

Проводили комплексную терапию, которая оказалась эффективной. Ввиду невозможности внутримышечного введения пенициллина из-за обширного повреждения области ягодиц и бедер (тотальное кровоизлияние) раствор натриевой соли бензилпенициллина вводили внутривенно через катетер по 500000 ЕД 8 раз в сутки из расчета 400000 ЕД на 1 кг массы тела больного. Продолжительность курса лечения составила 11 суток.

Повторная люмбальная пункция на 4-й день дала следующий результат: давление ликвора нормальное, цитоз — 80. Реакция Панди +1, белок — 0,4 мг/л. В последующем больной получал оксациллин по 0,1 г 4 раза в день внутрь в течение 10 сут. С момента поступления был назначен гидрокортизон — 60 мг внутривенно в течение 2 дней и преднизолон по 15 мг 2 раза в день внутривенно в течение 6 дней. С целью патогенетической и дезинтоксикационной терапии использовали внутривенно 5—10% растворы глюкозы и натрия хлорида в равных дозах, 15% раствор маннитола, альбумин, протеин, гемодез, одиогруппную плазму. Кроме того, больному были назначены лазикс, аскорбиновая кислота, кокарбоксилаза, коргликон. На фоне интенсивного комплексного лечения осуществлялась перевязка мазью Вишневского. В процессе терапии мочеиспускание не нарушалось. На 3-й день болезни мелкие высыпания исчезли, оставив небольшую пигментацию; геморрагические участки стали стягиваться. Вся область ягодицы с уровня IV поясничного позвонка, области бедер и голени представляла собой обширную раневую поверхность, покрытую некротическим струном с фибринозно-гнойным налетом, который местами был сухим, с участком отторжения до мышечного слоя глубиной 1,5—2 см. Во время перевязок производили этапную некрэктомию ножницами, через 45 дней были удалены все некротические ткани, одновременно участки покрывались полноценными рубцами.



Рис. 2. После выписки через 3 месяца.

Больной выписан из стационара на 48-й день пребывания. При выписке имелся обширный дефект кожи на ягодицах, области поясницы, бедрах и на обеих голених с сочной грануляцией. Через 3 мес после выписки из стационара проведена консультация детским невропатологом, который не обнаружил изменений нервно-психической сферы.

Особенностью этого случая являются обширные некрозы, занимавшие 25% поверхности тела. В связи с тем, что внутримышечные инъекции были невозможными, больному внутривенно вводили пенициллин, который к 4-му дню лечения нормализовал давление ликвора и улучшил состояние больного.

УДК 617.577.9+617.576]:616.74—018.38—089.8

В. С. Павлов (Тольятти). Опыт лечения повреждений сухожилий глубоких сгибателей пальцев и кисти

Лечение открытых повреждений пальцев и кисти остается актуальной проблемой травматологии.

Мы проанализировали за 5 лет результаты одноэтапной терапии 219 больных (мужчин — 174, женщин — 45) в основном с открытыми повреждениями глубоких сгибателей пальцев и кисти.

Основная часть пострадавших (80,1%) была в наиболее трудоспособном возрасте — от 20 до 49 лет. Причинами травм являлись порезы стеклом или ножом, на производстве — металлической стружкой, лентой и другими острыми предметами.

В первые 6—8 ч после травмы в стационар поступили 88% лиц, позднее 12 ч — 12%. Всем поступившим производили первичную одноэтапную хирургическую обработку по общепринятой методике. Всего было восстановлено 351 сухожилие. Первичное заживление ран при одноэтапной хирургической обработке отмечено в 85,5% случаев. Наибольшее число неудач (в разной степени выраженные нагноения и флегмоны) наблюдалось при повреждении 2-го (21,2%), 4-го (25%) и 5-го (100%) пальцев. Отмечена зависимость частоты нагноений от срока поступления в стационар. Так, процент нагноений при поступлении до 1 ч с момента травмы составил 9,5, от 1 до 6 ч — 15,7, от 8 ч и более — 33,8.

Несостоятельность первичного шва сухожилий глубокого сгибателя наступила у 5 (1,4%) больных. Им в последующем наложен вторично отсроченный шов.

После одноэтапной хирургической обработки ран пальцев и кистей иммобилизация гипсовой лонгетой продолжалась до 3 нед в положении некоторого сгибания оперированных пальцев. На 3-й день после операции больным назначалась пассивная гимнастика пальцев, после снятия гипсовой повязки — реабилитационная терапия.

Срок пребывания в стационаре женщин оказался в среднем более длительным, чем у мужчин и составил соответственно 14,1 и 12,9 дня. С возрастом этот показатель

увеличивался. Так, если у лиц 20—29 лет он был равен 12,2 дня, то в 50—59 лет — 14,4 дня.

