении ростковой части ногтя вырастает патологический ноготь (38 наблюдений).

Лечение открытых переломов ногтевой фаланги (84 наблюдения) при небольшой зоне повреждения мягких тканей не представляет проблемы. Однако часто встречались сложные переломы, сочетающиеся с рваными ранами. Жизнеспособность тканей в таких случаях определить трудно. В то же время способность к приживлению этих участков поразительна. В случаях, когда можно ожидать приживления кончика пальца, необходимо репонировать перелом. Чрезмерная активность может снизить жизнеспособность тканей. Удаляют свободно лежащие осколки. Подстригают мягкие ткани нужно ограниченно, особенно в области ножки. Особое внимание обращают на то, чтобы швы не проходили в основании лоскута и не ухудшали кровоснабжение. Для уменьшения натяжения краев раны можно удалять дистальный отломок (если перелом проходит дистальнее средней трети ногтя). При проксимальных переломах можно укорачивать отломки в месте перелома.

Сберегательное лечение при неполном отрыве проведено в 24 наблюдениях. Ширина тканевой ножки составляла от половины поперечного сечения фаланги до 2 мм. Некроз дистального фрагмента возник в 2 наблюдениях при ширине тканевой ножки около трети поперечного сечения фаланги.

Отдаленные исходы лечения 20 ран изучены в сроки от 1 до 11 лет. Хорошие функциональные результаты выявлены в 16 наблюдениях, удовлетворительные — в 2 (в одном наблюдении образовался деформированный ноготь, а в другом сгибательная контрактура — не был сшит разгибатель пальца) и неудовлетворительные — также в 2 (некроз фаланги).

Скальпированных ран было 45. По характеру повреждения это были лоскутные раны, соединенные с фалангой кожным мостиком. При достаточном кровоснабжении заживление обычно протекает без осложнений. При нарушенном кровоснабжении лоскута целесообразно удалить с него подкожную клетчатку, после чего он превращается в полнослойный трансплантат с тем преимуществом перед свободным трансплантатом, что сохраняет прикрепление и некоторое, хотя и ограниченное, кровоснабжение.

Первичная кожная пластика использована для закрытия 80 ран (см. таблицу).