



Рис. 2. Медиализирующая тиропластика I типа. А – формирование прямоугольного фрагмента и перемещение его внутрь гортани (Б); В – фиксация погружённого фрагмента клиновидным имплантом, сформированным из верхней части пластинки щитовидного хряща

Послеоперационный период протекал без осложнений. Сразу после пробуждения больная впервые за два года после операции смогла разговаривать звучным голосом, а в раннем послеоперационном периоде общалась по телефону. Отмечено существенное уменьшение осиплости голоса и одышки.

Таким образом, медиализирующая тиропластика при одностороннем параличе ГС является эффективной фонаитрической операцией в ситуации, когда после ВГН прошло более одного года, и позволяет как улучшить качество голоса, так и повысить качество жизни пациента.



Рис. 3. Фотография операционной раны. В центре виден щитовидный хрящ со сформированным окном прямоугольной формы, в глубине которого определяется вертикально-ориентированный клиновидный хрящевой фрагмент, фиксирующий глубже расположенный прямоугольный имплант

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

e-mail: nmhc@mail.ru

СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОТМОРОЖЕНИЕМ КИСТЕЙ, ОСЛОЖНИВШЕМСЯ РАЗВИТИЕМ КОСТНО-СУСТАВНОГО ПАНАРИЦИЯ

Кокорин В.В.¹, Крайнюков П.Е.¹, Николенко В.К.¹, Колодкин Б.Б.¹, Селезнев В.В.¹, Федорова Н.И.²

¹ Центральная военная клиническая госпиталь им. П.В. Мандрыка, Москва

² Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова, Москва

УДК: 616.717.7-001.186-089-06:
617.577-002.36

CASE OF SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENT WITH RELAXATION OF CLEANS COMPLICATED BY DEVELOPMENT OF THE BONE-JOINT PANARATION

Kokorin V.V., Krajniukov P.E., Nikolenko V.K., Kolodkin B.B., Seleznev V.V., Fedorova N.I.

Холодовая травма является тяжелым видом термических поражений. Учиты-

вая расположение нашей страны: Сибирь, Крайний Север и Дальний Восток, отморожения остаются значимой социальной проблемой и наносят медико-социальный ущерб в результате высокого уровня стойких потерь трудоспособности.

Указанная патология приобретает массовый характер в военно-полевых условиях. Опыт Советско-Финской войны, Великой Отечественной войны и некоторых локальных конфликтов показывает, что переохлаждения и отморожения составляют от 2 до 25% санитарных потерь. Развитие вторичных некрозов, гангрены, флегмон и панарициев конечностей встречается у 40–50% больных. Пострадавшие от тяжелой формы отморожения часто становятся инвалидами и не могут вернуться к первоначальной трудовой специальности в 30–60% случаев.

По литературным данным, основную массу пострадавших с отморожениями составляют мужчины. Отморожения происходят в основном в холодный период года, и это усугубляется нахождением пострадавшего в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Меньше половины пострадавших госпитализируется в первую неделю с момента отморожения, большинство (83%) поступает в позднем реактивном периоде, что приводит к высокому проценту осложнений: до

78%. Местными осложнениями тяжелых форм отморожения являются: гнойные затеки (абсцессы и флегмоны), нагноения (остеомиелит), краевые некрозы. При быстром своевременном оказании квалифицированной и специализированной медицинской помощи отмечается выраженный регресс патологических проявлений термического (холодового) поражения. Прогноз эффективности лечебных мероприятий определяется сроками оказания медицинской помощи, зависит от давности получения холодовой травмы и времени воздействия термического агента.

Оптимизация комплексного подхода в лечении пострадавших с отморожениями сочетает в себе взвешенный хирургический и консервативный подходы, направленные на раннюю профилактику ишемических осложнений и вторичной гнойной инфекции, позволяет сократить количество и объем операций, создать оптимальные условия для восстановления тканей и снизить сроки пребывания в стационаре.

