

пищевода преследует цель достижения первичного заживления линии швов и профилактики послеоперационной несостоятельности.

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения у больных с перфорациями пищевода при использовании реконструктивно-пластических элементов по укреплению линии швов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами было проведено изучение результатов хирургического лечения 58 пациентов с перфорациями пищевода за период с 2000 г. по настоящее время. Среди причин перфораций были: травмы шеи и груди с ранением пищевода — 17 (29,3 %); инородные тела пищевода — 15 (25,9 %); повреждения пищевода вследствие операций на шейном отделе позвоночника — 7 (12,1 %); повреждения пищевода при иных медицинских вмешательствах — 10 (17,2 %); спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) — 9 (15,5 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Шейная медиастинотомия по Разумовскому была проведена у 34 пациентов (58,6 %), торакотомия — у 15 пациентов (25,9 %), чрезбрюшинная медиастинотомия по Савиных-Розанову — у 6 пациентов (10,3 %).

Ушивание стенки пищевода с пластикой линии швов различными способами выполнено у 39 пациентов. При локализации перфорации в шейном отделе пищевода у 12 пациентов линию швов укрывали лоскутом *m. sternocleidomastoideus* на питательной ножке. Выкраивание лоскута производили в каудальном (ключичном) направлении, затем с помощью узловых атравматических швов подшивали лоскут к стенке пищевода. При этом достигалось не только укрепление и дополнительная васкуляризация линии шва, но и отграничение нижних отделов средостения от гнойного процесса. У двух пациентов для этих же целей использовалось переднее брюшко *m. omohyoideus*. Особенностью операций при ранениях грушевидного синуса была возможность использования констрикторов глотки при ушивании и укреплении линии швов (9 пациентов).

При перфорациях грудного отдела пищевода после ушивания дефекта проводили мобилизацию лоскута медиастинальной плевры и перемещение его на область швов (7 пациентов). У 4 пациентов с целью герметизации пищеводного шва использованы коллагеновые пластины ТахоКомб.

У 5 пациентов, оперированных чрезбрюшинным доступом, в качестве пластического материала использовался желудок. Техническим приемом, позволяющим укрыть зону ушивания дефекта стенки пищевода, была парциальная или полная фундопликация. При достаточной мобилизации с помощью фундопликации возможно перемещение дна желудка до уровня эпифрэнального сегмента пищевода.

При ушивании стенки органа в сочетании с укреплением линии шва местными тканями у 30 (76,9 %) пациентов с перфорацией пищевода произошло первичное заживление. У 7 (17,9 %) больных потребовались повторные оперативные вмешательства. Умерло 6 пациентов (15,4 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При перфорациях пищевода ушивание стенки пищевода с укреплением линии шва местными тканями носит черты реконструктивно-пластических вмешательств. Это позволяет добиться первичного заживления дефекта стенки пищевода и улучшить результаты хирургического лечения.

З.А. Богоутдинов, Е.В. Намоконов

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Дорожная клиническая больница ст. Чита-II (Чита)

С целью устранения ишемических расстройств у больных с остеоартрозом коленных суставов мы использовали метод комбинированной озонотерапии, основанный на улучшении клеточного метаболизма хряща и нейтрализации активных форм кислорода.

Под нашим наблюдением на базе отделения травматологии Дорожной клинической больницы ст. Чита II находилось 54 пациента с остеоартрозом коленных суставов II — III стадии, из них 30 (55,5 %) женщин и 24 (44,5 %) мужчины. Все пациенты получали базовое лечение, которое включало монотерапию нестероидными противовоспалительными препаратами в сочетании с физиотерапевтическими и тепловыми методами лечения.

Озонотерапия проводилась 30 пациентам, отобранных методом случайной выборки (первая группа) и заключалась в ведении озono-кислородной смеси, непосредственно в суставную полость

или периартикулярно (от 20 до 300 мкг). Инъекции производили 2 раза в неделю, в среднем 5–6 раз. Обкалывание суставов сочетали с капельными внутривенными введениями 0,9%-го физиологического раствора (200,0 мл) при концентрации озона на выходе 1,5 мг/л, на курс — 6–8 вливаний ежедневно или через день. Оставшиеся 24 пациента (вторая группа) получали исключительно базовую терапию, без использования озонсодержащих лекарственных средств.

