Х.А. Умханов

НАШ ВЗГЛЯД НА ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Грозненский государственный медицинский университет (Грозный)

В связи с распадом СССР и сменой его новым экономическим укладом, существенно переориентировались и травматологи-ортопеды в своих поисках инновационных возможностей лечения. К сожалению, на наш взгляд, этот поиск не всегда был направлен в сторону улучшения результата лечения без неоправданного обременения пациента материальными расходами. Так, на последнем IX съезде травматологов-ортопедов России красной нитью прослеживалась тенденция в представленных докладах на призыв к применению дорогостоящих технических приспособлений для остеосинтеза и корригирующих оперативных вмешательств.

На протяжении последней четверти века мы провели оперативные вмешательства у 1275 больных с различной ортопедо-травматологической патологией. Только у 12 % из них мы применили (удаляемые в последующем) металлоконструкции для остеосинтеза, в основном, длинных трубчатых костей (бедро — 92 %, голени — 6 %, предплечья — 2 %), причем только у взрослых пациентов. У детей, как правило, применялась диафиксация отломков спицами Киршнера, которые в последующем удалялись без разреза и обезболивания. Вместо удаляемых конструкций (металлических интрамедуллярных стержней, наkostных пластинок, проволоки, шурупов) использовались лавсановые ленты, нити, а также перфорированные аутокостные трансплантаты (при ликвидации ложных суставов), взаимовнедрение костных отломков с целью ускорения консолидации с последующим восполнением возникшего укорочения путем внешней фиксации, широкое применение гипсовой иммобилизации и аппарата Илизарова. Так, из трех десятков оперативных методик, предложенных и апробированных нами в клинике (Умханов Х.А., 2009) имеются лишь единичные случаи, где пришлось прибегнуть к внутреннему металлоостеосинтезу. Анализ исходов оперативных вмешательств, выполненных нами на протяжении указанного выше времени показал, что они вполне благоприятны как в анатомическом, так и в функциональном отношении. Сторонники внутренней жесткой фиксации основывают свою тактику тем, что больные могут раньше начать движения и нагрузку. Однако, не отрицая этих преимуществ, следует помнить о дороговизне примененных конструкций и необходимости их удаления в те или иные сроки после операции, а также о возможных затратах и осложнениях, связанных с повторным вмешательством. Отсюда, в сравнении с известными и пропагандируемыми ныне высокотехнологичными вмешательствами, предлагаемая нами оперативная тактика проста в исполнении, экономична (т.е. необременительна для государства или пациента) и не требует необходимости в повторных операциях для удаления погружных металлоконструкций.

Это обстоятельство позволяет нам высказать следующее соображение. Если оперативная цель (обеспечение анатомичности и функциональности) у ортопедо-травматологического больного может быть достигнута простым и экономичным путем, то стремление достичь ее высокотехнологичными и, соответственно, дорогостоящими для государства и пациента средствами — нерационально. Иными словами, если без ущерба для конечного результата, может быть изыскан простой и экономичный оперативный прием, то нет никакого оправдания для стремления к достижению той же цели дорогостоящими технологическими средствами.

Г.Г. Устинов, М.Ф. Солощенко, Г.М. Инговатова

АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ: ВОЗМОЖНОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)

Частота нагноительных заболеваний печени постоянно нарастает. Ежегодно в Алтайский краевой гепатологический центр среди больных с хирургической патологией гепатобилиарной зоны поступает 2–3 % пациентов с абсцессами печени.

Цель исследования: анализ возможностей диагностики абсцессов печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике на лечении находилось 156 больных с абсцессом печени. Возраст больных колебался от 19 до 83 лет. Преобладали мужчины — 98 (62,8 %) пациентов. У большинства больных (66,1 %) абсцессы локализовались в правой доле печени. В обеих долях абсцессы были у 28,8 % больных. По этиологии абсцессы печени разделены на 4 группы. Большую группу (53,2 %) составили больные с холангиогенными