Клиническое наблюдение

В травматологическое отделение ЦВКГ им. П.В. Мандрыка для оказания неотложной помощи, 20.01.2018 г. доставлен пациент С., 1945 г.р., который был найден лежащим на обочине дороги в снегу, в таком положении находился в

течение 6–8 часов. Пострадавший вследствие перенесенного инсульта головного мозга и нарушения координации, упал на землю, самостоятельно встать не смог, многочисленные попытки привели к истощению сил.

В ходе обследования в первые часы также диагностировано массивное диапедезное желудочно-кишечное кровотечение («стресс-язвы»). Эндоскопически удалось остановить кровотечение. Больной помещен в отделение реанимации, перелиты компоненты крови, согласована и назначена интенсивная терапия: гемостатическая, кардиальная, детоксикационная, антибактериальная, сосудистая, анальгетическая терапия.

Клиническая картина холодовой травмы на момент поступления: кисти обеих рук отечные, темно-синюшного цвета, холодные на ощупь, капиллярный ответ ногтевых ложе отсутствует. Пальпация, прикосновение к пальцам резко болезненны. Чувствительность пальцев, ладонной поверхности обеих кистей отсутствует, на тыле кисти, ближе к предплечью – частичная, снижена. Пульсация магистральных артерий на уровне кисти отчетливо не определяется. Активные движения пальцев – частичные, кивательные; пассивное сгибание, разгибание ограничены из-за болезненности. Приблизительная площадь отморожения кистей составила до 4% поверхности тела, из них глубокого – до 1% (Рис. 1 А–Г). Передняя поверхность обеих коленных суставов – с признаками отморожения 3 ст., кожа буро-красного цвета, с вскрывшимися буллезными участками, дно ран с серозно-геморрагическим отделяемым в небольшом количестве, тактильная чувствительность снижена, кровоточивость сохранена. Пульсация магистральных артерий в дистальных отделах нижних конечностей ослаблена, пальцы стопы холодные, чувствительность снижена. Пассивные движения в суставах нижних конечностей сохранены. Площадь отморожения передней поверхности обоих коленных суставов 3 ст. составляла до 2% поверхности тела, область поражения левого тазобедренного сустава – до 2% (отморожение 2 ст. без участков некроза, кожные покровы красного цвета, с участками осаднения, экскорияциями). Тактильная чувствительность, кровоснабжение сохранены (Рис. 1 Д–Е).

Установлен диагноз:

1) Отморожение с некрозом мягкой ткани обеих кистей 3 ст. (S до 2%) – 4 ст. (S до 1%), передней поверхности обеих коленных суставов 3 ст. (S до 2%), левой тазобедренной области 2 ст. (S до 2%).

2) Стрессовые множественные язвы желудка, двенадцатиперстной кишки, состоявшееся диапедезное желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

Сопутствующие заболевания: последствия ишемического инсульта от 2000 г. в бассейне левой СМА с правосторонней пирамидной недостаточностью. Дисциркуляторная энцефалопатия (атеросклеротическая, гипертоническая, токсическая) 3 ст. Гипертоническая болезнь 3 ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск 4. ИБС. Стенокардия напряжения 2 ф.к. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда 07.10.2010 г., рецидив 11.10.2010 г.) ХСН I ст., 2 ф.к. Нарушение ритма сердца: пароксизмальная персистирующая форма фибрилляции-трепетания предсердий, частая одиночная суправентрикулярная экстрасистолия. Хроническая почечная недостаточность.

Перенесенные операции: АКШ ЗМЖВ ПКА, ОА, ДВ-1, ДВ-2, МКШ ПМЖВ; аннулопластика митрального

клапана от 14.10.2010 г. Радикальная простатэктомия по поводу рака предстательной железы в 2005 г.

В условиях жизнеугрожающих осложнений лечение пораженных конечностей проводилось в срочном отложенном порядке: выполнен туалет поврежденных тканей, наложены асептические повязки, принято решение о стабилизации состояния больного и при формировании демаркационных границ участков некроза, проведение оперативного вмешательства в объеме ампутации, формирования культей пальцев, щадящей некрэктомии.

