

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 148 больных с инфекционными деструкциями легких. Среди них у 116 пациентов диагностирован абсцесс легких, а у 32 — гангрена. Возраст больных колебался от 19 до 72 лет. Преобладали мужчины (78,3 %). Изучены следующие лейкоцитарные индексы. Лейкоцитарный индекс интоксикации Я.Я. Кальф-Калифа ($ЛИИ_{\text{КК}}$), лейкоцитарный индекс интоксикации В.В. Россихина и соавт. ($ЛИИ_{\text{Росс}}$), лейкоцитарный индекс ($ЛИ$), вычисляемый как отношение лимфоцитов к сегментоядерным нейтрофилам, индекс сдвига лейкоцитов ($ИСЛ$) — отношение гранулоцитов к агранулоцитам, индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ ($ИЛСОЭ$), вычисляется как произведение лимфоцитов и СОЭ деленное на 100, лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс ($ИЛГ$), индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов ($ИСНЛ$), индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов ($ИСНМ$), индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов ($ИСЛМ$), индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов ($ИСЛЭ$). Интегральные показатели $ЛИ$, $ИСЛ$, $ИЛСОЭ$, $ИЛГ$, $ИСНЛ$, $ИСНМ$, $ИСