

РЕЗУЛЬТАТЫ

При катamnестическом наблюдении у 16 пациентов после двухэтапного метода лечения с установкой цементного спейсера рецидива нагноения не отмечается до 5 лет после повторного эндопротезирования. Одна пациентка продолжает удовлетворительно пользоваться конечностью с временным имплантатом в течение 3 лет, ходит с помощью костылей и отказывается от проведения второго этапа.

В одном случае после удаления спейсера тазобедренного сустава произведена резекционная артропластика, еще в одном случае после удаления спейсера коленного сустава выполнен компрессионный артродез.

ВЫВОДЫ

Метод двухэтапного хирургического лечения с установкой артикулирующего цементного спейсера, импрегнированного антибиотиками, улучшает условия реабилитации, сохраняя возможность движений в суставе, и предупреждает мышечную атрофию, компенсирует укорочение конечности, поддерживает необходимую концентрацию антибиотика и уменьшает риск рецидива воспалительного процесса после реимплантации сустава.

И.В. Вотьев, Н.И. Богомолов

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

Целью нашего исследования было изучение резидуального холедохолитиаза и выработка современной рациональной тактики лечения данной группы больных.

Холедохолитиаз по оценкам разных специалистов наблюдается у 7–15 % пациентов с желчнокаменной болезнью. В течение последних 4-х лет мы выявили холедохолитиаз у 22,5 % больных желчнокаменной болезнью. Это в значительной степени связано с улучшением диагностики желчных путей. По данным литературы, в отношении лечения этой категории пациентов единого мнения нет, что показывает актуальность рассматриваемой проблемы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За последние 4 года в клинике оперированы 96 больных с холедохолитиазом, из которых у 64 больных нами были применены малоинвазивные методы лечения. Среди пациентов были 57 женщин и 16 мужчин в возрасте от 28 до 59 лет. 23 человека были старше 60 лет. Длительность заболевания варьировала — от 4 месяцев до 11 лет.

Инструментальные методы исследования применяли в такой последовательности: УЗИ, КТ, фиброгастродуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная, чреспеченочная холангиография, а во время операции — интраоперационная холангиография, фиброхоледохоскопия. Сочетанное использование указанных методов позволило установить точный диагноз до операции в 98,1 % случаев. Помимо холедохолитиаза, у 81,3 % больных были диагностированы такие осложнения желчнокаменной болезни, как стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (24 %), острый холецистит (28 %), острый гнойный холангит (22 %), острый панкреатит (26 %), протекающие почти в половине наблюдений в форме различных сочетаний. Синдром Миризи был выявлен у 3,1 % больных: 1-я форма синдрома в 2 случаях и 2-я форма — в одном случае.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия позволяет удалить камни из желчных протоков. При этом вмешательстве сфинктер общего желчного протока рассекается проволочным электродом, прикрепленным к катетеру. Мы выполнили в 46 случаях эндоскопическую папиллосфинктеротомию, в различных вариантах ее исполнения; больные поступали с клиникой механической желтухи и холангита. Канюляционным способом данное вмешательство выполнено в 87 % случаев, в 5 % — неканюляционным, а у 8 % больных использовалась комбинированная методика. В большинстве случаев (74 %) декомпрессия холедоха проведена одномоментно, в остальных случаях за 2–3 исследования.

Мы являемся сторонниками активной тактики удаления конкрементов, поэтому практически во всех случаях холедохолитиаза использовали литоэкстракцию с помощью корзинки Дормиа — 86 %, или баллонного катетера — 14 %.

Осложнения (кровотечение, перфорация, панкреатит, холангит) наблюдались в 5 % случаев, а летальность составила 0,5 %. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия применялась для разрешения обструкции желчных путей камнями в 98 % и санации протоков — в 2 % случаев.

В настоящее время при механической желтухе придерживаемся тактики двухэтапного оперативного лечения. Одновременно с лечебно-диагностическими процедурами проводили интенсивную консервативную терапию, направленную на коррекцию, а также предупреждение прогрессирования печеночно-почечной недостаточности и инфекционных осложнений. После выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, вторым этапом, при стабилизации, стихания воспалительного процесса выполняли радикальные операции в «холодном периоде» — 94 %. При прогрессировании механической желтухи и клиники холангита в течение 24–48 часов выполняли оперативное лечение — 6 %.

Таким образом, холедохолитиаз, как осложнение желчнокаменной болезни встречается достаточно часто и требует двухэтапного хирургического лечения; с применением в первую очередь более щадящих и эффективных, а также, как показывает анализ, с минимальным процентом осложнений методов, таких как эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. Вторым этапом необходимо выполнить радикальное оперативное пособие с минимальным риском для жизни больного.

И.Ю. Гатальская, В.И. Семенников

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТО- И УВЧ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СКУЛОВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПЕРЕЛОМОВ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)

В комплексном лечении и реабилитации пострадавших с переломами костей лица и сочетанной травмой существенное значение для обеспечения благоприятных результатов имеет применение различных методик физиотерапии.

Цели и задачи: оценить эффективность и безопасность применения магнито- и УВЧ-терапии при лечении пациентов с сочетанной травмой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 87 человек с переломами скуловых костей лицевого комплекса в сочетании с нейротравмой или тяжелой сочетанной травмой в возрасте от 30 до 60 лет, лечившихся в отделениях нейротравмы и тяжелой сочетанной травмы МУЗ «Городская больница № 1» г. Барнаула с 2008 по 2011 гг. Хирургический этап состоял в репозиции отломков по стандартной методике и фиксации иглой-инстиллятором (патент РФ № 41247). Все пациенты получали курс физиотерапии: 50 пациентов — магнитотерапии № 8 и 37 пациентов — УВЧ-терапии в субтермической дозе № 8. Контроль проводился на основании жалоб, контроля АД, передней риноскопии, мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ). Осмотры производили ежедневно, инструментальный мониторинг через 14 дней и 6 месяцев после операции. Статистическая обработка проведена по методу Mann — Whitney, U-test.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализ клинико-рентгенологических данных на этапах лечения говорит об отсутствии статистически значимого различия в группах по результатам данных риноскопии ($p > 0,05$). При осмотре через 14 дней в 100 % случаев патологии слизистой оболочки не выявлено. По данным МСКТ статистически значимого различия в группах не обнаружено ($p > 0,05$): т.е. у пациентов обеих групп в 100 % случаев до лечения диагностированы: отек слизистой оболочки полости синуса, наличие в полости синуса геморрагического экссудата. На контрольных томограммах через 6 месяцев патологических изменений синуса не обнаружено в 100 % случаев в обеих группах. Результаты проведенного исследования показали, что применение УВЧ-терапии вызвало усиление головных болей в 90 % случаев, при магнитотерапии усиление головной боли наблюдалось в 5 % случаев. Усиление головокружения и тошноты после УВЧ-терапии было в 5 % случаев, рвоты появилась в 10 % случаев. В группе с использованием магнитотерапии таких осложнений не было. Повышение артериального давления наблюдалось в 80 % случаев после УВЧ-терапии и в 5 % — после магнитотерапии. По результатам передней риноскопии и МСКТ установлен выраженный терапевтический эффект в обеих группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая, что большинство пациентов, получавших УВЧ-терапию отмечали значительное ухудшение общего состояния: усиление головных болей, головокружения, тошноты, рвоты, можно рекомендовать пациентам с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и черепно-мозговой травмой применение магнитотерапии, как наиболее безопасного метода.