

последовательно выполнен остеосинтез диафиза бедра пластиной, а шейки — компрессирующими винтами. У 2 больных фиксация перелома шейки бедра проведена системой DHS, у 13 — компрессирующими винтами, в 1 случае использован гвоздь Smith Petersona, в 2 — эндопротезирование по Zweymuller, 1 пациент не оперирован. Из осложнений в раннем послеоперационном периоде в 3 случаях имела место некорректная репозиция и как следствие — вторичное смещение отломков. У 2 из них произведена смена фиксаторов, а у 1 — эндопротезирование. Инфаркт миокарда явился непосредственной причиной смерти у 1 больного, в 1 случае — поверхностное нагноение послеоперационной раны.

ВЫВОДЫ

Проблема лечения медиальных переломов шейки бедра приобретает особую актуальность при сочетанных и множественных травмах. Основными причинами политравмы являются ДТП и кататравмы. В подавляющем большинстве случаев страдают лица трудоспособного возраста. Ведущим повреждением в 84 % случаев является травма ОДА. Из методов фиксации переломов шейки бедра в данной категории пострадавших предпочтение следует отдавать остеосинтезу компрессирующими винтами как наименее травматичному и одновременно обеспечивающему стабильную фиксацию.

А.П. Кошель, Г.К. Жерлов, Н.Э. Куртсентов

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИТОНИТА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (г. Северск)

На современном этапе развития гастроэнтерологии проблема лечения перитонита, причиной которого является несостоятельность швов желудочно-кишечного тракта, остается актуальной. По данным литературы, частота этих осложнений достигает 3 — 55 %, что приводит к летальности в 15 — 70 % случаев. Особое место в структуре хирургической патологии органов брюшной полости занимают повторные операции на желудке. По опыту большинства хирургов главной причиной в возникновении несостоятельности анастомоза, является физическая негерметичность швов его угла. Учитывая эти данные, при формировании гастродуоденоанастомоза нами применяется метод двухрядного шва, основным моментом которой является укрепление и сшивание в первую очередь углов анастомозируемых органов (Патент РФ № 2173094 от 10.09.01. БИ № 25).

Всего по предлагаемой методике оперировано 36 пациентов. В сроки от 7 до 14 суток после операции эндоскопическое исследование выполнено 36 больным. По линии шва в области малой кривизны выявлялась гиперемия, небольшая инфильтрация слизистой. Желудочно — двенадцатиперстный анастомоз был сомкнут у 31 (86,1 %) пациента, раскрытие его происходило при инсuffляции воздухом. В 3 (8,3 %) случаях анастомоз был полураскрыт до 0,6 — 0,8 см, в 2-х (5,5 %) более 1 см. При всех исследованиях тубус аппарата свободно проходил в двенадцатиперстную кишку. По линии шва слизистая была умеренно гиперемирована, у одного (2,8 %) больного отмечался налет фибрина по задней полуокружности анастомоза. Заживление желудочно-двенадцатиперстного шва по типу первичного натяжения отмечено в 96,6 % наблюдений. Клинически у одного (2,8 %) больного мы наблюдали в раннем послеоперационном периоде инфильтрат брюшной полости, по поводу чего была проведена мощная антибиотикотерапия, физиолечение, в результате которого инфильтрат разрешился.

Таким образом, применение разработанного способа кишечного шва позволило уменьшить число послеоперационного перитонита, связанного с несостоятельностью швов анастомоза, сократить длительность пребывания пациентов в стационаре.

А.В. Красноперов, А.В. Карпович

ПОКАЗАНИЯ И ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНКОНТИНЕНЦИИ

ГУ НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (г. Северск)

ЦЕЛЬ

Разработать показания к выполнению восстановительных сфинктеропластик при инконтиненции на основании результатов аноректальной манометрии.