На 2-е сутки диагностирована сегментарная правосторонняя аспирационная пневмония. Ежедневно проводилась санационная бронхоскопия с введением АБ-препаратов непосредственно к воспаленному сегменту легкого и санация бронхиального дерева.

Несмотря на все усилия, к 3-м суткам состояние пациента ухудшилось развилась динамическая тонкокишечная непроходимость. Выработан алгоритм мероприятий



Рис. 1. Внешний вид холодовой травмы у пациента С. при поступлении. А – левая кисть тыл; Б – правая кисть тыл; В – левая кисть ладонь; Г – правая кисть ладонь; Д – левое колено; Е – правое колено

консервативного характера, направленных на разрешение кишечной непроходимости: зондовая декомпрессия желудочно-кишечной системы, медикаментозная и механическая стимуляция моторики кишечника, динамическое наблюдение.

В этот же период на фоне интоксикации росли явления сердечно-легочной недостаточности, развилось трепетание предсердий (ТП); проведена электрокардиоверсия, ТП переведено в фибрилляцию предсердий с частотой желудочковых сокращений 84–90 в мин. (нормосистолия).

К 4-м суткам состояние пациента ухудшилось до крайне тяжелого, прогрессировала декомпенсацией практически всех систем организма: сердечной, легочной, желудочно-кишечной, развился синдром острой почечной недостаточности, уровень креатинина, мочевины крови превышал показатели в 5–10 раз от нормы, падение диуреза от олигоурии – 300 мл на фоне стимуляции салуретиками – до анурии на фоне массивной инфузионной терапии около 3 л суточного объема.

Естественно, что в этот период приоритет был отдан лечению жизнеугрожающих осложнений и полиорганной недостаточности, лечение некроза тканей проводилось консервативное до стабилизации состояния больного.

Только к 14 суткам с момента поступления, благодаря сбалансированной тактике лечения, удалось стабилизировать больного: разрешилась динамическая кишечная непроходимость, миновала терминальная фаза ОПН, нормализовалась сердечная деятельность, наметилось разрешение пневмонии и уменьшение степени дыхательной недостаточности. К этому времени сформировались участки сухого некроза области коленных суставов, визуализировалась демаркационная линия в местах гангрены концевых и срединных фаланг пальцев кисти, появилось понимание необходимого уровня ампутации.

Планирование и подготовка к оперативному лечению пациента осуществлялась с соблюдением принципов: малой инвазивности, сохранения функциональности и поддержания достигнутого баланса гомеостаза организма; учитывался возраст больного (73 года) и имеющаяся сопутствующая патология. Таким образом, только к 20-м суткам с момента получения холодовой травмы после разрешения основных осложнений мы приступили к непосредственному лечению самой криотравмы.

Status localis (через 14 дней с момента поступления) перед операцией: По-

вязки сухие, незначительно пропитаны серозным отделяемым. Ногтевые, средние фаланги II–V пальцев левой кисти некротизированы, демаркационная линия определяется на уровне проксимальных и средних фаланг пальцев. На правой кисти отмечается сухой некроз V пальца, а так же участки некроза кожи по тыльной поверхности проксимальных межфаланговых суставов остальных пальцев. Кисти обеих рук отечные, не выраженная гиперемия по границе некрозов, тактильная и болевая чувствительность снижены. Движения пальцев: частичное сгибание – самостоятельно в пястно-

фаланговых суставах, разгибание только пассивное. Движения в межфаланговых суставах пальцев ограничены развивающейся комбинированной контрактурой. Площадь отморожения кистей составляет до 4% из них глубокого – до 1% (Рис. 2 А–Е).

