

временными либо этапными. Они должны заменяться оперативными, но уже после улучшения состояния пострадавших, при нарушении репаративных процессов и возникновении других осложнений.

Выбор оперативных методов лечения переломов в остром периоде политравмы определяется состоянием пострадавшего, локализацией и характером переломов. Если в отсроченном и плановом порядке могут использоваться любые методы лечения переломов, то в срочном порядке предпочтение должно отдаваться чрескостному остеосинтезу. Остеосинтез стержнями может производиться по поводу диафизарных поперечных и косопоперечных переломов бедра. Остеосинтез компрессионными пластинами с успехом может применяться при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей, в том числе носящих оскольчатый характер. Чрескостный остеосинтез, как правило, является окончательным методом лечения. У пострадавших с политравмой в срочном порядке он показан при:

- открытых переломах опорно-двигательного аппарата;
- оскольчатых, внутри- и околоуставных переломах;
- закрытых повреждениях ключицы и таза с нарушением целостности тазового кольца, множественных переломах ребер с наличием «реберного клапана»;
- закрытых множественных переломах для остеосинтеза одного из поврежденных сегментов.

Для остеосинтеза обширных или двойных переломов, нередко встречающихся при политравме, целесообразно использовать комбинированный остеосинтез.

Внедрение результатов исследования в повседневную клиническую практику позволило уменьшить первичную инвалидность на 15,2 %, уменьшить частоту воспаления мягких тканей у спиц в проксимальных отделах плеча и бедра при чрескостном остеосинтезе на 22 %, а частоту остеомиелита при открытых переломах — на 6,1 %.

Таким образом, разработанные стратегические и тактические принципы и приемы оказания травматологического пособия при сочетанных и множественных шокогенных повреждениях позволили существенно улучшить результаты лечения пострадавших по основным показателям, их характеризующим.

**Н.А. Колпаков, В.Р. Корита, С.А. Бавринчук, В.С. Кузьменко**

## **АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ**

*ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава (г. Хабаровск)*

В последние годы в лечении острого гнойно-деструктивного холецистита достигнуты определенные успехи, обусловленные внедрением миниинвазивных технологий, ранней оперативной тактики и совершенствованием анестезиологии. Но, тем не менее, результаты лечения острого холецистита и, в большей степени, послеоперационная летальность далеко не в полной мере удовлетворяют хирургов. Известно, что тяжесть и разнообразие сопутствующих заболеваний у больных пожилого возраста существенно влияют на течение основного заболевания и повышают риск оперативного вмешательства.

Нами проанализированы 480 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике общей и факультетской хирургии ДВГМУ, по поводу острого холецистита с 2004 по 2006 гг. Из них 381 (79,2%) женщина и 99 (20,8 %) мужчин в возрасте от 16 до 86 лет. Больные разделены на три возрастные группы: 1 группа — молодого возраста (от 16 до 35 лет) — 53 (11 %) человека; 2 группа — зрелого возраста (от 35 до 60 лет) — 312 (65 %) человек; 3 группа — пожилого и старческого возраста — 115 (24 %) человек. У подавляющего большинства (456 (95 %)) тематических больных был острый калькулезный холецистит. Давность заболевания — свыше 24 часов до поступления в клинику — наблюдалась у 294 (61,3 %) пациентов. Сопутствующие острому холециститу заболевания выявили у 20 (34,7 %) больных первой группы, во второй группе — у 178 (57 %) и в третьей группе больных — у 97 (83,7 %) человек. В третьей (старшей возрастной) группе преобладали заболевания, значительно повышающие операционный риск, — сердечно-сосудистая патология, бронхиальная астма, сахарный диабет. У 10 % больных данной группы в анамнезе был инсульт и инфаркт миокарда. Осложненные формы заболевания (холедохолитиаз, холангит, стеноз БДС, панкреатит), наряду с острым деструктивным холециститом, в первой группе больных наблюдались у 9 (17,3 %), во второй — у 106 (33,7 %), в третьей — у 62 (54 %) человек. Всем больным с момента поступления в стационар проведено консервативное лечение (за исключением пациентов с перитонитом, которые прооперированы в экстренном порядке). Эффективность проводимых консервативных мероприятий оценивалась по истечении 24 часов. В алгоритм обследования больных включалось ультразвуковое исследование органов гепатопанкреатодуоденальной системы и гастродуоденоскопия (оценка БДС и пассажа желчи). При отсутствии клинического эффекта и бесперспективности консервативной терапии выполнялось неотложное оперативное вмешательство.

