

гидротубаций и физиотерапевтических процедур в раннем послеоперационном периоде обеспечила полное восстановление проходимости маточных труб у 47 из 51 женщин, у 4 пациенток наступило частичная проходимость маточных труб, подтвержденное метросальпингографически. Эффективность лечения подтверждено наступлением беременности через 3 месяца после лечения у 17 из 52 больных (32,7%). В группе сравнения за этот период беременность не зарегистрирована. Всем 51 больным потребовался этап реабилитации. Лечебно-динамическая лапароскопия, проведенная у больных с эндометриозом через 6 месяцев лечения, показала наличие единичных гетеротопий у 5 из 15 больных (33,3%).

Выводы. Предложенная методика обеспечила более благоприятное течение послеоперационного периода, что выражено в отсутствии обострения воспалительного процесса в основной группе. Динамическая лапароскопия, проведенная в основной группе на 2 сутки послеоперационного периода, показала целесообразность ее применения в профилактике спаечного процесса в послеоперационном периоде. Ранняя послеоперационная поликвантовая терапия и динамическая лапароскопия обеспечила восстановление проходимости маточных труб у 92,2% больных, с наступлением беременности у 32,7% женщин в первые 3 месяца от начала лечения. Полученные нами результаты исследований позволяют считать, что применяемая нами методика обеспечивает восстановление проходимости маточных труб, а также достаточно высокую частоту наступления беременности.

Литература

1. Кулаков В.И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии. /Акуш. и гин.– 2002.–№5.– с.
2. Лапароскопия в гинекологии / Под ред. Г.М.Савельевой, И.В.Федорова.– М.:ГЭОТАР Медицина, 2000.– С.187–228.
3. Хусаинова В.Х. и др. // Гинекология.– 2003.– №5.– С.58.
4. Mage G. et al. //Contracept-Fertil-Sex. 1997 Jul-Aug; 25 (7-8): 582-4.
5. Беженарь В.Ф., Максимов А.С. Т // Ж. акушерства и женских болезней.– 1999.– №3.– С. 48–53.
6. В.И.Кулаков, Л.В.Адамян. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.– М., 2005.–С.3
7. Козлов В.И. //Лазерная медицина. 1997.– №1.– С. 6–23.
8. Корепанов В.И. Лазерная терапия в акушерстве, гинекологии, урологии, нефрологии и проктологии: Метод. пособ. для врачей.– М., 1999.– 38 с.

УДК 617.572-001.5-089.84

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СПОСОБ СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОСТЕОМЕТАЛЛОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Н.Г. КОЛОСОВ, А.А. МАМЕДОВ*

В последнее десятилетие в мире наблюдается рост переломов проксимального конца плечевой кости, в том числе переломов хирургической шейки плеча (ПХШП), особенно среди лиц старших возрастных групп в связи с ростом продолжительности жизни на фоне развития инволюционного остеопороза костей [2]. Анализируя данные литературы, можно отметить большой разброс в освещении вопросов тактики лечения больных с (ПХШП). Диапазон рекомендаций простирается от применения консервативных методов лечения до достаточно широких показаний к остеосинтезу. Не существует единого мнения по поводу допустимого смещения отломков при консервативном либо оперативном лечении этих переломов. В то же время авторы утверждают, что хорошая репозиция играет исключительно важную роль, поскольку гарантирует полный объем движений в таком функционально значимом суставе, каким является плечевая [1]. Несмотря на большое число

предложенных способов, консервативное лечение оказывается безуспешным при оскольчатых переломах и переломах со значительным смещением костных отломков, не поддающиеся ручной репозиции в 4–13% случаев [3]. В связи с этим ряд авторов рекомендует применять оперативный метод лечения, если имеется смещение отломков, если добиться их сопоставления консервативными методами не удается.[4]. Спектр оперативных методов лечения разнообразен, что косвенно может говорить о проблемах с лечением этой патологии и подтверждает необходимость методов, обеспечивающих прочную фиксацию репонированных отломков, позволяющих давать ранние движения в поврежденном суставе. Операция позволяет произвести репозицию фрагментов травмированной конечности особенно ad oculus, при использовании открытых методик, но способы последующей фиксации не всегда дают возможность проведения ранних движений в суставе, что побуждает к разработке более совершенных фиксаторов и способов лечения.

Цель – обеспечить положительные исходы оперативного лечения больных с ПХШП.

