

К достоинствам мини-доступа относится меньшее количество интраоперационных осложнений в сочетании с возможностью проведения комплексной ревизии желчевыведительной системы при операции.

ХЭ из открытого лапаротомного доступа остается необходимой при осложненном течении ХХХ, когда требуется вмешательство на внепеченочных желчных протоках, а также в хирургии острого холецистита.

ВЫВОДЫ

Опыт холецистэктомий из минилапаротомного доступа позволяет нам подтвердить ряд преимуществ данных операций:

1. Привычная техника операций легко осваивается хирургами, владеющими традиционными методами.
2. Возможность открытой ревизии — визуально и пальпаторно — зоны операции позволяет избежать роста осложнений даже на стадии освоения минидоступа.
3. Существует легкая конверсия доступа при возникновении осложнений во время операции и технических трудностях.
4. Имеется возможность выполнения минидоступа при осложненном течении ЖКБ, что невозможно или очень сложно при лапароскопической холецистэктомии.
5. Существенное снижение послеоперационного койко-дня, по сравнению с традиционной холецистэктомией, и незначительное превышение, по сравнению с лапароскопической холецистэктомией, в основном в связи с использованием минидоступа.

С.И. Швед, М.З. Насыров, Д.В. Самусенко, В.А. Крылов

ПРИЧИНЫ РАЗЛИЧИЙ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**ФГУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова (Курган)
МУ Городская больница № 36 «Травматологическая» (Екатеринбург)**

Среди переломов верхней конечности у детей наиболее часто встречаются и представляют наибольшие сложности при лечении переломы в области мыщелка плеча. Они составляют 55 % от числа всех переломов плечевой кости. Трудность репозиции и несовершенство традиционных методов лечения часто приводят к неудовлетворительным исходам (Баиров Г.А., 2000; Mohan N. et al., 2002; Ходжанов И.Ю. с соавт., 2007). Необоснованное расширение показаний к внутренней фиксации в ряде случаев также сопровождается неудовлетворительными результатами, требующими сложных и длительных реконструктивных вмешательств для коррекции (Дуйсенов Н.Б. с соавт., 2008).

Проанализированы результаты лечения 87 больных в возрасте от 1,5 до 17 лет. Чрезмыщелковые переломы встретились у 55, надмыщелковые — у 5 пациентов, эпифизеолизы внутреннего надмыщелка — у 11, головчатого возвышения — у 4. У 12 пострадавших в возрасте 13–16 лет имелись рентгенологические признаки оссифицировавшихся эпифизарных ростковых зон. Большинство пострадавших (59 человек) были мальчики. Преобладала левосторонняя локализация (54 больных). Уличный травматизм отмечался в 50, бытовой — в 23, школьный — в 7, спортивный — в 5, автодорожный — в 2 случаях.

До поступления у 30 пострадавших предпринималось безуспешное консервативное и оперативное (диафиксация) лечение. Шесть больных госпитализировано через 7–10 дней после травмы и неудачных неоднократных попыток закрытой ручной репозиции. Трое пациентов поступили через 5–7 недель после травмы с признаками несросшегося перелома, потребовавшего открытой репозиции и фиксации локтевого сустава в аппарате, при этом у них удлиннялись сроки лечения и ухудшались отдаленные результаты.

При лечении больных в РНЦ ВТО использовали чрескостный остеосинтез по Илизарову, в МУ ГБ № 36 г. Екатеринбурга — накостный (трое больных). Все вмешательства при чрескостном остеосинтезе осуществляли по принципам ургентной хирургии, при накостном у некоторых больных сроки удлиннялись в связи с необходимостью санации кожных покровов. У 72 больных использовали компоновку с минимальным количеством внешних опор. У больных подросткового возраста спицы фиксировали в опорах на трех уровнях либо применяли погружной остеосинтез двумя пластинами. Трое пациентов без или с небольшим смещением отломков пролечены консервативным способом.

