двусторонние переломы. Клиническая картина проявлялась достаточно ярко — изменение конфигурации стопы за счет потери продольного свода, выраженная отечность, контуры ахиллова сухожилия сглажены. На рентгенограммах в боковой проекции определялось исчезновение заднего суставного угла (угол Беллера), который образуется пересечением двух линий, проходящих через три точки пяточной кости: пяточный бугор, задний суставной край и передний мыс. Образовавшийся угол составляет 25—40°. При компрессии пяточной кости этот угол резко уменьшался вплоть до нуля или отрицательного знака. Необходимо было произвести и аксиальный рентгеновский снимок для уточнения смещения отломков во второй плоскости — в сторону валгуса или варуса. Чаще смещение происходило в варусную сторону. При проведении спицы через пяточную кость этот симптом обязательно принимался во внимание.

Выбор обезболивания по показаниям. Конечность укладывали на специальную подставку для голени из деталей аппарата чрескостного остеосинтеза. Обработка операционного поля была обычная. На границе средней трети проводили одну спицу через обе кости во фронтальной плоскости. В дистальном метафизарном отделе проводили две спицы перекрестно. Спицы фиксировали на двух кольцевых опорах с натяжением. Кольца соединяются стяжными стержнями. Таким образом, создавали базовую опору. Далее необходимо было произвести ручную репозицию отломков. При компрессионном переломе пяточной кости увеличивается поперечный размер за счет оседания спонгиозной ткани в вертикальном направлении. Задача сводится к уменьшению поперечного смещения отломков. Технически это производили следующим образом: конечность сгибается в коленном суставе максимально. Хирург становится в каудальном направлении, двумя руками обхватывает стопу и тенарными отделами кисти с переплетенными пальцами со стороны подошвы сдавливает боковые поверхности пятки многократно и ритмично. Под руками можно ощущать хруст репозируемых костных отломков. Нога устанавливается в прежнее положение на подставке, и проводится спица через бугорковую часть пяточной кости. По боковой рентгенограмме следует выбрать наиболее целостный участок кости для проведения спицы. Спица проводится во фронтальной

плоскости, но с учетом смещения отломков аксиальной проекции, т.е. перпендикулярно смещенной оси пятки. Концы спиц фиксировали с натяжением на удлинённом полукольце с обращением сферы дуги к тылу или на дуге, специально изготовленной для этой цели (в комплекте деталей аппарата для операции на пятке лучше иметь специальную дугу, по радиусу соответствующую с используемым кольцевым опорам). Полукольцо соединяли с базовой опорой через пластинчатую приставку, систему кронштейнов и стержень со сплошной нарезкой. Закручиванием гаек развивали дистракционное усилие в направлении вектора, обратного смещению отломков, который проходит посередине между вертикальной и горизонтальной осями стопы. Таким образом, дуга приобретала наклонную позицию, примерно под углом 40—45°, относительно плоскости кольцевых опор. Тут же на операционном столе можно было отметить восстановление формы стопы — продольного свода, контуров ахиллова сухожилия. Производилась контрольная рентгенография. При необходимости дистракцию усиливали. Со 2-го дня после операции пациент становится на костыли. Осуществлялась ходьба с постепенным усилением нагрузки на конечность. Срок иммобилизации был 6—8 недель в зависимости от количества повреждений пяточной кости. После снятия аппарата больному необходимо было наложить гипсовую туфельку с хорошим моделированием свода стопы, носить которую следовало до исполнения заказа обуви с супинатором. При значительных раздробленных повреждениях суставных фасеток пяточной кости, несмотря на восстановление общей ее формы, в последующем иногда были жалобы на боли в стопе при ходьбе. В таких случаях мы проводили больному операцию открытого подтаранного компрессионного артродеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Во всех 36 случаях получены хорошие и отличные ближайшие и отдаленные результаты лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все вышеописанное позволяет нам рекомендовать широкое внедрение метода чрескостного остеосинтеза в лечении компрессионных переломов пяточной кости.

