

УДК 617.572-001.06-08

К МЕТОДОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ СВЕЖИХ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА

А.Л. ТОЛСТЫХ*

Вывихи плеча составляют самую обширную группу (до 50%) среди всех вывихов, причем, следует учитывать, что повреждения продолжает иметь высокий процент осложнений. Негативные последствия вывиха плеча составляют по данным различных авторов до 87% после консервативного лечения. В последние годы появляется новое высокоточное диагностическое медицинское оборудование: рентгенографическое, УЗИ, МРТ и другое. И в тоже время, кажущаяся банальность патологии и осложнения к ней не соответствует современному уровню развития травматологии и ортопедии. Обосновывая более физиологичные, атравматичные методики вправления необходимо учитывать анатомию плечевого сустава. Учитывая тот факт, что этот сустав является самым подвижным следует признать невозможность ожидания высокой степени прочности у плечевого сочленения – размер головки плеча превышает суставную поверхность лопатки в 3,5-4 раза, сустав имеет минимальное количество связок. С учетом этого мы предложили для шаровидного сустава, вращающегося во всех плоскостях, использовать понятие «оси» за которую принят перпендикуляр к центру суставного отростка лопатки. Именно в этом направлении необходимо осуществлять вытяжение.

Изучив проблемы вывихов плеча, мы предложили наиболее рациональную технику вправления: положение больного на спине; лучшим обезболиванием является наркоз, за неимением которого иногда применяют внутривенное введение раствора сибазона 2 мл и промедола 2% 0,5мл. При релаксации возможно вправление и одним пальцем, введенным в подмышечную впадину, головка плеча направляется к суставной поверхности лопатки. Если вправление не происходит, хирург плавно отводит руку до угла в плечевом суставе около 90°, совмещая вытяжение по оси плеча за лучезапястный сустав и отведение. Вправление может произойти на этом этапе. Основываясь на необходимости деликатного вправления к вытяжению под углом около 90° во фронтальной плоскости можно добавить легкое давление пальцами хирурга на головку плеча (методика Мешкова). Грубые манипуляции следует исключить, поскольку они вызывают дополнительную травматизацию тканей. Этого можно достичь применением наркоза, снимающего мышечный силовой блок, сформированный болевыми ощущениями. Мы разработали авторскую методику, характеризующуюся не только вытяжением по оси плеча, но и созданием упора пальцами хирурга в головку плеча и одновременным приведением верхней конечности кпереди, что создает двуплечный рычаг, повышающий усилие на головке плечевой кости. Плечевая кость с сохранением угла 90° по отношению к суставной поверхности лопатки во фронтальной плоскости и при повторяющихся движениях приведения кпереди и отведения кнаружи может даже в застарелых случаях раздвигать рубцы, смещая элементы сустава к положению нормы.

Очень большое значение имеет диагностика сопутствующих повреждений: ротаторной манжеты и плечевого сплетения. Для этого больного осматривают после вправления вывиха проверяя как минимум два симптома на повреждение ротаторной манжеты плеча: симптом Леклерка – отсутствие активного отведения верхней конечности в поврежденном плечевом суставе и проявляющееся, вместо отведения, приподниманием надплечья в виде «недоуменного пожатия плечом», симптом падающей руки, когда пассивно поднимаемая верхняя конечность не может удержаться в достигнутом положении. Неврологические проявления включают парезы, явные трофические расстройства, боли. При подозрении на эти симптомы необходимо расширить объем диагностических назначений: УЗИ, МРТ, электромиографии. При наличии сопутствующих повреждений назначается лечение: шов ротаторов или поврежденных нервных волокон; мильгамма, прозерин, электростимуляция. Следует сразу оговориться – восстановление поврежденных нервных волокон, особенно п. axillaris, остаётся далеко не решённой проблемой.