Передняя поверхность обеих коленных суставов, с участками сухого некроза слева до $2 \times 1,5 \times 2,5$ см, справа $0,5 \times 0,5 \times 0,1$ см, краевая гиперемия, отделяемого нет, участки вскрывшихся булл эпителизовались. Пульсация магистральных артерий в дистальных отделах нижних конечностей ослаблена,



Рис. 2. А–З Местный статус повреждений кистей и коленных суставов на 14 сутки. А – левая кисть; Б – правая кисть; В – левая кисть; Г – правая кисть; Д – левая кисть; Е – правая кисть; Ж – левый коленный сустав; З – правый коленный сустав

пальцы стопы холодные, чувствительность снижена. Пассивные движения в суставах нижних конечностей сохранены. Площадь отморожения передней поверхности обоих коленных суставов 3 ст. составляет до 2% (Рис. 2 Ж-З).

Ткани области левого тазобедренного сустава восстановились: кожные покровы физиологической окраски, гиперемия, участки осаднений эпителизировались, тактильная, болевая чувствительность, кровоснабжение не нарушены.

В отсроченном порядке на 14 сутки с момента поступления, выполнены операции; на левой кисти – ампутации всех пальцев на уровне проксимальных фаланг, с выкраиванием кожных лоскутов и формированием культей пальцев; на правой кисти – ампутация 5-го пальца правой кисти на уровне проксимальной фаланги, так же с формированием культи; помимо этого выполнены частичные некрэктомии поврежденных тканей пальцев кисти – резекции ногтевых пластинок, ограниченных участков некроза на тыле пальцев кисти, санация и закрытие образовавшегося дефицита кожи. Интраоперационно проводилась паравульнарная блокада (по Дерябину-Рожкову). В послеоперационном периоде иммобилизация кистей осуществлялась смоделированными лангетами из перфорированного низкомолекулярного термопластика (ПНТ) в течение всего периода заживления послеоперационных ран (Рис. 3).

Первая санирующая перевязка проведена через 5 суток после операции, исключительно из-за скомпрометированного 4-го пальца правой кисти. Жизнеспособность тканей в проекции тыла проксимального межфалангового сустава и возможность их самостоятельной регенерации вызывала сомнение еще во время операции, так как на фоне отморожения 4 степени, имело место резкое нарушение кровоснабжения этого участка, а образовавшийся дефицит кожных покровов размерами $2,8 \times 2 \times 1,2$ см только усугублял прогноз заживления. Осмотрев это место инфекционного воспаления (гиперемии, гнойного отделяемого) не выявлено, кожный дефект по всей поверхности был покрыт фибрином, а так же имели место признаки вторичного заживления (грануляции). Ватной палочкой, с поверхности раны взят посев на стерильность, помещен в пробирку с питательной средой. Забегая вперед можем сказать, что в результате посева роста микрофлоры не получено. Не снимая лангетную иммобилизацию

(ПНТ) выполнен туалет раны, наложена асептическая повязка с присыпкой Житнюка, больной продолжил консервативное лечение. В течение 2-х недель после операции в отделении проводилась следующая терапия: антибактериальная (Тиенам $1,0 \times 3$ р. в сут., Метрогил $100,0 \times 3$ р. в сут.); противогрибковая (Флуконазол 100 мг); противоязвенная (Квамател $40 \text{ мг} \times 2$ р. в сут.); сердечная

(Метопролол $50 \text{ мг} \times 2$ р. в сут.; Амлодипин $2,5 \text{ мг} \times 1$ р. в сут.; Дигоксин $\frac{1}{2}$ таб. $\times 1$ р. в сут.); сосудистая (Пентоксифиллин 100 мг, Аскорбиновая кислота 5,0; Пиридоксин 2,0); антиагрегантная (Тромбо Асс 100 мг (Ацекардол)); антикоагулянтная (Клексан $0,4 \times 1$ р. в сут.); пробиотическая (Бифиформ 1 к. $\times 2$ р. в день); симптоматическая (ГОМК 10,0; Респиридон 1 т. на ночь 1 р. в сут.); десенсе-