А.В. Лупсанов, А.В. Щербатых, А.А. Агрызков, Л.П. Балдынов, П.Д. Метревели

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала альтернативным методом лечения боль-

ных с калькулезным холециститом. Среди diskutabelных вопросов остаются: большая час-

тота повреждения внепеченочных желчных протоков, возможности выполнения ЛХЭ у больных острым калькулезным холециститом и спаечным процессом брюшной полости, а также у лиц с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Цель: провести анализ результатов применения ЛХЭ при калькулезном холецистите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2002 – 2004 гг. в факультетской хирургической клинике лапароскопическая холецистэктомия выполнена 974 пациентам. Женщины было 866 (88,9 %), мужчин – 108 (11,1 %). Возраст больных колебался в пределах 24 – 75 лет, при этом пациенты 60 лет и старше составили 21,1 % (206 человек). У 896 (91,9 %) больных операция выполнена по поводу хронического калькулезного холецистита, у 78 (8,1 %) – острого калькулезного холецистита. Наличие операций на органах брюшной полости и малого таза в анамнезе отмечено у 180 (18,4 %) пациентов. Сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы имела место у 546 (56,1 %) больных. Противопоказанием к выполнению лапароскопической холецистэктомии считаем: механическую желтуху в анамнезе и на момент операции, диагностированный холедохолитиаз, другие заболевания, требующие вмешательства на внепеченочных желчных протоках, и перенесенные ранее хирургические вмешательства на органах верхнего этажа брюшной полости.

Операции проводились под общим обезболиванием, причем у 282 (28,9 %) больных интубация трахеи заменена постановкой ларингеальной маски, что наряду с обеспечением адекватного газообмена не оказывало существенных влияний на гемодинамические показатели.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагноз во время операции подтвержден во всех случаях. У 432 (44,3 %) больных отмечали наличие более или менее выраженного спаечного процесса в брюшной полости; у 54 (5,5 %) – рыхлый перивезикальный инфильтрат, у 18 (1,8 %) – тотальный спаечный процесс в брюшной полости. Перечисленное создавало определенные технические трудности, однако не послужило противопоказанием к выполнению ЛХЭ. Повреждений внепеченочных желчных протоков не наблюдали, хотя у 72 (7,3 %) больных отмечали различные варианты строения внепеченочных желчных протоков. В двух случаях (0,2 %) наблюдали перфорацию желчного пузыря с выпадением конкрементов в брюшную полость, последние удалены эндоскопически при помощи эндоконтейнера. Повторных вмешательств не потребовалось. Переход на лапаротомный доступ был произведен у 8 (0,8 %) больных. Показанием послужили: массивный рубцово-воспалительный инфильтрат в области гепатодуоденальной связки и полное внутрипеченочное расположение желчного пузыря. Операции заканчивали введением раствора анемкаина 0,5% – 20,0 в круглую связку печени и инфильтрацией мягких тканей передней брюшной стенки в области раны. Это позволило исключить применение наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде у 50 % пациентов.

Послеоперационных осложнений и развития декомпенсации сердечно-сосудистой патологии не наблюдали.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопическая холецистэктомия является основным способом лечения больных калькулезным холециститом и позволяет значительно расширить возможности хирургии у пациентов не толерантных к «открытой» операции.

З. Лхагвасурэн, Н. Баасанжав, Б. Гоош

ТРАНСАРТЕРИАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ РАКОВЫХ УЗЛОВ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЕЕ СПЛЕНОМЕГАЛИИ

*Научно-исследовательский институт медицины Монголии (Улан-Батор)
Монгольская государственная Академия здоровья (Улан-Батор)*

Рак печени является одним из самых распространенных видов злокачественных новообразований, который ежегодно уносит около миллиона человеческих жизней и около 315 тысяч человек подвергаются опасности заболевания (Radionuclide treatment of liver cancer coordinated meeting Singapore Dec. 2000). Средний показатель заболеваемости раком печени у населения Монголии составляет 39,2 % случаев, при этом одним из ведущих факторов его возникновения является цирроз печени.

Известно, что первичный рак печени составляет 38 % среди всех видов онкологических заболеваний и занимает первое место в их структуре. Летальность по поводу рака печени составляет около 40 % в структуре летальных исходов раковых заболеваний в Монголии (Сандуйжав Р., 1998). Первичный рак печени у больных с циррозом печени зарегистрирован у 80 % больных, а у 90 % госпитализированных невозможно было проводить эффективное лечение. Лишь у