После вправления вывихов плеча надо произвести иммобилизацию. Повязка Дезо абсолютно непригодна. Практически каждый привычный вывих плеча является дефектом иммобили-

зации после вправления. Наиболее рациональной иммобилизацией, почти не дающей рецидивов, является гипсовая повязка от здоровой лопатки до кисти с отведением около 20° в плечевом суставе и сгибание 90° в локтевом суставе. В передненижнем отделе плечевого сустава прибинтовывается поролоновая прокладка толщиной около 5 см для сдавления полости, где была вывихнутая головка плеча. Срок иммобилизации – 4 недели.

По предложенной нами методике вправления и последующего лечения свежих вывихов плеча пролечено 30 пациентов в период с 2004 по 2007 годы на базе ГУЗ ВОКБ № 1» Воронежа, составивших основную группу исследования. Для сравнения отдаленных результатов лечения были использованы данные контрольной группы – 12 пациентов получавших лечение по поводу аналогичной патологии в других стационарах по стандартным, отличным от авторской методик. Установлено, что повторные вывихи в плечевом суставе в основной группе не встречались, а среди пациентов контрольной группы они отмечены у 30% исследованных. По данным опроса, проведенного в сроки от полугода до трех лет с момента вправления вывиха в плечевом суставе объем движений и работоспособность восстановились полностью у 50% пациентов основной и только у 20% пациентов контрольной группы. Незначительные проблемы с выполнением привычного объема работ появились у 38% основной и 60% контрольной группы, пришлось полностью отказаться от выполняемых до травмы работ 20% контрольной группы, тогда как в основной группе таких ограничений не испытывал никто. Боли в травмированном плече совсем не беспокоят 22% пациентов основной и 10% пациентов контрольной группы. Постоянные сильные боли отмечают только 3% основной в сравнении с 10% пациентов контрольной группы. Результаты лечения как «хорошие» и «удовлетворительные» оценивают 85% пациентов основной и только 60% пациентов контрольной группы.

Проведенные нами исследования отдаленных результатов лечения свежих вывихов плеча по описанной выше методике позволяет заключить, что использование вытяжения при вправлении вывихов плечевого сустава по «оси», за которую принят перпендикуляр к центру суставного отростка лопатки, дает более качественные результаты в плане восстановления после травмы и субъективной оценки пациентами полученного пособия.

УДК 616.24-002

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

В.В. АНТОНЯН, С.В. АНТОНЯН *

Патологические синдромы после операций на желудке – особый вид осложнений, связанный с перестройкой пищеварения из-за операции [1,2]. Болезни оперированного желудка являются проблемой в гастроэнтерологии, частота которых стала критерием эффективности операции [3-5]. Изменения анатомических и функциональных взаимоотношений между органами пищеварительного тракта ведут к нарушению нейрогуморальной регуляции, обеспечивающей моторную функцию желудка, 12-перстной кишки, желчного пузыря, внешнесекреторной функции печени, биохимического состава желчи. Развиваются нарушения желчеобразовательной и желчевыделительной функции печени, возникают дистрофические изменения в её паренхиме.

Цель исследования – изучение функционального состояния гепатобилиарной системы при некоторых болезнях оперированного желудка и оценка эффективности адеметионина (гептра-ла) в комплексном лечении этих синдромов.

Материал и методы. Проведено клинико-лабораторное исследование 170 больных с диагнозом «Болезнь оперированного желудка», находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ГКБ №3 им. С.М. Кирова за период с 1992 года по 2007 год. Больные были разделены на три группы в зависимости от вида постгастрорезекционных синдромов: больные с гастритом культи желудка и анастомозитом (60); больные с язвой гастроэнтероанастомоза (24); больные с демпинг-синдромом различной степени тяжести (86). Для изучения функ-

* ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10. тел. 8 (4732) 53 05 76

* Астраханская ГМА

ционального состояния гепатобилиарной системы в этих группах проводились лабораторные биохимические исследования сыворотки крови: определение общего билирубина, общего белка, АЛТ, тимоловой пробы. Параллельно с изучением функционального состояния печени, проводили анализ данных, полученный путем исследования печени и желчевыводящих путей с помощью УЗИ, дуоденального зондирования.