Оперативная активность составила 72 %, прооперировано в экстренном и срочном порядке 345 больных. Характер оперативных вмешательств и послеоперационные осложнения представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Характер оперативных вмешательств и послеоперационные осложнения**

Группы больных	Число операций	Вид холецистэктомий			Послеоперационные осложнения	Летальность
		открытая	лапароскопическая	мини-доступ		
16–35 лет	42	10 (24 %)	27 (64 %)	5 (12 %)	2 (5,7 %)	0 (0 %)
36–60 лет	235	133 (56 %)	100 (43 %)	2 (0,9 %)	27 (11,6 %)	3 (1,3 %)
61–90 лет	68	46 (67,7 %)	12 (17,6 %)	10 (14,7 %)	15 (22 %)	9 (13 %)
<b>Всего</b>	<b>345</b>	<b>189 (54,8 %)</b>	<b>139 (40,3 %)</b>	<b>17 (5 %)</b>	<b>44 (12,8 %)</b>	<b>12 (3,5 %)</b>

Группа больных молодого возраста при любых видах оперативного вмешательства характеризовалась минимальным процентом послеоперационных осложнений и отсутствием летальности. Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа, выполненная у 17 больных в разных возрастных группах, практически не сопровождалась серьезными осложнениями и летальностью, однако малое число операций не позволяет сделать достоверные и полноценные выводы. При лапароскопической холецистэктомии у 139 пациентов послеоперационные осложнения (кровотечение, желчеистечение в брюшную полость) наблюдались в 3 % случаев, что потребовало релапароскопии с целью устранения осложнений. Летальных исходов не было. Показатель конверсии – 12 %. Наибольший процент осложнений (22 %) и летальности (13 %) при остром деструктивном холецистите наблюдается в группе больных пожилого и старческого возраста, что диктует необходимость дальнейшей разработки оптимальных методик анестезиологического обеспечения и оперативных вмешательств у данного контингента больных.

**Ю.А. Коновец, А.А. Мазуренко, П.В. Толпыгин, Р.Б. Колотова, П.А. Родионов**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

*ОГУЗ «Амурская областная клиническая больница» (г. Благовещенск)  
ГОУ ВПО АГМА (г. Благовещенск)*

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Анализ непосредственных результатов лечения пациентов с острой артериальной непроходимостью.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В отделении сосудистой хирургии Амурской областной клинической больницы в период с 2004 по 2006 гг. оперировано 77 больных с острой артериальной непроходимостью. Из них мужчин было – 43 (44,1 %), женщин – 34 (55,8 %). Средний возраст пациентов – 62,4. Преобладали пациенты с ишемической болезнью сердца – 55. Из них с нарушением сердечного ритма – 49, с аневризмой левого желудочка – 5, ревматической болезнью сердца – 4. Ишемию конечностей при поступлении оценивали по классификации В.С. Савельева. По степени ишемии распределение было следующим: ишемия напряжения – 1 (1,1 %) пациент, 1А – 1 (1,1 %), 1Б – 12 (13,9 %), 2А – 18 (20,9 %), 2Б – 26 (30,2 %), 3А – 26 (30,2 %), 3В – 2 (2,3 %). С острой артериальной непроходимостью артерий верхних конечностей – 23 (26,4 %), нижних конечностей – 63 (72,4 %), 1 (1,1%) – висцеральных сосудов. Всего выполнено 98 операций, из них первично 88. Характер выполненных оперативных пособий: в 29 (32,9 %) случаях выполнялась тромбэктомия, в 55 (62,5 %) тромбэмбоэктомия, 2 (2,3 %) – ампутация конечности, 2 (2,3 %) – аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование *in situ*. У 26 пациентов операцию восстановления кровотока дополняли фасциотомией.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

Кровоток был восстановлен первичной операцией в 74 (96,1 %) случаях. В двух случаях (2,6 %) была сделана первичная ампутация конечности на уровне верхней трети бедра в виду запредельной ишемии. Повторно оперировано 11 (14,3 %) пациентов. При этом в 6 (54,5 %) случаях удалось восстановить кровоток, а в 5 (45,5 %) пришлось ампутировать конечность. Пациенту с тромбозом верхней брыжеечной артерии проведена тромбэмбоэктомия из основного ствола, после чего произведена резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки. У 2 (18,1 %) пациентов с тромбозом бедренной артерии