Рис. 3. Хирургический этап лечения. А – левая кисть, ампутация пальцев на уровне демаркационной линии, в пределах жизнеспособных тканей; Б – формирование культей пальцев левой кисти; В – ампутация 5-го пальца правой кисти; Г – этап операции, формирование культи 5-го пальца, некрэктомия тыла поверхности ПМФС 4-го пальца правой кисти. Д – контрольная рентгенограмма кистей после операции; Е – макропрепарат. Взятие материала для посева на микрофлору, по методике ПЦР, масс-спектр метрии

билизирующая (Супрастин 1,0); иммуномодулирующая (Пентаглобин 5 мг/кг массы тела); анальгетическая (Кеторолак 1,0 при); регуляторы моторики кишечника (Ганатон) и поливалентный пробиотик (Линекс).

На 29-е сутки с момента поступления снята иммобилизация, послеоперационные швы и с улучшением пациент переведен для дальнейшего лечения в реабилитационный госпиталь, где в течение месяца проводилась его социальная адаптация, обучение самостоятельному уходу и продолжилась преемственная лекарственная терапия.

Спустя 45 суток с момента получения холодовой травмы пациент С. вновь поступил в наше отделение. Status localis: кисти обеих рук забинтованы асептическими повязками. При снятии повязок на левой кисти отека практически нет, сохраняется некоторая пастозность в области основания культи пальцев. Сформированные культи без признаков воспаления. По рубцы состоятельные, безболезненные, не гипертрофированы, не спаяны с прилежащими тканями. Движения, чувствительность культи пальцев левой кисти сохранены. На правой кисти: культя мизинца сформирована, по рубец состоятельный признаков воспаления не выявлено; первый палец – некроз ногтевой фаланги, ногтевая пластинка нежизнеспособна; второй палец отечен, ногтевая фаланга с участком некроза кожи, ногтевая пластинка отсутствует, в области ногтевого ложе некротизированный костный фрагмент, в области ПМФС по тыльной поверхности рана с налетом фибрина, отделяемое серозного характера в скудном количестве, движения в суставах пальца резко ограничены болезненными; третий палец так же отечен, гиперемирован, некроз ногтевой фаланги; четвертый палец гиперемирован, отечен, резко болезненный при пальпации, по тыльной поверхности ПМФС дефект 3,5 × 2 × 1,5 см, дно представлено открытым суставом, остатками тусклых волокон сухожилия разгибателя пальца, обрывками капсулы сустава, к открытому участку раны прилежит поверхность некротизированной головки проксимальной фаланги и основания средней фаланги IV пальца правой кисти, отделяемое серозного характера; движения в суставах практически невозможны из-за резко выраженной болезненности и сформированной комбинированной контрактуры. 2–4-е пальцы правой кисти находятся в порочном положении сгибания, комбинированная контрактура суставов паль-

цев кисти. Выражен гипертонус мышц сгибателей правой кисти (Рис. 4. А, Б). Чувствительность пальцев мозаичная, сохранена большей степенью в проксимальных отделах. Взят посев отделяемого ран, выполнен туалет ран, наложены асептические повязки. ПМФС дренирован микроиригатором и в течение 3-х суток проводилось проточно-промывное орошение растворами антисептиков полости сустава (Рис. 4 В).

Патологический очаг был представлен в основном капсульно-связочным комплексом, его отличала скудность подкожной клетчатки и ограниченные поражения участков хрящевой и костной ткани проксимальной и средней фаланг пальца. На рентгенограммах кисти признаков остеомиелита выявлено не было. Однако протекающий медленный автолиз, спустя 25 суток с момента операции, появление признаков возможной секвестрации участков хряща и кости, вялотекучесть процесса, задержка процессов отторжения и регресс образования грануляционной ткани, а также клиническая картина (параартикулярный отек, резкая болезненность, состояние умеренного сгибания пальца, резко ограниченные активные и пассивные движения) заставили нас предположить развитие костно-суставной формы панариция.