Таблица

Отклонения биохимических показателей функции печени

	Гастрит культи и анастомозит	Язва анастомоза	Демпинг-синдром
Печень: Структура Эхогенность Размер	Неоднородная у 41%	не изменена	Неоднородная у 43%
	повышена у 50%	не изменена	Повышена у 100%
	увеличена у 41%	Увеличена у 30%	Увеличена у 20%
Желчный пузырь	Перегиб тела/шейки – 50%; увеличение размера – 25%; деформация стенки – 30%; признаки хрон. холецистита (в т.ч. калькулезного) – 30%	Деформация стенки – 60%; признаки хрон. Холецистита – 30%	Перегиб тела/шейки – 33%; увеличение размера – 7%; деформация стенки – 20%; признаки хрон. Холецистита – 13%; наличие конкрементов – 20%
Желчевыводящие пути	Отклонений нет		
Желчь	не изменена	Однородная густая – 100%	Вязкая, густая, гомогенная – 100%

Результаты. Тимоловая проба в группе лиц с гастритом культи желудка и анастомозитом повышена у 33% больных, с язвой анастомоза – у 33%, а с демпинг-синдромом – в 73% случаев. Показатели АЛТ у больных первой группы повышены в 29% случаев, у больных с язвой анастомоза – в 75%, а у больных с демпинг-синдромом – в 71%. Гипопротеинемия наблюдается у больных с гастритом культи желудка и анастомозитом в 11% случаев, у больных с демпинг-синдромом – в 18% случаев, а у больных с пептической язвой изменений не выявлено. Гипербилирубинемия у больных первой группы отмечалась в 43% случаев, у больных второй группы – в 50%, а среди больных третьей – в 63%. У больных после резекции желудка имеются изменения биохимических показателей, отражающих функции печени. Отмечается снижение белково-образующей функции, снижение поглотительно-экскреторной функции печени, гипербилирубинемия, признаки хронического гепатита. Параллельно с анализом функционального состояния печени, по результатам УЗИ и дуоденального зондирования, выявлены отклонения (табл.).

При болезнях оперированного желудка изменяется функциональное состояние и структура печени. Лоцируется диффузная неоднородность в паренхиме печени, в том числе зернистость, кистозные образования, повышается эхогенность, увеличивается размер печени. Изменяются форма и структура желчного пузыря: наблюдается перегиб в теле или шейке, увеличивается размер желчного пузыря, отмечается деформация его стенок (уплотнение, утолщение, сморщивание), выявляются признаки хронического холецистита, в том числе, калькулезного (наличие теней или четко выраженных конкрементов).

По данным УЗИ и дуоденального зондирования, у больных с демпинг-синдромом, язвой анастомоза желчь становится густой и вязкой. В гастроэнтерологическом отделении проводилось лечение 9 больных демпинг-синдромом с изменениями функционального состояния печени препаратом «Гептрал» (фармакологическое название «Адеметионин»), путем внутримышечного введения 400мг в течение 10 дней, а затем таблетированного приема по 400 мг три раза в день в течение одного месяца. После лечения показатели печеночных проб (тимоловая проба, АЛТ, общий белок, общий билирубин) нормализовались.

Заключение. Функциональная активность печени после резекции желудка снижена. Что касается структурного изменения печени и желчевыводящих путей, то объяснить изменения в гепатобилиарной системе у больных с оперированным желудком можно следующим образом. Гипертензией желчных протоков и нарушением оттока желчи из-за нарушения нейрогуморальной регуляции желчевыведения; рефлюксом дуоденального содержимого в желчные протоки из-за повышения гидростатического давления в двенадцатиперстной кишке при наличии синдрома приводящей петли; изменением биохимического состава пищи; Изменениями микрофлоры в еюнальном отделе кишки и желч-

ных ходах (дисбиоз встречается чаще у лиц с демпинг-синдромом). При сопутствующей ваготомии отмечается увеличение объема желчного пузыря, атоническая дискинезия и стаз желчи, как в самом желчном пузыре, так и внутри печени.