Материалы и методы исследования. С 2006 по 2007 г. нами выполнено 20 операций с использованием фиксатора стяжки, которые составили основную группу (ОГ). Контрольной группой (КГ) служили 40 операций с применением Т-образной пластины и скобы с термомеханической памятью формы. Показаниями к операции явились: оскольчатые, со смещением переломы, не поддающиеся закрытой ручной репозиции. Противопоказаниями к операции: дыхательная и сердечная недостаточность 2–3 степени; из 60 оперированных больных было 15 мужчин и 45 женщин. Возраст – от 49 до 79 лет.

Таблица

Объем движений в плечевом суставе после оперативного лечения в ОГ и КГ

Через 6–8 недель после операции	ОГ	КГ
Отведение	160±5°	90±5°
Сгибание с лопаткой	140±5°	80±5°
Разгибание с лопаткой	35±5°	25±5°
Ротация кнаружи	70±5°	50±5°
Ротация кнутри	80±5°	65±5°

Способ оперативного лечения ПХШП с использованием фиксатора-стяжки. Для проведения оперативного лечения ПХШП нами изобретена оригинальная конструкция фиксатора стяжка, на которую получена приоритетная справка № 2006113817. Фиксатор-стяжка включает в себя фиксирующие и стягивающие элементы для обеспечения межфрагментарной компрессии. Фиксирующий элемент для проксимального отдела сделан в виде рогатки под углом 85–90° с загнутыми в виде крючков и удлиненными концами полуцилиндрической формы, в месте соединения рогатка переходит в стержень цилиндрической формы, который имеет резьбу. Фиксирующий элемент для дистального отдела выполнен в виде крючка с удлиненным концом полуцилиндрической формы, другой конец которого выполнен в виде стержня цилиндрической формы с резьбой. Стержни с резьбой имеют одинаковые диаметры и длину резьбовой части, и на конце резьбы площадки под фиксирующий ключ. Все крючки фиксирующих элементов изогнуты под углом 70–75°, плоская часть всех крючков доходит до изгибов крючков и имеет продольные рифления. Цилиндрические стержни с резьбой имеют на концах цилиндрические контргайки с отверстиями под ключ и соединены втулкой с внутренней резьбой, обеспечивающей стягивающую функцию устройства, причем втулка имеет ряд отверстий для закручивания (рис.1).

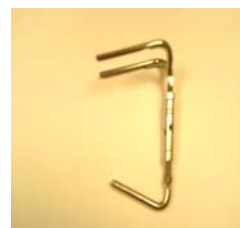


Рис. 1 Фиксатор-стяжка

* Новосибирский государственный медицинский университет

Способ осуществляется следующим образом. Под спинномозговой анестезией в положении больного лежа на спине в асептических условиях производится линейный разрез по краю дельтовидной мышцы в области плечевого сустава. Отслаивают подлежащие ткани, выделяют места перелома, ликвидируют интерпозицию тканей, осуществляют репозицию перелома. Далее в области большого бугорка с помощью электродрели и специального кондуктора (рис. 2) просверливается 2 отверстия под углом $70-75^\circ$ под проксимальные ножки фиксатора. Аналогично в дистальном отделе просверливается 1 отверстие под ножку фиксатора. Поочередно устанавливаются ножки фиксатора, на резьбовую часть закручивается втулка и затягивается до компримирования отломков. Далее закручивают контртайки. Оперативное лечение заканчивается мобилизацией конечности косыночной повязкой.



Рис. 2 Кондуктор-направитель



Рис. 3 Пациентка О. Закрытый оскольчатый перелом хирургической шейки правой плечевой кости до оперативного лечения.

Пример. Пациентка О. 78 лет поступила в клинику с диагнозом: закрытый оскольчатый перелом хирургической шейки правой плечевой кости со смещением костных отломков (рис.3). Больной было произведено оперативное лечение с применением фиксатора стяжки (рис.4). После оперативного лечения конечность иммобилизовывалась косыночной повязкой на 6 недель. Через две недели после оперативного лечения разрешались пассивные движения в плечевом и смежных суставах. Назначали курс ЛФК, массажа, физиолечение. В КГ движения в плечевом и в смежных суставах полностью отсутствовали из-за иммобилизации гипсовой повязкой в 100% случаев. Выписку производили на 13-15-й день.