Развитие этой формы панариция в условиях отморожения, на фоне трофических расстройств и присоедине-

ния вторичной инфекции, вызывает особые трудности в лечении и весьма ухудшает прогноз. Всегда встает вопрос необходимости сохранения сустава, и соответственно отказа от ампутации целого пальца. Зачастую выбор происходит в пользу наименьших затрат, т.е. ампутации в пределах здоровых тканей проксимальнее пораженного сустава, это оказывается быстрее и надежнее: сокращается время пребывания пациента в стационаре и отпадает необходимость длительного динамического наблюдения. Отрицательным моментом является потеря той или иной функции кисти.

В нашем подходе к лечению, как указывалось ранее, выбраны принципы малоинвазивности, органосбережения и сохранения максимальной функциональности. Изучив публикации ряда авторов, оказалось, что добиться самостоятельного закрытия довольно большого дефекта тканей тыла пальца кисти в проекции сустава, особенно в условиях его инфицирования, практически не удается.

Как один из возможных способов лечения костно-суставного панариция, на фоне глубокого отморожения пальцев кисти, нами разработана и применена методика операции – замещение дефекта тканей с использованием полнослойных кожных лоскутов на питающей ножки. Цель операции – формирование барьера с окружающей средой, улучшение кровоснабжения



Рис. 4. Развитие костно-суставной формы панариция. А – внешний вид кисти при поступлении спустя 25 суток с момента первичной операции; Б – II–IV пальцы правой кисти находятся в порочном положении сгибания, комбинированная контрактура суставов пальцев кисти; В – ПМФС 4-го пальца правой кисти дренирован микроиригатором; Г – на рентгенограммах кисти признаков остеомиелита выявлено не было

дистрофированной области, создание оптимальных условий очищения и регенерации воспалительно изменённой ткани.

На 30-тые сутки после выполнения ПХО, проведена операция: вторичная хирургическая обработка дефекта тканей тыла IV пальца правой кисти, замещение дефекта ранее описанным методом. Выполнен 3-х кратный забор материала для микробиологического исследования; Z-образно вкrojены кожные лоскуты по латеральной поверхности у основания IV пальца длиной до 2 см, шириной до 2 см на питающей ножке; у основания культи V пальца по тыльной поверхности длиной 2,5 см, шириной до 1 см, так же с питающей ножкой. Мобилизованы края раны, лоскуты диагонально смещены, уложены, фиксированы наводящими швами. Выполнена Z-образная пластика области дефекта мягких тканей, донорские участки закрыты свободно сопоставленными краями раны. Имобилизация правой верхней конечности полиуретановым перфорированным

термопластиком от кончиков пальцев до с/3 плеча, в физиологическом положении конечности (Рис. 5 А–Г).

Спустя 14 суток после операции и 45 суток после госпитализации: повязки сухие чистые. Кожный лоскут 4-го пальца адаптирован без признаков некроза, питание трансплантата сохранено, швы сняты. Послеоперационные раны зажили тонкими рубцами (Рис. 6). С целью контроля эффективности продолженного лечения проводилось микробиологическое исследование ран.

В бактериологическую лабораторию было направлено 6 проб интраоперационно взятого материала: 2 пробирки с ватным шариком смоченным в раневом отделяемом, 2 пробирки непосредственно самого экссудата и 2 пробирки биоптата тканей взятых из участка грануляционного вала. Кроме того на микробиологическое исследование были направлены образцы крови пациента, взятые методом венепункции (Рис. 7).

