

цесс быстро прогрессировал. Метаанализ существующих исследований эффективности ингаляционных стероидов пока не позволяет говорить об их высокой самостоятельной эффективности, хотя их дальнейшее изучение при саркоидозе вполне перспективно [3, 6].

Назначение преднизолона кардинально изменило лучевую картину течения саркоидоза, была достигнута реверсия изменений. Однако именно во время лечения преднизолоном пациентка предъявила жалобы на состояние своего здоровья в связи с развитием нежелательных явлений. Системные стероиды считаются одним из самых эффективных средств патогенетической терапии саркоидоза, однако при длительности менее

4 мес. эффект их нестабилен, вероятность рецидивов высока [1]. Развившееся обострение привело к более тяжелой лучевой картине и большему снижению параметров спирометрии, чем до лечения гормоном. Назначение метотрексата соответствовало международному положению по ведению больных саркоидозом [1]. Метотрексат используется как противовоспалительное средство с середины XX в. и рекомендован в качестве альтернативной гормонам терапии саркоидоза. Именно этот препарат оказался достаточным для того, чтобы остановить прогрессирование процесса и достичь стойкой ремиссии.

Литература

1. Дауров Б.И. Проблема реактивации саркоидоза и возможности ее решения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2004.
2. Шмелев Е.И. Саркоидоз // Атмосфера: пульмонология и аллергология. - 2004. - № 2 (13). - С. 3-10.
3. Baughman R.P., Lower E.E. A clinical approach to the use of methotrexate for sarcoidosis // Thorax. - 1999. - Vol. 54 (8). - P. 742-746.
4. Hunninghake G. W., Costabel U., Ando M. et al. Statement on sarcoidosis // Am J Crit Care Med. - 1999. - Vol. 160. - P. 736-755.
5. Moller D.R. Treatment of sarcoidosis – from a basic science point of view // J Intern Med. - 2003. - Vol. 253 (1). - P. 31-40.
6. Paramothayan S., Jones P.W. Corticosteroid therapy in pulmonary sarcoidosis: a systematic review // JAMA. - 2002. - Vol. 287 (10). - P. 1301-1307.
7. Popova E. N., Bolevich S. B, Fomin V. V. et al. Pulmonary hypertension associated with sarcoidosis and experience of treatment with pentoxifylline (Vasonite) // Eur Resp J. - 2006. - Vol. 28 (Suppl. 50): Ref. - P. 2491.

Координаты для связи с авторами: Лупаенко Игорь Яковлевич – доцент кафедры клинической диагностики ДВГМУ, канд. мед. наук, тел.: 8 (4212) 32-63-93, e-mail: k_lidiag@mail.fesmu.ru; Федорченко Юрий Леонидович – профессор кафедры факультетской терапии ДВГМУ, доктор мед. наук, тел.: 8 (4212) 32-63-93; Пузынина Наталья Геннадьевна – зам. гл. врача по лечебной части Госпиталя медицинского отдела УВД по Хабаровскому краю, тел.: 8 (4212) 21-40-39; Морозова Валентина Ивановна – зав. рентген-кабинетом Госпиталя медицинского отдела УВД по Хабаровскому краю, тел.: 8 (4212) 21-40-39.



УДК 617-089.844;617.3].001,8(048,8)

С.Н. Березуцкий, Б.М. Когут

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ОТСРОЧЕННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПАЛЬЦА КИСТИ ПРИ ПОЛНОМ ЕГО ОТЧЛЕНЕНИИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: +7-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Восстановление пальцев кисти при их полном травматическом отрыве на уровне дистальных отделов является сложной задачей. Предложено много методик. Большинство из них имеют недостатки.

В статье представлен случай успешной комплексной отсроченной реконструкции дистального отдела пальца кисти после его полного отчленения при помощи метода «reposition-flap» в модификации автора у пациентки 23 лет.

Больная получила травму на производстве – ее правая кисть попала в станок. Доставлена с ампутированным сегментом, но операция реплантации была противопоказана.

Описана методика операции, показаны ближайший послеоперационный исход, особенности ведения данной категории больных.

Ключевые слова: реконструкция, «reposition-flap», пальцы кисти.

A CASE OF DELAYED SUCCESSFUL COMPLETELY SEVERED FINGER DISTAL PART COMPLEX RECONSTRUCTION

Far Eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

Reconstruction of the fingers of the hand in case of complete severing of its distal phalanxes is a challenging problem. There are many reconstruction methods. Many of them have drawbacks.

The article presents the case of successful complete reconstruction of the distal finger part after it had been severed implementing modified by the authors «reposition-flap» method in 23 years old patient.

The patient received trauma at the working place – right hand was stuck in the press. She was transported to the hospital with the amputated segment, but replantation was contraindicated.

The authors describe the operation, show the nearest postoperative outcome and discuss peculiarities of this type of patients' management.

Key words: reconstruction, finger, complete amputation.

Восстановление пальцев кисти при их полном травматическом отрыве на уровне дистальных отделов является сложной и неоднозначной задачей для хирурга. Предложено достаточно много методик операций, направленных на решение данной проблемы. Самой распространенной является реплантация отчлененного сегмента. Но у данной операции имеется много осложнений и противопоказаний. Все другие операции направлены на восстановление пальца за счет отдаленных тканей, что приводит к недостаточно естественному формированию пальца. Методика «reposition-flap» предлагает компромиссный вариант восстановления пальца за счет использования костно-ногтевой части отчлененного сегмента и кожного лоскута. Данная методика имела ограниченное применение в связи с недостатками применяемых лоскутов [1-3]. Автором модифицирована эта операция за счет применения островкового перемещенного лоскута на сосудисто-нервной ножке с «прямым» кровотоком (оформлена заявка на патент). Приводим случай применения данной методики.