Таким образом, анализ результатов лечения больных с повреждением сухожилия глубокого сгибателя пальцев и кисти свидетельствует об эффективности первичной одноэтапной хирургической обработки. При этом необходимо учитывать количество травмированных анатомических образований и сроки поступления пострадавших в стационар. Наилучшие результаты были получены при раннем (до 6 ч) поступлении в стационар и наименьшем количестве повреждений сухожилий. Исходя из высокого процента осложнений при множественной травме и отдаленных сроках (свыше 8 ч) поступления в стационар необходимо, по всей вероятности, в таких случаях производить отсроченную хирургическую обработку.

УДК 616.728.3—089.844

С. П. Карпов (Чебоксары). К методике лавсанопластики связок коленного сустава

При пластике связок коленного сустава с целью формирования единой кольцевидной связки из лавсановой ленты мы сшиваем ее концы друг с другом, образуя замкнутую систему. Эта методика применяется нами для одновременного восстановления крестообразных и боковых связок коленного сустава. Доступ к суставу осуществляется внутренним или наружным парапателлярным разрезом. При формировании передней крестообразной и внутренней боковой связок (см. рис.) лавсановая лента проводится через каналы в наружном мыщелке бедра и внутреннем мыщелке большеберцовой кости и конец ее выводится на внутреннюю поверхность большеберцовой кости. Другой конец ленты также выводится на внутреннюю поверхность бедра через горизонтальный надмыщелковый канал в бедренной кости. Затем оба конца ленты соединяются, максимально натягиваются и сшиваются друг с другом. Таким образом создается кольцевидная связка, которая равномерно распределяет нагрузку на лавсановую ленту и костные каналы мыщелков.

Сформированные боковые связки обязательно подшивают шелком к вершине надмыщелков бедренной и большеберцовой костей у места прикрепления концов естественных боковых связок к кости. Тем самым достигается точная локальная фиксация конца связки относительно

центра кривизны артикуляционной поверхности мыщелков бедра, что позволяет избежать переменных нагрузок на ленту и ее скольжения по кости.

Аналогичным образом формируются передняя крестообразная и наружная боковая связки (см. рис.). Разница заключается в том, что каналы проделываются во внутреннем мыщелке бедра, горизонтально в надмыщелковой зоне и в наружном мыщелке большеберцовой кости.

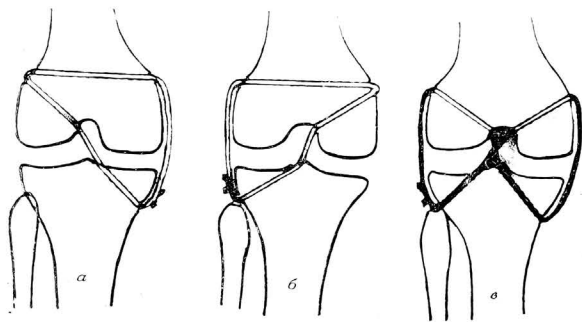
Подобный принцип формирования единой кольцевидной связочной системы является универсальным и может быть применен в различных вариантах при одновременном восстановлении кресто-

образных и боковых связок коленного сустава с использованием лавсановой ленты. Так, после полных вывихов голени можно одномоментно восстановить обе крестообразные и обе боковые связки коленного сустава (см. рис.).

Под нашим наблюдением находилось 24 больных в возрасте от 17 до 29 лет с травмой связочного аппарата коленного сустава. У 19 были повреждены передняя крестообразная и внутренняя боковая связки, у 2 — передняя крестообразная, у одного — передняя крестообразная и наружная связки, у 2 — все связки после вывиха голени.

Всем больным была произведена пластика поврежденных связок лавсановой лентой по описанной выше методике. У 2 больных с изолированным повреждением передней крестообразной связки во время операции обнаружена слабость внутренней боковой связки, и поэтому также выполнена кольцевидная пластика передней крестообразной и внутренней боковой связок.

В послеоперационном периоде срок иммобилизации конечности не превышал 1 мес. Затем еще на 1 мес накладывали заднюю гипсовую лонгету, которую больные снимали во время восстановительного лечения; в остальной промежуток времени они нагружали ногу и ходили без костылей. Через 2 мес после операции большинство больных полностью разрабатывали сустав, начинали функциональную нагрузку и приступали к работе.



Пластика связок коленного сустава по кольцевидному способу: а — передней крестообразной и внутренней боковой; б — задней крестообразной и наружной боковой; в — передней и задней крестообразной, внутренней и наружной боковой («кольцевидная восьмерка»).