Не участвуя в формировании симптомокомплекса болезней оперированного желудка, нарушения двигательной функции печени и желчного пузыря играют роль в развитии функциональных заболеваний в послеоперационном периоде. С учетом положительной динамики печеночных проб, надо использовать препарат «Гептрал» в лечении демпинг-синдрома при наличии изменений в гепатобилиарной системе.

Литература

1. Генрих С.Р. и др. // Вест. хир. гастроэнтерол.– 2006.– №1.– С.147.
2. Корочанская Н.В. Принципы поэтапной реабилитации больных, перенесших органосохраняющие операции по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки: Дис...д.м.н.– Краснодар, 1999.– 408с.
3. Мизунов Н.А. //Клин.хир.–1986.– №1.– С.54–55.
4. Михайлов А.П. и др. // Вест. хир. им.И.И.Грекова.– 2002.– №1.– С.23.
5. Никулков С.Ю., Романенков С.Н. в // Мат-лы Всеросконф. хир.– М., 2003.– С.48–50.

УДК 617-089.8:616.61-089

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕХНОЛОГИИ УСТАНОВКИ НЕФРОСТОМИЧЕСКОГО ДРЕНАЖА ПРИ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

В.В. КЛОЧКОВ, А.В. КЛОЧКОВ, А.Г. ШМЫРИН*

Открытые операции на почке при разной патологии стали применяться все реже. Появились альтернативные методы лечения мочекаменной болезни, такие как дистанционная литотрипсия, контактная литотрипсия, литоэкстракция, внутреннее дренирование почки мочеточниковым стентом. Однако в 20% случаев методом выбора остаются открытые оперативные вмешательства, целью которых является не только полное удаление, но и реконструкция мочевых путей [1]. Дренирование почек после таких операций имеет немаловажное значение. После удаления коралловидного камня операция заканчивается как правило нефростомией [2]. Дренирование почки применяют при гнойных пиелонефритах, резекциях почки при раке, травмах почки, реконструктивных операциях на лоханочно-мочеточниковом сегменте. Несмотря на то, что нефростомия показана при многих ситуациях, техника ее не меняется десятилетиями.

Техника выполнения классической нефростомии: выделяют заднюю поверхность лоханки и нижний полюс почки, на лоханку накладывают две держалки, между которыми она вскрывается. Через разрез лоханки в нижнюю или среднюю чашечку проводят зажим, перфорируют чашечку и паренхиму почки по ее ребру. Затем зажимом захватывают дренажную трубку и вводят в полость лоханки. Нефростому фиксируют к почке и коже [3;4]. В случаях длительного или пожизненного дренирования почки накладывается циркулярная нефростомия по Трейсидеру. При классической нефростомии, которая проводится с помощью крупного инструмента корнцанга – создается ряд недостатков, а именно: двойная травматизация чашечек и паренхимы крупным зажимом; длительное паренхиматозное почечное кровотечение; не учитывается кривизна лоханочно-чашечного угла, что приводит к травматизации шейки чашечки; размеры зажима и его недостаточная кривизна приводят к дополнительному разрыву стенки лоханки; длительное подтекание мочи и развитие рубцового процесса в забрюшинном пространстве.

Цель исследования – создание игл-проводников для проведения малотравматичного нефростомического дренажа через верхнюю, среднюю и нижнюю чашечки.

Материалы и методы. Было проведено исследование 64 трупных почек, у 16 мужчин и 16 женщин. Для моделирования игл-проводников, почки разрезались сагитальным секционным разрезом, открывающим все группы чашечек, шейки и лоханку.

* Ульяновский ГГУ, каф. госпитальной хирургии, курс урологии. 432700, г. Ульяновск, ул. Л.Толстого, 42