

В настоящее время при механической желтухе придерживаемся тактики двухэтапного оперативного лечения. Одновременно с лечебно-диагностическими процедурами проводили интенсивную консервативную терапию, направленную на коррекцию, а также предупреждение прогрессирования печеночно-почечной недостаточности и инфекционных осложнений. После выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, вторым этапом, при стабилизации, стихания воспалительного процесса выполняли радикальные операции в «холодном периоде» — 94 %. При прогрессировании механической желтухи и клиники холангита в течение 24–48 часов выполняли оперативное лечение — 6 %.

Таким образом, холедохолитиаз, как осложнение желчнокаменной болезни встречается достаточно часто и требует двухэтапного хирургического лечения; с применением в первую очередь более щадящих и эффективных, а также, как показывает анализ, с минимальным процентом осложнений методов, таких как эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. Вторым этапом необходимо выполнить радикальное оперативное пособие с минимальным риском для жизни больного.

И.Ю. Гатальская, В.И. Семенников

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТО- И УВЧ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СКУЛОВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПЕРЕЛОМОВ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)

В комплексном лечении и реабилитации пострадавших с переломами костей лица и сочетанной травмой существенное значение для обеспечения благоприятных результатов имеет применение различных методик физиотерапии.

Цели и задачи: оценить эффективность и безопасность применения магнито- и УВЧ-терапии при лечении пациентов с сочетанной травмой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 87 человек с переломами скуловых челюстного комплекса в сочетании с нейротравмой или тяжелой сочетанной травмой в возрасте от 30 до 60 лет, лечившихся в отделениях нейротравмы и тяжелой сочетанной травмы МУЗ «Городская больница № 1» г. Барнаула с 2008 по 2011 гг. Хирургический этап состоял в репозиции отломков по стандартной методике и фиксации иглой-инстиллятором (патент РФ № 41247). Все пациенты получали курс физиотерапии: 50 пациентов — магнитотерапии № 8 и 37 пациентов — УВЧ-терапию в субтермической дозе № 8. Контроль проводился на основании жалоб, контроля АД, передней риноскопии, мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ). Осмотры производили ежедневно, инструментальный мониторинг через 14 дней и 6 месяцев после операции. Статистическая обработка проведена по методу Mann — Whitney, U-test.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализ клинико-рентгенологических данных на этапах лечения говорит об отсутствии статистически значимого различия в группах по результатам данных риноскопии ($p > 0,05$). При осмотре через 14 дней в 100 % случаев патологии слизистой оболочки не выявлено. По данным МСКТ статистически значимого различия в группах не обнаружено ($p > 0,05$): т.е. у пациентов обеих групп в 100 % случаев до лечения диагностированы: отек слизистой оболочки полости синуса, наличие в полости синуса геморрагического экссудата. На контрольных томограммах через 6 месяцев патологических изменений синуса не обнаружено в 100 % случаев в обеих группах. Результаты проведенного исследования показали, что применение УВЧ-терапии вызвало усиление головных болей в 90 % случаев, при магнитотерапии усиление головной боли наблюдалось в 5 % случаев. Усиление головокружения и тошноты после УВЧ-терапии было в 5 % случаев, рвота появилась в 10 % случаев. В группе с использованием магнитотерапии таких осложнений не было. Повышение артериального давления наблюдалось в 80 % случаев после УВЧ-терапии и в 5 % — после магнитотерапии. По результатам передней риноскопии и МСКТ установлен выраженный терапевтический эффект в обеих группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая, что большинство пациентов, получавших УВЧ-терапию отмечали значительное ухудшение общего состояния: усиление головных болей, головокружения, тошноты, рвоты, можно рекомендовать пациентам с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и черепно-мозговой травмой применение магнитотерапии, как наиболее безопасного метода.