Обнаружение возбудителей в крови проводилось на приборе «Vastec». Наличие микроорганизмов устанавливалось с помощью высокочувствительной флюоресцентной технологии, основанной на индикации углекислого газа, выделяемого в питательную среду растущими и интенсивно делящимися клетками. Для обнаружения разных видов возбудителей образцы крови одномоментно вносились в аэробный флакон «BD BACTEC TM PLUS+ Aerobic/F», в анаэробный флакон «BD BACTEC TM PLUS+ Anaerobic/F» и грибной флакон «Mycosis IC/F» в объеме 7–10 мл. Проведена идентификация методом масс-спектрометрии, выявлено наличие β -гемолитического стрептококка



Рис. 5. Операция пластика мягкотканного дефекта четвертого пальца правой кисти. А, Б – мобилизованы края раны; В–Г – выполнена Z-образная пластика области дефекта мягких тканей, донорские участки закрыты свободно сопоставленными краями раны



Рис. 6. Результаты хирургического лечения в динамике. А – при поступлении; Б – 29 суток; В – 45 суток



Рис. 7. Внешний вид флакона для исследования крови методом масс-спектрометрии

ка группы А (*Streptococcus pyogenes*), в двух аэробных флаконах получен рост микробной ассоциации, состоящей из кишечной палочки, продуцирующей β-лактамазу расширенного спектра действия и пиогенного стрептококка, таким образом что указывало на смешанную этиологию инфекционного некротического процесса.

Перед проведением микробиологического посева плотные образцы подвергались гомогенизации, экссудат центрифугировали в течение 15 мин. После проведенной пробоподготовки выполняли классический бактериологический посев с помощью одноразовых пластиковых петель для выявления

аэробных, факультативно-анаэробных и облигатно-анаэробных видов микроорганизмов.

Микроорганизмы, выросшие на плотных питательных средах, были идентифицированы методом масс-спектрометрии в течение 10–15 минут. Для сравнения и подтверждения результатов проводились окрашивания полученной культуры по Граму и тест на аэротолерантность.

При культивировании раневого экссудата и образцов тканей в аэробные условия во всех пробах был выделен β-гемолитический стрептококк группы А – *Streptococcus pyogenes*. А в двух пробах дополнительно кишечная палочка,

продуцирующая β-лактамазу расширенного спектра действия.

Заключение

Лечение отморожения должно основываться на понимании того, что ведущий травмирующий агент – холод приводит к стойким изменениям в сосудах на участке воздействия низких температур в виде спазмов; развитию медленного некроза тканей и общей эндогенной интоксикации организма.

К хирургическому лечению необходимо подходить взвешено: при лечении глубоких отморожений целесообразно выполнять щадящие, этапные некрэктомии, с последующими реконструктивно-восстановительными операциями образовавшихся дефектов тканей обмороженных конечностей.

Точность результатов микробиологической диагностики можно объяснить способом забора материала, его особой подготовки к исследованию и использованием современных методов обработки, что позволяет более точно определять не только наличие, вид, но и даже малое количество бактерий, тем самым подтверждая успешность выбранного подхода к лечению.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70
e-mail: nifedorova2010@mail.ru

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СИНХРОННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГКИЕ

Шостка К.Г.^{1,2}, Кузнецов И.М.²,
Арутюнян К.В.¹, Ильин К.С.¹,
Кучеренко А.Д.², Федоров К.С.²

¹ Ленинградский областной онкологический диспансер, Санкт-Петербург

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

УДК: 616.37-006.6:616.24-033.2

CANCER OF PANCREAS WITH SYNCHRONOUS METASTASIS IN LIGHT

SHostka K.G., Kuznecov I.M., Arutyunyan K.V.,
Ilin K.S., Kucherenko A.D., Fedorov K.S.

По прогнозам, составленным на основе исследований последних лет, к 2030 г. рак поджелудочной железы будет второй по частоте причиной летальности онкологических больных в развитых странах. В настоящее время пятилетняя выживаемость при раке поджелудочной

железы не превышает 5–10%. Отдаленные метастазы внутри протоковой аденокарциномы поджелудочной железы в печень или парааортальные лимфатические узлы считаются неблагоприятным прогностическим фактором. Однако немногочисленные крупные центры по лечению больных раком поджелудочной железы отмечают, что при изолированном метастатическом поражении легких у ограниченной группы больных можно достичь благоприятных результатов с медианой выживаемости после удаления метастазов от 25 до 52 месяцев. При этом лечение в обязательном порядке