

абсцессами, возникшие у больных длительной механической желтухой. Абсцессы печени, возникшие у больных с различными воспалительными процессами в брюшной полости, составили 28,8 %. Сепсис, как причина абсцессов печени, был у 10,9 % пациентов. Посттравматические абсцессы печени наблюдали у 7,1 % больных. С целью установления диагноза, определения локализации, величины абсцесса, его отношения к окружающим тканям использовали инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), обзорную рентгенографию, компьютерную томографию (КТ), лапароскопию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Скрининговым исследованием для выявления абсцесса печени является УЗИ. Точность ультразвукового диагноза зависит от локализации процесса в печени и его величины. При УЗИ в паренхиме печени определялось образование различной формы, эхонегативное в центре и более повышенной эхогенности, за счет перифокального воспаления, на периферии. По эхоструктуре полость образования была не однородна. В ней определялось множественные взвешенные и фиксированные, хаотически расположенные внутренние эхогенные структуры. С образованием капсулы абсцесс приобретал округлую или овальную форму, контуры его становились более четкими. У 17 пациентов в полости образования был виден уровень жидкости и газа, что косвенно указывало на наличие анаэробной инфекции. Наибольшие диагностические трудности возникли у 12 пациентов с множественными мелкими, диаметром до 1,5 см, абсцессами. Ультразвуковая картина их была весьма сходной с таковой при метастазах.

Рентгенологическая семиотика абсцессов печени представлена косвенными признаками, такими как ограничение подвижности диафрагмы, высокое стояние, смещение или деформация купола диафрагмы, ателектазы в нижних отделах легких, симптомы пневмонии, выпотного плеврита, содружественные изменения в виде усиления и сгущения легочного рисунка в базальных отделах. Подобные симптомы различной степени выраженности и в разных сочетаниях наблюдались у 62 больных (39,7 %).

Наиболее информативным методом в постановке диагноза абсцесса печени является КТ, которая позволяет более точно установить локализацию и величину образования, определить отношение абсцесса к структурным образованиям печени. С помощью КТ удается четко визуализировать патологические образования до 2 см и по плотности, форме, состояния окружающих тканей проводить дифференциальную диагностику.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексное использование инструментальных методов исследования позволяет у большинства больных диагностировать абсцессы в печени.

А.С. Федоров, В.С. Старых, Н.И. Грибанов

НЕДОСТАТКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ВЫВИХАХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского (г. Кемерово)

При хирургическом лечении больных с вывихами акромиального конца ключицы широко применяют различные металлические конструкции. Исследователи сообщают об успешности их применения и нередко о возникающих осложнениях. При фиксации проволокой отмечают, что она легко прорезывает кость, часто рвется и ее трудно извлекать. Введение через акромион в ключицу спиц, стержней или шурупов приводит к повреждению суставных поверхностей костей, поломке или миграции фиксаторов. Даже минимально травмирующий и мало объемный наконечный фиксатор с крючковидным концом (авторское свидетельство № 971297), не требующий прикрепления его к кости шурупами, а также крючковидные пластины типа «Synthes» травмируют крючком суставные поверхности костей. Для удаления металлических фиксаторов необходима повторная операция, что приводит к дополнительной травме сустава с возникновением осложнений.

В кемеровской городской клинической больнице № 3 нами проведен анализ 107 случаев применения в течение пяти лет металлических фиксаторов при вывихах акромиального конца ключицы. Среди оперированных преобладали лица мужского пола и трудоспособного возраста. Операции произведены в сроки, преимущественно не более недели после травмы, при застарелых вывихах — в зависимости от сроков обращения. Спицы через акромион и сустав в ключицу введены в 9 случаях, стержни — в 35, шурупы — в 18, шурупы через ключицу в клювовидный отросток лопатки — в 9 и крючковидные наконечные пластины типа «Synthes» с подведением крючка под акромион — в 36. Все больные в

удовлетворительном состоянии были выписаны из больницы, следовательно, ближайшие результаты после операции можно считать хорошими. Однако в последующем у 41 % оперированных выявлены осложнения. Из них у 13 % пациентов — миграция спиц, стержней или шурупов и у 7 % переломы их; резорбция и прорезывание кости — у 8 %, в том числе акромиона крючком фиксатора; сохранение подвывиха преимущественно при фиксации ключицы шурупом к клювовидному отростку и при интрамедуллярном применении стержня — у 13 %. В последующем обнаружены начинающиеся оссификации и процессы деформирующего артроза, наиболее выраженные при внутрисуставном размещении части фиксатора.

