

Х.А. Умханов

НАШ ВЗГЛЯД НА ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Грозненский государственный медицинский университет (Грозный)

В связи с распадом СССР и сменой его новым экономическим укладом, существенно переориентировались и травматологи-ортопеды в своих поисках инновационных возможностей лечения. К сожалению, на наш взгляд, этот поиск не всегда был направлен в сторону улучшения результата лечения без неоправданного обременения пациента материальными расходами. Так, на последнем IX съезде травматологов-ортопедов России красной нитью прослеживалась тенденция в представленных докладах на призыв к применению дорогостоящих технических приспособлений для остеосинтеза и корригирующих оперативных вмешательств.

На протяжении последней четверти века мы провели оперативные вмешательства у 1275 больных с различной ортопедо-травматологической патологией. Только у 12 % из них мы применили (удаляемые в последующем) металлоконструкции для остеосинтеза, в основном, длинных трубчатых костей (бедро — 92 %, голени — 6 %, предплечья — 2 %), причем только у взрослых пациентов. У детей, как правило, применялась диафиксация отломков спицами Киршнера, которые в последующем удалялись без разреза и обезболивания. Вместо удаляемых конструкций (металлических интрамедуллярных стержней, наkostных пластинок, проволоки, шурупов) использовались лавсановые ленты, нити, а также перфорированные аутокостные трансплантаты (при ликвидации ложных суставов), взаимовнедрение костных отломков с целью ускорения консолидации с последующим восполнением возникшего укорочения путем внешней фиксации, широкое применение гипсовой иммобилизации и аппарата Илизарова. Так, из трех десятков оперативных методик, предложенных и апробированных нами в клинике (Умханов Х.А., 2009) имеются лишь единичные случаи, где пришлось прибегнуть к внутреннему металлоостеосинтезу. Анализ исходов оперативных вмешательств, выполненных нами на протяжении указанного выше времени показал, что они вполне благоприятны как в анатомическом, так и в функциональном отношении. Сторонники внутренней жесткой фиксации основывают свою тактику тем, что больные могут раньше начать движения и нагрузку. Однако, не отрицая этих преимуществ, следует помнить о дороговизне примененных конструкций и необходимости их удаления в те или иные сроки после операции, а также о возможных затратах и осложнениях, связанных с повторным вмешательством. Отсюда, в сравнении с известными и пропагандируемыми ныне высокотехнологичными вмешательствами, предлагаемая нами оперативная тактика проста в исполнении, экономична (т.е. необременительна для государства или пациента) и не требует необходимости в повторных операциях для удаления погружных металлоконструкций.

Это обстоятельство позволяет нам высказать следующее соображение. Если оперативная цель (обеспечение анатомичности и функциональности) у ортопедо-травматологического больного может быть достигнута простым и экономичным путем, то стремление достичь ее высокотехнологичными и, соответственно, дорогостоящими для государства и пациента средствами — нерационально. Иными словами, если без ущерба для конечного результата, может быть изыскан простой и экономичный оперативный прием, то нет никакого оправдания для стремления к достижению той же цели дорогостоящими технологическими средствами.

Г.Г. Устинов, М.Ф. Солощенко, Г.М. Инговатова

АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ: ВОЗМОЖНОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)

Частота нагноительных заболеваний печени постоянно нарастает. Ежегодно в Алтайский краевой гепатологический центр среди больных с хирургической патологией гепатобилиарной зоны поступает 2—3 % пациентов с абсцессами печени.

