

- признание «особых» прав инвалидов, возникающих в связи инвалидностью, и обеспечение таких потребностей, как потребность в передвижении, в доступе к объектам социальной инфраструктуры, в возможности овладения знаниями, в рациональном трудовом устройстве, в социально-психологической адаптации, в материально-бытовой и финансовой поддержке;
- создание системы эффективной реабилитации, профессиональной ориентации, а в последующем - трудовой подготовки и трудоустройства, вплоть до индивидуального приспособления рабочего места;
- придание проблеме социальной адаптации детей-инвалидов статуса государственной и разработка комплексных мер по созданию системы эффективного управления процессом их социального приспособления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. <http://www.rian.ru/society/20090917/185412439.html>

СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.Г. Гусейнов

*Дагестанская государственная
медицинская академия
Махачкала, Россия*

Проблема лечения огнестрельных переломов не исчерпывается оптимизацией только механических условий их сращения. Кроме анатомической репозиции и стабильной фиксации костных отломков, необходимо заживление раны. Показания для той или иной разновидности дерматопластики диктуются конкретными условиями: площадью, конфигурацией и глубиной раневого дефекта, инфицированностью или нагноением раны, фазой раневого процесса и т.д. Оптимальным видом кожной пластики является тот, который в кратчайший срок и наиболее простым путем обеспечивает полноценное закрытие раны. Мы приводим способы оптимизации лечения ран, примененные у 42 больных с открытыми и огнестрельными переломами

длинных костей нижних конечностей в возрасте от 15 до 58 лет.

Свободная дерматопластика широко распространена, и главным преимуществом ее является возможность одномоментного закрытия достаточно крупных дефектов кожи. Однако при инфицированных ранах она неприемлема из-за высокого риска осложнений. Несвободная кожная пластика местными тканями предпочтительнее в силу оптимальных биологических условий заживления: лучшего кровоснабжения лоскута и полного соответствия его реципиентной области. Однако и она имеет недостатки, к которым относится возможность замещения лишь сравнительно небольших дефектов кожи, необходимость мобилизации краев раны и дополнительных разрезов. В 1976 году Radovas впервые предложил метод дерматоэкстензии – пластику дефектов постепенно растягиваемыми соседними участками кожи. Это дало импульс для развития целого направления в реконструктивной хирургии. При лечении 14 больных, у которых имелись раневые дефекты кожи поврежденных сегментов, был успешно применен наш способ дистракционной аутодерматопластики (патент на изобретение РФ № 2215480), позволивший приступить к замещению раневого дефекта, не дожидаясь купирования гнойного процесса. Сущность способа заключается в том, что вдоль краев раны проводится пара спиц Киршнера таким образом, чтобы кожа по краям раны была дробно нанизана на спицы. Под их надкожные отрезки проводится капроновая нить, натяжением концов которой спицы и края раны постепенно сближаются, а концы нити связываются провизорным узлом. Через некоторое время натяжение нити ослабевает из-за эластических свойств кожи и действия известного эффекта Г.А.Илизарова, согласно которому напряжение растяжения тканей вызывает их регенерацию и рост. Каждый день производится «перешнуровка» раны с сокращением ее площади и возобновлением первоначального натяжения нити. При достижении полного закрытия раны накладываются вторичные швы с сохранением натяжения нити еще на некоторое время.

Тот же принцип использован нами в устройстве из деталей аппарата Илизарова

(патент на изобретение РФ № 2307604) и компонуемого на внешней раме аппарата. Вдоль краев раны проводится пара спиц Киршнера, которые сближают при помощи данного устройства; оно успешно применено в лечении пяти больных с огнестрельными переломами нижних конечностей (у одного на бедре и четырех – голени). Однако, применение устройства возможно только при наличии на поврежденном сегменте конечности аппарата Илизарова. Поэтому нами предложено и другое устройство (положительное решение на выдачу патента на изобретение РФ №2007139188), состоящее из фигурно изогнутых фрагментов спиц, периферический изгиб которых позволяет сочетать максимально острый угол ножек устройства к плоскости раны с исключением их давления на кожу. Вдоль краев раны вводят горизонтальную часть заостренных ножек фрагментов спиц, соединенных резьбовой штангой таким образом, чтобы незамкнутое кольцо спиц было фиксировано как можно ближе друг другу, чтобы имелся запас для их последующей дистракции. Центробежной подкруткой гаек на штанге незамкнутое кольцо спиц разводят в стороны, тем самым сближая горизонтальную часть их ножек и уменьшая площадь раны. При обширных ранах можно использовать 2-3 таких устройства одновременно. Устройство успешно применено у восьми больных с огнестрельными переломами нижних конечностей (у пяти – на сегменте бедра и трех – голени).

