

симптомами внутреннего кровотечения и острого живота. Наиболее общими и часто встречающимися признаками были травматический и геморрагический шок, болевой синдром, признаки перитонита. Основными диагностическими процедурами, позволяющими выявить повреждения печени, явились лапароскопия, лапароцентез, УЗИ, рентгенография, селективная ангиография, холангиография и КТ.

Применение лапароскопии в сочетании с селективной ангиографией и УЗИ-исследованием позволило у 84 больных с закрытой травмой живота диагностировать подкапсульные и внутриорганные гематомы, а также поверхностные разрывы печени без признаков продолжающегося кровотечения. Всем этим пациентам было проведено успешное консервативное лечение под динамическим эндоскопическим наблюдением. Лишь 1 больному из этой группы проведено пункционное дренирование инфицированной гематомы.

У 381 больного после тщательного гемостаза проводили ушивание раны печени простыми узловыми или блоковидными швами. При повреждении сосудистых секреторных ножек, нарушении кровоснабжения или размозжении части органа выполняли типичные резекции (19) или атипичные «резекции обработки» печени (73). Дренирование глубоких ран печени проведено у 29 больных, все они выздоровели без осложнений. Предне-верхняя гепатопексия по Хиари-Алферову или задне-нижняя по Шапкину применялись по показаниям у 26 пострадавших. Билиарную декомпрессию при тяжелых повреждениях печени и внепеченочных желчных путей выполнили в 42 случаях, используя холецисто- или холедохостомию.

Летальность при травме печени прежде всего была связана с массивностью множественных тяжелых сочетанных повреждений. Так, из 254 пострадавших, имевших сочетанные повреждения, умерли 65 (25,6 %), а из 382 больных с изолированными повреждениями — 37 (9,6 %). Осложнения в послеоперационном периоде наблюдалось у 28,3 % пострадавших.

Таким образом, повреждения печени сопровождаются высокой летальностью и часто дают тяжелые осложнения. Правильное решение тактических задач, совершенствование методов временного и окончательного гемостаза, выбор метода оперативного вмешательства с учетом характера повреждения органа и его внутриорганных структур способствуют улучшению результатов лечения повреждений печени.

А.Ю. Щур, Р.А. Белоус, Д.Ф. Болгов, О.Б. Вдовин, Е.А. Степаненко, Д.А. Яцышин, С.С.Вавилов, В. М. Стасюк, Н. Е. Смирнова

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Амурская областная детская клиническая больница (г. Благовещенск)

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) — это порок развития, проявляющийся в различных по глубине и форме искривлениях грудины и ребер, приводящих к уменьшению объема грудной полости, смещению органов грудной клетки, искривлению позвоночника. Помимо косметического дефекта, ВДГК может приводить к функциональным нарушениям со стороны сердечно — сосудистой и дыхательной систем. Единственным способом устранить ВДГК является хирургическая пластика. В настоящее время известно около 50 способов коррекции ВДГК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В хирургическом отделении Амурской областной детской клинической больницы за 10 лет пролечено 78 детей с ВДГК, в возрасте от 4 до 17 лет. Мальчиков было 52, девочек 26. В коррекции воронкообразной деформации грудины — реберного комплекса, мы использовали методики операций Равича-Гросса, D. Nuss. Клиническое исследование включало в себя: жалобы, чаще на косметический недостаток; определение вида, типа и размеров деформации, а также данные антропометрии: объем воронкообразного западения; соотношение передней и задней полуокружностей грудной клетки. По рентгенограммам грудной клетки определяли индекс Гижичко (ИГ), по которому оценивали степень ВДГК.