Цель исследования: анализ возможностей диагностики абсцессов печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике на лечении находилось 156 больных с абсцессом печени. Возраст больных колебался от 19 до 83 лет. Преобладали мужчины — 98 (62,8 %) пациентов. У большинства больных (66,1 %) абсцессы локализовались в правой доле печени. В обеих долях абсцессы были у 28,8 % больных. По этиологии абсцессы печени разделены на 4 группы. Большую группу (53,2 %) составили больные с холангиогенными

абсцессами, возникшие у больных длительной механической желтухой. Абсцессы печени, возникшие у больных с различными воспалительными процессами в брюшной полости, составили 28,8 %. Сепсис, как причина абсцессов печени, был у 10,9 % пациентов. Посттравматические абсцессы печени наблюдали у 7,1 % больных. С целью установления диагноза, определения локализации, величины абсцесса, его отношения к окружающим тканям использовали инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), обзорную рентгенографию, компьютерную томографию (КТ), лапароскопию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Скрининговым исследованием для выявления абсцесса печени является УЗИ. Точность ультразвукового диагноза зависит от локализации процесса в печени и его величины. При УЗИ в паренхиме печени определялось образование различной формы, эхонегативное в центре и более повышенной эхогенности, за счет перифокального воспаления, на периферии. По эхоструктуре полость образования была не однородна. В ней определялось множественные взвешенные и фиксированные, хаотически расположенные внутренние эхогенные структуры. С образованием капсулы абсцесс приобретал округлую или овальную форму, контуры его становились более четкими. У 17 пациентов в полости образования был виден уровень жидкости и газа, что косвенно указывало на наличие анаэробной инфекции. Наибольшие диагностические трудности возникли у 12 пациентов с множественными мелкими, диаметром до 1,5 см, абсцессами. Ультразвуковая картина их была весьма сходной с таковой при метастазах.

Рентгенологическая семиотика абсцессов печени представлена косвенными признаками, такими как ограничение подвижности диафрагмы, высокое стояние, смещение или деформация купола диафрагмы, ателектазы в нижних отделах легких, симптомы пневмонии, выпотного плеврита, содружественные изменения в виде усиления и сгущения легочного рисунка в базальных отделах. Подобные симптомы различной степени выраженности и в разных сочетаниях наблюдались у 62 больных (39,7 %).

Наиболее информативным методом в постановке диагноза абсцесса печени является КТ, которая позволяет более точно установить локализацию и величину образования, определить отношение абсцесса к структурным образованиям печени. С помощью КТ удается четко визуализировать патологические образования до 2 см и по плотности, форме, состояния окружающих тканей проводить дифференциальную диагностику.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексное использование инструментальных методов исследования позволяет у большинства больных диагностировать абсцессы в печени.

А.С. Федоров, В.С. Старых, Н.И. Грибанов

НЕДОСТАТКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ВЫВИХАХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского (г. Кемерово)

При хирургическом лечении больных с вывихами акромиального конца ключицы широко применяют различные металлические конструкции. Исследователи сообщают об успешности их применения и нередко о возникающих осложнениях. При фиксации проволокой отмечают, что она легко прорезывает кость, часто рвется и ее трудно извлекать. Введение через акромион в ключицу спиц, стержней или шурупов приводит к повреждению суставных поверхностей костей, поломке или миграции фиксаторов. Даже минимально травмирующий и мало объемный наконечный фиксатор с крючковидным концом (авторское свидетельство № 971297), не требующий прикрепления его к кости шурупами, а также крючковидные пластины типа «Synthes» травмируют крючком суставные поверхности костей. Для удаления металлических фиксаторов необходима повторная операция, что приводит к дополнительной травме сустава с возникновением осложнений.

В кемеровской городской клинической больнице № 3 нами проведен анализ 107 случаев применения в течение пяти лет металлических фиксаторов при вывихах акромиального конца ключицы. Среди оперированных преобладали лица мужского пола и трудоспособного возраста. Операции произведены в сроки, преимущественно не более недели после травмы, при застарелых вывихах — в зависимости от сроков обращения. Спицы через акромион и сустав в ключицу введены в 9 случаях, стержни — в 35, шурупы — в 18, шурупы через ключицу в клювовидный отросток лопатки — в 9 и крючковидные наконечные пластины типа «Synthes» с подведением крючка под акромион — в 36. Все больные в