При хирургической обработке ран и наложении на них швов последние нередко врезаются в кожу, погружаясь ниже уровня ее поверхности и переставая удерживать в соприкосновении края раны. Как правило, это происходит из-за отека и размягчения краев раны при развитии воспалительного процесса. В таких случаях обычно используются пластинчатые швы, но во время операции невозможно точно спрогнозировать течение раневого процесса и установить четкие показания к их применению. Они несъемные: их накладывают или снимают только вместе со швами на ране. Поэтому нами предложены съемные пластинчатые швы (патент на изобретение РФ №2277388), сущность и способ

применения которых заключается в следующем. После иссечения краев раны накладываются вертикальные матрацные швы по Донати. Затем, по мере необходимости, применяются пластинчатые швы, представляющие собой металлические скобки, изготовленные из проволоки для остеосинтеза. При их наложении надкожная часть обеих петель шва Донати приподнимается пинцетом, и в эту петлю вдается скобка, чем и создается пластинчатый шов. Площадь последнего обратно коррелирует с величиной нагрузки на единицу площади кожи, что регулируется длиной ножек и диаметром петли скобки. Кроме того, съемные швы позволяют регулировать натяжение шва Донати разведением ножек скобок. Они применены в лечении 18 больных с огнестрельными переломами (у 10 больных – на сегменте бедра и восьми – голени).

На том же принципе основаны и другие предложенные нами пластинчатые швы (патент на изобретение РФ № 2307603), представляющие собой сплющенные молотком и фигурно изогнутые замкнутые скобки из проволоки для остеосинтеза, применяемые при непрерывном матрацном шве. Центральный изгиб их предупреждает соприкосновение с раной, а периферические – выпадение из заданного положения и регуляцию натяжения шва.

При ушивании раны нужно адаптировать ткани без оставления свободных полостей. Однако из-за реактогенности и сорбционных свойств швового материала оставление его в тканях повышает сроки заживления и риск нагноения, а использование кетгута полностью не решает проблемы из-за его сенсибилизирующих свойств. Шов Донати отличается отсутствием необходимости подкожного оставления швового материала, однако при глубине раны более 3-4 см в центре его петли может остаться свободное пространство, а избыточное натяжение нити приводит к грубым швовым меткам на коже. Поэтому нами предложен трехрядный вертикальным матрацный шов (патент на изобретение РФ №2296516). Иглу проводят по дну раны, выводят обратно на половине ее глубины, а образовавшуюся петлю шва закрепляют узлом. Так ушивают рану на

всем протяжении, соединив ее глубокие слои. Затем конец нити на игле проводят в слое собственно кожи, а завершающий узел располагают рядом с предыдущим. Ткани при этом адаптированы без избыточного натяжения нити.

При использовании плотных и гибких нитей большого диаметра для предупреждения развязывания узла обычно увеличивают количество его петель или делают узел двойным, тройным и т.д. Однако эти меры увеличивают опасность образования лигатурных свищей. Поэтому нами предложен простой и эффективный способ увеличения надежности шва (патент на изобретение РФ №2231302), заключающийся в том, что перед выполнением хирургом завершающей (второй или третьей) петли ассистент поперечно ей протягивает нить меньшего диаметра с предпочтительными в плане предупреждения развязывания манипуляционными свойствами. Над вспомогательной нитью хирург завязывает и затягивает завершающую петлю узла, не расслабляя натяжения обоих концов своей нити, пока ассистент не затянет узел вспомогательной нити. Для того чтобы расслабить основной узел, потребовалось бы развязать закрепляющий его узел вспомогательной нити, надежность которого выше в силу предпочтительных манипуляционных свойств.

Предложенные нами способы закрытия ран при лечении огнестрельных переломов нижних конечностей просты и эффективны. Они не нуждаются в дополнительном инструментарии, затратах или приготовлениях и могут быть рекомендованы для применения в хирургических и травматологических отделениях лечебных учреждениях любого уровня.

ОПЫТ РАБОТЫ ОСОБОГО ОПЕРАТИВНОГО ОТДЕЛА «ВОЙНА, ЭПИДЕМИЯ, БЕЖЕНЦЫ» В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ ПО ПТИЧЬЕМУ ГРИППУ

В.С. Дворников, В.С. Хабицев,
И.Н. Тотров, И.И. Шапков, И.А. Русинова,
Р.К. Березов, Р.Т. Гайтов, К.Т. Дулаев,
Р.Н. Ревазов, М.Х. Воскобойников,
Л.Н. Габараева, А.Н. Меднис,
Д.Т. Березова

Особый оперативный отдел «Война, эпидемия, беженцы», Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Владикавказ, Россия

В переходный период становления новой экономической формации в России с низким уровнем жизни большинства населения, нищетой, вооруженными конфликтами, увеличением миграции населения, ведущими к резкому обострению эпидемиологической обстановки, особо важное значение для решения целого ряда противоэпидемиологических задач приобретает тщательный сбор информации в отношении особо опасных кишечных, воздушно-капельных, половых, трансмиссивных инфекций в Южном федеральном округе.

В РСО-Алании в 1996 году на базе СОГМИ совместно и под руководством Центрального научно-исследовательского института вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова был апробирован мобильный пульт в виде штаба «Владикавказского контрольного центра» по закрытой тематике.

В состав «Владикавказ контроль центра» входили штаб, 1304 уГСЭНСИВО (СЭС МО), филиал РБУЗ центра гигиены (СЭС УФСИН), отдел обеспечения.

В течение многих лет данная структура обеспечивала эффективное санитарно-эпидемиологическое благополучие в ЮФО.

Мобильные отряды Особого оперативного отдела контролировали территорию КБР, Чеченской Республики, Краснодарского края (Большой Сочи от Туапсе до Адлера), РСО-Алании, и Республики Абхазии.

Тщательный сбор информации производился и в отношении потоков мигран-