Рис. 4 Пациентка О. Закрытый оскольчатый перелом хирургической шейки правой плечевой кости в условиях остеосинтеза фиксатором-стяжкой

Результаты. По показателям лечения больных были получены 80 % хороших и 20% удовлетворительных результатов. ОГ и КГ сравнивали по показателям: продолжительность оперативного лечения в ОГ составило в среднем 50 ± 5 минут, в КГ – 85 ± 5 минут. Длительность оперативного вмешательства в КГ больше на 35 ± 5 минут; интраоперационная кровопотеря в среднем составила: ОГ – 250 ± 30 мл; КГ – 390 ± 30 мл. В связи с

техническими особенностями операций объем движений в плечевом суставе в ОГ на 8 неделе после операции значительно превышает таковой в КГ – табл. В связи с использованием в КГ гипсовой иммобилизации на 6–8 недель; показатели качества лечения в ОГ возросли на 30%.

Выводы. Использование фиксатора-стяжки обеспечивает возможность, потеряв меньше времени и интраоперационной кровопотери, добиться наилучших функциональных результатов в лечении без использования громоздких конструкций и послеоперационного наложения гипсовых повязок. Фиксатор-стяжка надежна, малотравматична, может с успехом быть применена у больных пожилого и старческого возраста.

Литература

1. Алейников А.В. Лечение застарелых вывихов плеча: Дис...канд. мед. наук.– Нижний Новгород, 2004.
2. Закревский Л.К. и др. // Ортопедия, травматология и протезирование. ж.– 2004.– № 8. – С.36–39.
3. Панченко М.К. Восстановление функции верхней конечности при лечении переломов проксимального конца плечевой кости: Дис... канд. мед. наук.– Киев, 2001.
4. Frich L.H., Sojbjerg J.O. // Orthopedics. – 2000.– Vol.14, № 9.– P. 949–954.

УДК 616.33-002.44

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ

Е.Н. КАСАТКИН, Т.П. КОРШУНОВА, Н.А. НИКИТИН,
О.И. ШЕМУРАНОВА*

Вопросы хирургического лечения пептических язв гастродуодено- (ГДА) и гастроэнтероанастомозов (ГЭА) после резекции желудка по-прежнему остаются актуальными. Частота их развития колеблется от 0,5% до 15% [4]. Острота проблемы усугубляется частым развитием urgentных осложнений – перфорации язвы или кровотечения из язвы, требующих экстренных хирургических вмешательств. Основные причины развития пептических язв ГДА и ГЭА хорошо известны: недостаточный объем резекции желудка, оставление слизистой антрального отдела при резекции на выключение язвы, длинная приводящая петля, гастриннома поджелудочной железы и другая эндокринная патология. Однако в литературе мало внимания уделено дуодено- и энтерогастральному рефлюксу, как одному из ulcerогенных факторов, в т.ч. на фоне некорригированных во время первой операции хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП), что незаслуженно снижает их значение в развитии пептических язв ГЭА [1]. На сегодняшний день для лечения пептических язв ГДА и ГЭА предложен ряд вариантов реконструктивных вмешательств на желудке, но наиболее распространенной операцией является реконструктивная резекция желудка по Ру [2]. Однако в случае короткой приводящей петли, ХНДП в стадиях суб- и декомпенсации возникает необходимость двустороннего отключения 12-перстной кишки (ДПК) [3]. Однако технические аспекты этих операций, прежде всего характер дренирующего ДПК пособия, далеки от окончательной разработки.

В клинике факультетской хирургии Кировской ГМА с 2001 по 2005г.г. находилось на лечении 38 больных с urgentными осложнениями пептических язв ГДА и ГЭА в возрасте от 27 до 65 лет, в т.ч. 29 мужчин и 9 женщин. Кровотечение из язвы было у 35 больных, перфорация язвы – у 3. В 32 случаях язва локализовалась в зоне ГЭА, в 5 – в отводящей петле тощей кишки и в 1 – в культе желудка в области ГДА. Развитию пептических язв предшествовали: резекция желудка по Бильрот-I – 1; по Бильрот-II – Финстереру – 28; по Бильрот-II – Витебскому – 6, в т.ч. в 1 случае – с поперечной антиперистальтической дуоденоюностомией (ПАДЕС); в модификациях Ру – 3. Чаще

* 610027, г. Киров, ул. к. Маркса, 112, ГОУ ВПО Кировская ГМА МЗиСР, тел. (8332) 23-65-10