

последовательно выполнен остеосинтез диафиза бедра пластиной, а шейки — компрессирующими винтами. У 2 больных фиксация перелома шейки бедра проведена системой DHS, у 13 — компрессирующими винтами, в 1 случае использован гвоздь Smith Petersona, в 2 — эндопротезирование по Zweymuller, 1 пациент не оперирован. Из осложнений в раннем послеоперационном периоде в 3 случаях имела место некорректная репозиция и как следствие — вторичное смещение отломков. У 2 из них произведена смена фиксаторов, а у 1 — эндопротезирование. Инфаркт миокарда явился непосредственной причиной смерти у 1 больного, в 1 случае — поверхностное нагноение послеоперационной раны.

ВЫВОДЫ

Проблема лечения медиальных переломов шейки бедра приобретает особую актуальность при сочетанных и множественных травмах. Основными причинами политравмы являются ДТП и кататравмы. В подавляющем большинстве случаев страдают лица трудоспособного возраста. Ведущим повреждением в 84 % случаев является травма ОДА. Из методов фиксации переломов шейки бедра в данной категории пострадавших предпочтение следует отдавать остеосинтезу компрессирующими винтами как наименее травматичному и одновременно обеспечивающему стабильную фиксацию.

А.П. Кошель, Г.К. Жерлов, Н.Э. Куртсеитов

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИТОНИТА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (г. Северск)

На современном этапе развития гастроэнтерологии проблема лечения перитонита, причиной которого является несостоятельность швов желудочно-кишечного тракта, остается актуальной. По данным литературы, частота этих осложнений достигает 3 — 55 %, что приводит к летальности в 15 — 70 % случаев. Особое место в структуре хирургической патологии органов брюшной полости занимают повторные операции на желудке. По опыту большинства хирургов главной причиной в возникновении несостоятельности анастомоза, является физическая негерметичность швов его угла. Учитывая эти данные, при формировании гастродуоденоанастомоза нами применяется метод двухрядного шва, основным моментом которой является укрепление и сшивание в первую очередь углов анастомозируемых органов (Патент РФ № 2173094 от 10.09.01. БИ № 25).

Всего по предлагаемой методике оперировано 36 пациентов. В сроки от 7 до 14 суток после операции эндоскопическое исследование выполнено 36 больным. По линии шва в области малой кривизны выявлялась гиперемия, небольшая инфильтрация слизистой. Желудочно — двенадцатиперстный анастомоз был сомкнут у 31 (86,1 %) пациента, раскрытие его происходило при инсuffляции воздухом. В 3 (8,3 %) случаях анастомоз был полураскрыт до 0,6 — 0,8 см, в 2-х (5,5 %) более 1 см. При всех исследованиях тубус аппарата свободно проходил в двенадцатиперстную кишку. По линии шва слизистая была умеренно гиперемирована, у одного (2,8 %) больного отмечался налет фибрина по задней полуокружности анастомоза. Заживление желудочно-двенадцатиперстного шва по типу первичного натяжения отмечено в 96,6 % наблюдений. Клинически у одного (2,8 %) больного мы наблюдали в раннем послеоперационном периоде инфильтрат брюшной полости, по поводу чего была проведена мощная антибиотикотерапия, физиолечение, в результате которого инфильтрат разрешился.

Таким образом, применение разработанного способа кишечного шва позволило уменьшить число послеоперационного перитонита, связанного с несостоятельностью швов анастомоза, сократить длительность пребывания пациентов в стационаре.