Анализ величин исследуемых клинических симптомов на 6-е сутки лечения в первой группе показал, что под влиянием комбинированной озонотерапии, происходила максимальная стабилизация клинического состояния больных: достоверное снижение уровня болевого синдрома (76 % в первой группе, против 24 % второй), уменьшение признаков реактивного синовита и воспалительного отека (80 % против 37 % в первой и второй группах соответственно), тугоподвижность в суставе (66 % в первой группе и 21 % во второй группе). Подобная положительная динамика прослеживалась и на 14-е сутки лечения больных в стационаре, причем купирование болевого синдрома наблюдалось у 98 % пациентов первой группы, отмечались единичные случаи проявления таких клинических симптомов, как воспалительный отек и тугоподвижность в суставе.

Анализ величин исследуемых параметров системы «ПОЛ-антиоксиданты» показал, что при использовании в базовой терапии больных остеоартрозом комбинированной озонотерапии происходит максимальная стабилизация процессов липопероксидации, что подтверждается достоверным снижением уровня ТБК-активных продуктов более чем в 1,6 раза ($p < 0,001$), и повышении антиокислительной активности организма в 2,3 раза ($p < 0,001$), в сравнении со второй группой на 6-е сутки наблюдения.

Таким образом, использование комбинированной озонотерапии в комплексной терапии остеоартроза коленных суставов позволяет в короткие сроки стабилизировать процессы липопероксидации и добиться положительного клинического эффекта с развитием периода ремиссии более у 89 % больных первой группы в среднем на 6–8 месяцев.

А.А. Брагарь

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЛОКИРУЕМОГО И НЕБЛОКИРУЕМОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Буковинский государственный медицинский университет (Украина, Черновцы)

ВВЕДЕНИЕ

Среди всех переломов костей скелета переломы плечевой кости составляют 14–16 %. Наличие большого количества технологий лечения больных с переломами плечевой кости свидетельствует о том, что это является одной из сложных и нерешенных проблем в травматологии. Основным критерием оценки той или иной технологии хирургического лечения является частота и характер осложнений, возникающих после операции.

Целью нашего исследования является улучшение результатов лечения переломов плечевой кости путем анализа осложнений блокируемого и неблокируемого интрамедуллярного остеосинтеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами с 2000 по 2010 гг. проведено хирургическое лечение 197 пациентов переломами плечевой кости, из них 87 больным был выполнен неблокируемый и блокируемый интрамедуллярный остеосинтез. Возраст больных колебался в пределах от 18 до 89 лет; среди них мужчин было 49 (56,32 %) и женщин — 38 (43,67 %). По классификации АО переломы типа А составили 45 (51,75 %) случаев, типа В — 36 (41,37 %), типа С — 6 (6,89 %).

Прооперированные пациенты были разделены на две клинические группы. Пациентам I клинической группы выполнен интрамедуллярный неблокируемый остеосинтез — 58 (66,6 %) клинических случаев. По закрытой технологии выполнено 52 (59,77 %) операции, по открытой технологии — 6 (6,89 %). Пациентам II клинической группы проводили интрамедуллярный блокируемый остеосинтез — 29 (33,3 %) клинических случаев, из них по закрытой технологии выполнено 23 (26,4 %), по открытой — 6 (6,89 %). Проведенный анализ результатов базировался на клинико-рентгенологических исследованиях и определении количества и характера осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты изучены у 87 больных во время пребывания на стационарном лечении. Клинико-рентгенологические наблюдения показали, что количество осложнений у пациентов I клинической группы составили — 6 (6,89 %): из них невралгия лучевого нерва — 1 (1,14 %), остеомиелит — 1 (1,14 %),