

матической патологией имеют ряд отличий. При эффективности консервативной терапии (инфузионно-спазмолитическая, антибактериальная) в течение первых суток от начала заболевания от оперативного лечения в срочном порядке лучше воздержаться. По возможности таким пациентам необходимо купировать острый период и выполнить оперативное пособие не ранее чем через 1 месяц. В это время необходимо провести лечение, направленное на компенсацию сопутствующих заболеваний. При отсутствии выраженного эффекта от проводимого лечения в течение 2-3 суток, отсутствии положительной клинической и ультразвуковой динамики выставляются показания к оперативному лечению. В послеоперационном периоде продолжается антибактериальная и симптоматическая терапия.

Операцией выбора у соматически тяжелых больных, по нашему мнению, является не лапароскопическая холецистэктомия, а вмешательство из минидоступа. Достоинствами этого вмешательства являются малотравматичный доступ, отсутствие необходимости создания пневмоперитонеума, достаточная возможность манипулирования на структурах гепатодуоденальной связки, возможность быстрой активизации больных. Инструментарий для выполнения подобных вмешательств выгодно отличается по цене от оборудования для лапароскопической холецистэктомии.

Холецистэктомия из минидоступа – наиболее эффективный способ операции при остром холецистите – характеризуется низкой частотой осложнений, малой выраженностью болевого синдрома и позволяет выполнять вмешательства на внепеченочных желчных протоках.

При высокой клинической эффективности холецистэктомия из минидоступа является менее затратным способом оперативного лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галашев В.И., Зотаков С.Д., Глянцев С.П. // Хирургия. – 2001. – № 3. – С. 15-18.
2. Кузнецов Н.А., Аронов А.С., Харитонов С.В., Бронтвейн А.Т. // Хирургия. – 2003. – № 5. – С. 35-40.
3. Прутков М.И., Чернядьев С.А., Совцов С.А. и др. // Хирургия минидоступа. / Материалы Уральской межрегиональной науч.-практич. конф. – 2005. – С. 18-21.

ПРИМЕНЕНИЕ ВНЕОЧАГОВОГО СТЕРЖНЕВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

В.М. Головчак, А.В. Панасюк, А.Б. Макшанцев

Видновская районная больница

В настоящее время все большую актуальность приобретают так называемые высокоэнергетические травмы. Эти повреждения возникают при большом положительном или отрицательном ускорении в результате действия внешней силы большой величины. Чаще всего причиной этого являются автокатастрофы, поездные травмы и травмы, полученные при падении с большой высоты. Как правило, больные, получившие эти повреждения, попадают в стационары с тяжелыми сочетанными травмами черепа, конечностей, органов грудной и брюшной полостей, сопровождающимися декомпенсированным шоком. Нередко выявляются

переломы костей таза и позвоночника. Увеличение автопарка в нашей стране и развитие индустрии приводят к постоянному повышению количества данной категории пострадавших.

В лечении этих больных принимает участие бригада, состоящая из многих специалистов: реаниматологов, травматологов, хирургов, нейрохирургов. Лечение мероприятий, наряду с обследованием, начинаются в приемном отделении больницы, продолжаются по показаниям в операционной или в реанимационном отделении. Большое значение в тактике оказываемой помощи, наряду с другими повреждениями, имеют переломы таза у данной категории больных. Эти переломы, особенно множественные и, что очень важно, с нарушением целостности тазового кольца, сопровождаются большой дополнительной кровопотерей, являются источником болевых импульсов, усугубляя состояние пострадавших, и затрудняют лечебно-диагностические и санитарно-гигиенические мероприятия, связанные с изменением положения тела больного.

При лечении в нашей больнице больных с тяжелыми сочетанными травмами, сопровождающимися переломами костей таза с нарушением целостности тазового кольца или тяжелыми повреждениями вертлужной впадины с вывихом бедра, мы применяем раннюю стабилизацию таза стержневыми аппаратами МКЦ. Это позволяет стабилизировать отломки тазовых костей, значительно уменьшить болевой синдром, облегчить проведение лечебных и диагностических мероприятий и уход за больными. Выполнение этой операции исключает или значительно уменьшает риск развития многих осложнений, связанных как с самим переломом тазовых костей, так и с длительным вынужденным положением. Поэтому положительным моментом является ранняя активация этих больных. В случае тяжелого общего состояния пострадавшего, когда его нежелательно перекладывать, нами данная операция выполнялась в условиях реанимационного отделения.