С целью снижения развития патологических процессов в акромиально-ключичном суставе нами модернизирован способ хирургического вмешательства при вывихе акромиального конца ключицы с применением крючководного фиксатора (решение о выдаче патента по заявке № 2009144637). Он дополнительно включает размещение между дистальным концом ключицы и суставной поверхностью акромиона прокладки из эластичного нейтрального для тканей организма материала. Причем крючок фиксатора проводят через отверстие в центре прокладки. Прокладка исключает непосредственный контакт суставных поверхностей ключицы и акромиона и способствует спонтанному формированию в тканях вокруг прокладки нежной капсулы, сходной с синовиальной оболочкой сустава. При удалении металлического фиксатора извлекают и временную прокладку. Изобретенный способ, предупреждая образование грубых фиброзных сращений между суставными поверхностями ключицы и акромиального отростка лопатки, способствует сохранению функции сустава.

Дальнейшая разработка новых устройств и способов хирургических вмешательств, направленных на предупреждение осложнений, может оптимизировать результаты лечения.

И.А. Федосеева, М.А. Старикова, И.А. Стрелкова

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, ГОМОЦИСТЕИНА И АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ

ФГУ «НИИТО Росмедтехнологий» (Нижний Новгород)

Цель исследования: изучение тромбоцитарной активности и ее связи с нарушением липидного обмена и уровнем гомоцистеина сыворотки крови у пациентов с патологией тазобедренного сустава.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 103 пациента с коксартрозом. Контрольную группу составили практически здоровые люди (100 человек). У всех обследуемых определяли содержание гомоцистеина, липидов сыворотки крови и агрегационную способность тромбоцитов (степень и скорость агрегации тромбоцитов).

Липиды сыворотки крови исследовали с помощью биохимического автоанализатора EXPRESS PLUS фирмы Ciba Corning (Англия). В сыворотке крови определяли концентрацию триглицеридов, общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой (ХС-ЛПВП), низкой (ХС-ЛПНП) и очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП), а также рассчитывали коэффициент атерогенности.

Содержание гомоцистеина в сыворотке крови определяли с помощью твердофазного иммуноферментного анализа, используя соответствующий набор реактивов Axis-Shield (Норвегия).

Для анализа активности тромбоцитов использовали анализатор агрегации тромбоцитов AP 2110 (фирма СОЛАР, Беларусь). Анализ агрегатограммы проводили с использованием интегрального показателя агрегации тромбоцитов (ИПАТ), предложенного нами (Пат. № 2213976 RU). Достоинство нового способа оценки агрегационной активности кровяных пластинок — возможность количественной характеристики свойств тромбоцитов с помощью одной величины.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследуемое заболевание тазобедренного сустава сопровождается изменением липидного обмена и характеризуется сдвигами в спектре холестерина атерогенных и антиатерогенных фракций липопротеинов в сторону понижения антиатерогенных (ХС-ЛПВП) и увеличения холестерина атерогенных частиц (ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП), возрастанием холестеринового коэффициента атерогенности, а также повышением в сыворотке крови содержания триглицеридов.

Анализ агрегационной способности тромбоцитов у пациентов с коксартрозом позволил выявить увеличение их агрегационной активности: при расчете ИПАТ у пациентов с коксартрозом было выявлено его возрастание на 40,5 % ($5,2 \pm 0,22$ ед.; $p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой ($3,7 \pm 0,15$ ед.).