А.В. Красноперов, А.В. Карпович

ПОКАЗАНИЯ И ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНКОНТИНЕНЦИИ

ГУ НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (г. Северск)

ЦЕЛЬ

Разработать показания к выполнению восстановительных сфинктеропластик при инконтиненции на основании результатов аноректальной манометрии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на аппарате Polygraf компании Medtronic с помощью восьмиканального водно-перфузионного катетера. Манометрические датчики на конце катетера располагаются на одном уровне и ориентированы радиально в плоскости под углом 45°. Основным тестом явилось протягивание катетера через ампулу и анальный канал прямой кишки с помощью пуллера со скоростью 1 см/сек. Глубина установки катетера для всех исследований стандартизована — 10 см, при этом датчик № 1 ориентирован в сторону копчика. Тест проводился для каждого пациента трижды: в условиях покоя, при волевом сокращении анального сфинктера и при натуживании. Показания датчиков катетера обрабатывались на компьютере с помощью программного обеспечения Polygraf net (tm) версии 3.1.1.419a в операционной системе Windows 2000. Данная программа помимо цифровых показателей давления и построения манометрических кривых позволяет создавать трехмерную модель исследуемого участка на основании полученных данных. Критериями недостаточности являлись давления покоя в области анального сфинктера менее 50 мм рт. ст. и/или прирост давления при волевом усилии менее 25 % от исходного. Для определения хирургической тактики учитывалась как степень выраженности манометрических отклонений, так и их протяженность и ориентация в пространстве. Оперативное лечение включало три варианта стандартных операций: сфинктеропластику, леваторосфинктеропластику и глутеосфинктеропластику. Результаты оперативного лечения оценивались по субъективным критериям, а также с помощью контрольной аноректальной манометрии в ранние (до 6 мес.) и отдаленные (1 — 3 года) сроки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С диагнозом анальной инконтиненции в отделение наблюдалось 22 пациента. Из них диагноз органической недостаточности анального сфинктера и показания к оперативному лечению были выявлены у 13 (11 женщин и 2 мужчин). Традиционная сфинктеропластика бок-в-бок назначалась при наличии нарушений в показателях лишь одного из датчиков и была выполнена у 3 пациентов. Леваторосфинктеропластика назначалась при наличии нарушений по 2 или 3 соседним датчикам, вариант пластики (передний или задний) определялся суммарным вектором ориентирования датчиков, в которых отмечалось нарушение, и была выполнена у 8 пациентов. Глутеосфинктеропластика назначалась при наличии нарушений по 4 и более датчикам и была выполнена у 2 пациентов. Вариант операции (правая или левая) определялся, как и при леваторосфинктеропластике, направлением суммарного вектора датчиков с нарушениями.

Оценку результатов лечения проводили на основании оценки субъективных жалоб и динамики показателей аноректальной манометрии. В ранние сроки (до 6 мес.) результаты оперативного лечения были оценены как хорошие (восстановление функциональных показателей анального сфинктера, отсутствие субъективных жалоб) у 11 (84,6 %) пациентов, удовлетворительные (сохранение некоторых субъективных жалоб или сила волевого сокращения анального сфинктера менее 25 % не более чем по 1 датчику) у остальных 2 (15,4 %) пациентов. Неудовлетворительных результатов отмечено не было.

ВЫВОДЫ

Использование аноректальной манометрии и профилометрии при анальной инконтиненции позволяет выбрать адекватный вариант оперативного пособия и обеспечить хороший и стойкий эффект лечения.

В.В. Кришталь, А.В. Гурулев, И.Ю. Кокотов, Ю.В. Потемкин

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ИЛЕОЦИКАЛЬНОГО КЛАПАНА**

Городская клиническая больница № 1 (г. Чита)

По меткому выражению Я.Д. Витебского (1999), желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) — это дорога с односторонним движением. Любое встречное движение по такой дороге — это путь к аварии. Такую односторонность в ЖКТ обуславливают ряд клапанов, которые делятся на две группы: абсолютного и относительного действия. Клапаны абсолютного действия в норме всегда пропускают содержимое из вышележащих отделов в нижележащие. Движение содержимого в обратном направлении (это будет считаться рефлюксом) обязательно вызовет патологию.

Одну из ведущих ролей в пищеварительной системе мы отводим илеоцекальному запирательному аппарату, разграничивающему функции тонкой и толстой кишок, изолирующему тонкую кишку от рефлюкса толстокишечного содержимого, который резко отличается по химическому составу, физическо-