Техника оперативного вмешательства, выполняемого под общим обезболиванием, относительно несложная. Через разрезы-проколы в области гребней подвздошных костей в последние вводились по 2-3 резьбовых стержня. Очень важно, чтобы стержни, введенные через гребень подвздошных костей, не перфорировали подвздошную кость с передней или задней поверхности, а располагались в толще кости, так как это влияет на стабильность стержней и аппарата в целом. Наш опыт показывает, что двух правильно введенных в каждую подвздошную кость стержней достаточно для стабильности тазового кольца. Далее на стержнях монтируется внешняя часть аппарата. В зависимости от смещения отломков, изменением положения стержней в аппарате удавалось устранить или значительно уменьшить это смещение. При разрывах симфиза путем компрессии восстанавливалось анатомическое взаимоотношение лонных костей.

В тех случаях, когда травма таза сочеталась с вывихом бедра, сопровождающимся раздроблением крыши вертлужной впадины, нами дополнительно проводились спицы через нижнюю треть бедра, которые фиксировались в дуге аппарата Илизарова. После соединения дуги и тазовой части аппарата телескопическими стержнями путем distraction устранялся вывих бедренной кости и, в результате лигаментотаксиса, производилась репозиция осколков вертлужной впадины. При возможном развитии в дальнейшем посттравматического артроза, восстановление правильных анатомических взаимоотношений в тазобедренном суставе значительно облегчает дальнейшее выполнение эндопротезирования сустава. Необходимо отметить, что внеочаговый остеосинтез таза стержневым

аппаратом, а при разрывах лонного сочленения особенно, необходимо выполнять как можно раньше, как только позволит состояние больного. При отсутствии противопоказаний после стабилизации таза стержневым аппаратом больные активизировались нами на следующий день после операции. Сначала они передвигаются при помощи костылей, а в дальнейшем пользуются только одной тростью. С аппаратом больные выписывались на амбулаторное лечение с соответствующими рекомендациями. По достижению клинических и рентгенологических признаков консолидации переломов больные госпитализировались в плановом порядке, и им под наркозом выполнялся демонтаж аппарата и удаление стержней.

За последние три года нами выполнены 15 подобных операций у больных с разными повреждениями таза и сопутствующей патологией. Мужчин прооперировано 11, женщин – 4, что подтверждает то, что чаще высокоэнергетическим травмам подвергаются лица мужского пола. В 10 случаях операции были выполнены по поводу перелома костей таза, в 2 случаях по поводу вывиха бедра, сопровождающегося переломом крыши вертлужной впадины, и в 3 случаях – по поводу разрыва лонного сочленения. В 5 случаях операция выполнялась в экстренном порядке у больных с тяжелыми сочетанными травмами. Нахождение больного в коме при черепно-мозговой травме не являлось противопоказанием для выполнения данной манипуляции. Во всех случаях удалось добиться хорошей стабилизации отломков тазовых костей, что положительно сказалось на состоянии пострадавших. Отмечено субъективное улучшение в виде уменьшения болевого синдрома, это позволило раннюю активацию и сокращение сроков стационарного лечения. В 14 случаях были достигнуты хорошие результаты лечения. В 1 случае, когда имелся оскольчатый перелом вертлужной впадины, развитие выраженного посттравматического артроза потребовало выполнения тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Таким образом, применение внеочагового стержневого остеосинтеза при переломах костей таза значительно улучшает результаты лечения у пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами. Возможно широкое его применение ввиду несложности манипуляции и относительной дешевизны аппарата.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В.А. Горский, С.Н. Какурин, Г.В. Караханова
РГМУ

В настоящее время в клинике апробирован новый способ обезболивания при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Основанием для разработки и внедрения этого способа обезболивания послужило значительное количество осложнений, связанных с применением наркотических анальгетиков. Для достижения адекватного обезболивания требуется использование опиоидов в дозах, вызывающих выраженный седативный эффект, угнетение дыхания, тошноту, рвоту, дисфункцию желче- и мочевыводящих путей. Это негативно сказывается на состоянии оперированных больных, затрудняет их активизацию, способствует развитию респираторных, тромбоэмболических и других осложнений [1, 3, 5]. В абдоминальной хирургии все отрицательные эффекты опиоидов проявляются в большей степени, что связано с их негативным влиянием на моторику желудочно-кишечного тракта [2, 4].