Считаем, что при транспортировке и оказании помощи необходимо избегать лишней травматизации, решая вопрос об оперативном лечении в ранние сроки. У 34 % поступивших больных предшествующее

лечение усугубляло тяжесть повреждения мягких тканей, что ухудшало прогноз и увеличивало объем последующих оперативных мероприятий. При чрезмыщелковых переломах процесс функциональной реабилитации протекал быстрее в случаях, когда больные были сразу доставлены в стационар и прооперированы. Через 1–2 месяца после снятия аппарата объем движений у большинства из них достигал 80–90 % от нормы. Частота возникновения посттравматических нейропатий в этой группе также была ниже — 17 % против 21 %. Достоверных различий в возрасте, характере перелома, величине смещения отломков среди больных обеих групп не выявлено.

При выборе метода оперативного лечения следует отдавать предпочтение наименее травматичному, каковым считаем чрескостный остеосинтез. Соблюдая его принципы, травматолог может направленно влиять на регенераторный потенциал костной и мягких тканей. В арсенал лечебного воздействия входят как приемы управления жесткостью фиксации и положением костных отломков, так и дозированная нагрузка, обеспечивающая адекватное кровоснабжение. Сроки фиксации составили в среднем от 15 до 34 дней в зависимости от возраста пациента, группы и давности перелома. Применение накостного остеосинтеза у детей младше 12–13 лет, о чем сообщают А.Б. Пужицкий с соавт. (2006), считаем нецелесообразным.

Несмотря на «золотой стандарт» детской травматологии — консервативное лечение во всех возможных случаях, считаем, что подобные переломы со смещением у детей необходимо лечить оперативно. Метод чрескостного остеосинтеза, при наличии соответствующих условий и специалистов, является эффективным методом лечения переломов дистального конца плеча у детей и подростков, причем чем в более ранние сроки произведена операция и чем меньше травматичных манипуляций выполнялось на догоспитальном этапе, тем лучше результаты лечения. При этом должны соблюдаться показания к различным методикам, а также технология остеосинтеза. Используя систему оценки исходов лечения переломов по Любошиц — Маттису, ближайшие и отдаленные результаты лечения оценили как «отличные» и «хорошие» у 91 % обследованных детей.

А.В. Щербакова

УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» (Новосибирск)

Артериальная гипертензия (АГ) составляет одну из ведущих проблем современной медицины, являясь значимой причиной инвалидизации и летальных исходов у лиц трудоспособного возраста. Особую актуальность эта патология приобретает во время беременности, распространенность которой, по данным Т. Podymow, P. August (2008), составляет десятую часть всех беременностей. Наибольшую опасность АГ представляет для плода, так как повышенное артериальное давление нарушает функцию плаценты, что в первую очередь сказывается на транспорте кислорода через плаценту, развитию гипоксии плода, а в острых случаях и его гибели. Повышенный уровень цитокинов, иммунных комплексов, активированных нейтрофилов, моноцитов способен воздействовать на эндотелиальную стенку сосуда, вызывая дисфункцию эндотелия и тем самым нарушая баланс между констрикторными и релаксирующими факторами в сосудистой стенке. Механизмы развития и этиология АГ до сих пор остаются во многом неясными.

Цель исследования — изучение содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) при различных формах АГ.

Обследованы беременные женщины в третьем триместре. Было выделено три группы. Первая группа — беременность, осложненная артериальной гипертензией, с показателями АД = 160/100–170/110 мм. рт. ст., гестационная АГ протекала длительно. Вторая группа — подъем артериального давления регистрировался во время беременности эпизодически (2–3 раза), АД = 150/90–160/90 мм. рт. ст. Третья группа — артериальная гипертензия 1 степени регистрировалась до беременности. АД при беременности = 130/90–140/90 мм. рт. ст. В контроле — беременные женщины с нормально протекающей беременностью без АГ.

Всем беременным проводились клинико-диагностические обследования, общий анализ крови, мочи, ультразвуковое исследование. Все пациентки были осмотрены терапевтом. Уровень ЦИК в сыворотке крови определяли методом жидкостной преципитации в 4% полиэтиленгликоле — 6000 (ПЭГ = 6000). Величину оптической плотности определяли при длине волны 450 нм на иммуноферментном анализаторе «SUNRISE». Количество ЦИК выражали в условных единицах.

Статистически материал обрабатывался с использованием t-критерия Стьюдента.

В группе с предгестационной гипертензией уровень ЦИК превышал контроль в 1,7 раза.

Во второй группе этот показатель превышал контроль в 2 раза.