Выбор методики оперативного пособия зависел от размеров, симметричности и степени деформации. При II — III степени симметричной ВДГК мы использовали торакопластику по D. Nuss, которых выполнили 15. Операцию выполняли по классической методике, проводя коррекционную пластину в созданном субстернальном пространстве, через разрезы в межреберьях по краю деформации и субкисфoidalном доступе, длиной до 2,0 см. При симметричной, асимметричной ВДГК IV степени с выраженной деформацией ребер и грудины, мы дополняли операцию Т-образным продольным рассечением грудины до верхнего уровня ее деформации. Торакопластику по Равичу-Гроссу выполняли при ассиметричных, плосковогнутых воронкообразных деформациях. Через широкий дугообразный дос-

туп от среднеключичных линий, выполняли поднадкостничную резекцию всех деформированных участков реберных хрящей, ребер, с Т-образным рассечением грудины и дальнейшим фиксированием к данному комплексу загрудинной коррекционной пластины. Второй этап операции осуществляется через 2 года, при котором удаляли металлическую пластину.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции составила по методике по D. Nuss составляла 1 час, по методике Равича-Гросса 2 часа. Переливание крови в 12 случаях потребовалось при торакопластике по Равичу-Гроссу. При торакопластике по D. Nuss пациенты активизировались на 3 сутки, отмечали незначительный болевой синдром. Средний койко-день при торакопластике по D. Nuss составил 12, при торакопластике по Равичу-Гроссу — 20. Рецидив ВДГК наблюдали в 9 случаях, в 7 при торакопластике по Равичу-Гроссу, в 2 при торакопластике по D. Nuss.

ВЫВОДЫ

Использование менее травматичных методик торакопластики ВДГК приводит к улучшению течения послеоперационного периода, ранней активизации больного, снижению послеоперационного болевого синдрома, лучшему косметическому результату.

В.В. Юркевич, Р.С. Баширов, В.В. Подгорнов, Г.А. Казаев, С.А. Серяков

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ АППАРАТОМ ЧРЕСКОСТНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Военно-медицинский институт (г. Томск)

Переломы ключицы и повреждения (вывихи, переломовывихи) акромиально-ключичного сочленения встречаются в 10 % случаев при сочетанной травме. Возможности открытой репозиции отломков и стабильной внутренней фиксации у большинства пострадавших с сочетанной травмой в остром периоде существенно ограничены из-за тяжести состояния пострадавшего. Использование консервативных методов лечения таких повреждений приводит к неудовлетворительным функциональным результатам в последующем.

Новые возможности в лечении повреждений акромиально-ключичного сочленения открылись с появлением и внедрением в клиническую практику малоинвазивных методик с применением внеочагового остеосинтеза, которые малотравматичны при их выполнении, практически бескровны, не занимают много времени при их выполнении и не ухудшают общего состояния тяжело пострадавшего, позволяя в последующем получать полное восстановление функции конечности.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику метод лечения повреждений акромиально-ключичного сочленения аппаратом чрескостной фиксации у 24 пострадавших, том числе у 5 — с сочетанной травмой. У всех больных был достигнут положительный функциональный результат.

Применение этого способа лечения повреждений акромиально-ключичного сочленения основан на следующих его преимуществах:

- 1) простоте выполнения;
- 2) небольшом хирургическом доступе — прокол кожи 0,5 см длиной;
- 3) малой кровопотере;
- 4) небольшой продолжительности операции — 0,5 часа;
- 5) возможности ранней нагрузки и полной способности пострадавшего к самообслуживанию;
- 6) отсутствию показаний для второго оперативного вмешательства, что необходимо при внутреннем остеосинтезе;
- 7) отсутствию необходимости проведения восстановительного лечения при снятии КДА.

Аппарат состоит из полукольца от аппарата Г.А. Илизарова, двух спиц Киршнера с упорными площадками, двух кронштейнов с нарезным концом, нарезного стержня, четырех спицефиксаторов, фиксирующих гаек.

МЕТОДИКА

Под местной анестезией через акромиальный отросток лопатки в сагиттальной плоскости проводим параллельно две спицы с упорными площадками навстречу друг другу, на которых монтируем полукольцо от КДА Г.А. Илизарова. На последнем монтируется перпендикулярно ключице самонарезной стержень с упором в ключицу через прокол в коже. Перемещающая самонарезной стержень вниз относи-