Больная Е., 23 лет, поступила в отделение хирургии кисти ККБ №2 г. Хабаровска 19.10.2011 г. с диагнозом: травматический отрыв II пальца правой кисти на уровне дистального межфалангового сустава (рис. 1).

За час до поступления на производстве правая кисть пациентки попала в станок по изготовлению пластмассовых изделий. Больная была доставлена в стационар вместе с отчлененным сегментом, упакованным в рекомендуемый правилами реплантологии двойной пакет со льдом. При поступлении больная была осмотрена дежурным хирургом, но в реплантации было отказано по причине тракцион-

ного характера травмы и массивного размождения сосудов и нервов на протяжении обоих сегментов. В связи с этим больная была госпитализирована для проведения реконструкции дистального отдела пальца кисти методом «reposition-flap» в модификации автора в отсроченном порядке.

В течение пяти дней больной проводились: обследование, превентивные мероприятия, улучшение микроциркуляции тканей пальца, профилактика инфекционных осложнений. После этого автором была выполнена операция: отсроченная первичная хирургическая обработка раны, кожно-костная реконструкция пальца методом «reposition-flap» в его же модификации.

Техника операции. На обоих сегментах экономно иссечены края ран и нежизнеспособные ткани, которые к этому времени стали четко определяться визуально. При ревизии выявлено тракционное размождение сосудов и нервов, в большей степени на дистальном сегменте пальца. Были удалены все мягкие ткани на отчлененной части пальца, кроме кости и ногтевого матрикса. Дистальный межфаланговый сустав был резецирован в связи с его разрушением и по причине некоторого необходимого укорочения пальца для лучшей адаптации лоскута. После этого дистальный фрагмент пальца был фиксирован к проксимальному двумя тонкими спицами в физиологическом положении. Имеющийся дефект по ладонно-боковым поверхностям был закрыт островковым перемещенным лоскутом на сосудисто-нервной ножке с «прямым» кровотоком в модификации автора. Дорсальный дефект укрыт тыльным перемещенным лоскутом на тыльных смешанных сосудах. По



Рис. 1. Пациентка до операции



Рис. 2. Вид пальца после операции на 14 сутки

снятию жгута в конце операции кровенаполнение лоскута компенсированное. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдалась легкая ишемия тыльного лоскута. Дискриминационная двухточечная чувствительность составила к моменту снятия швов (через 14 дней) 2 мм. Кровоснабжение вновь

сформированного сегмента полностью компенсировано (рис. 2).

Срок наблюдения на сегодняшний момент составил 1 мес. Удалены спицы, начато восстановительное лечение. Эстетический результат оценен больной на 7 баллов по 10-балльной шкале.

Литература

1. Dubert T, Houimli S, Valenti P, Dinh A. Very distal finger replantation. // Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol. - 2000. - Vol. 65, № 1. - P. 5-11.

2. Dubert T, Houimli S, Valenti P, Dinh A. Very distal finger amputations: replantation or "reposition-flap"

repair? // J Hand Surg [Br]. - 1997. - Vol. 22, № 3. - P. 353-358.

3. Lin TS, Jeng SF, Chiang YC. Fingertip replantation using the subdermal pocket procedure. // Plast Reconstr Surg. - 2004. - Vol. 113, № 1. - P. 247-253.

Координаты для связи с авторами: Березуцкий Сергей Николаевич – зав. кафедрой травматологии и ортопедии ДВГМУ, канд. мед. наук, доцент, тел.: +7-924-214-70-10, e-mail: b_e_r1960@mail.ru; Козут Борис Михайлович – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии, тел.: 8 (4212) 32-63-93.



УДК 616.27-006-089:610.211-002.5

С.А. Белов, М.Г. Бобырева, В.В. Суднищников, А.С. Шаповалов

СЛУЧАЙ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

*Приморский краевой противотуберкулезный диспансер,
690041, ул. Пятнадцатая, 2, тел.: 8 (4232) 33-39-64, 33-40-72, e-mail: info@pkpd.ru, г. Владивосток*

Резюме

В торакальном отделении ПКПД проведена первая в Приморском крае операция по удалению опухоли переднего средостения эндоскопическим способом. С ростом заболеваемости туберкулезом и онкологическими заболеваниями перед врачами туберкулезных стационаров будут вставать вопросы дифференциальной диагностики. Применение всего спектра инвазивных и неинвазивных способов обследования, а также онкологическая настороженность позволят избежать ошибок в тактике ведения и лечения больных.

Ключевые слова: опухоль средостения, туберкулёма, торакоскопия.

S.A. Belov, M.G. Bobyрева, V.V. Sudnishchikov, A.S. Shapovalov

WISEOTHORACOSCOPIC TUMOR RESECTION IN MEDIASTINUM

Primorskiy regional antituberculosis hospital, Vladivostok

Summary

In thoracic surgery department of Primorskiy Region, antituberculosis department of Vladivostok the first operation for mediastinum tumor removal was performed endoscopically. Due to a video-endoscopic technique it became possible not only to detect morphological character of the tumor, to determine its size, absence of metastases in organs of the mediastinum and a lung, but also to carry out a radical operative intervention without traditional thoracotomy.

По данным литературы, опухоли средостения составляют от 0,5 до 3% всех опухолей. Доброкачественные опухоли встречаются несколько чаще злокачественных [1-3]. Среди доброкачественных истинных опухолей средостения первое место по частоте занимают кистозные опухоли, главным образом дермоид-

ные кисты, перикардиальные (целомические) и эпителиальные. На втором месте по частоте находятся различные плотные опухоли: невриномы, фибромы, липомы и др. [4]. Ложные и воспалительные опухоли средостения встречаются реже, чем истинные доброкачественные. К ним относятся: эхинококк, туберкулема,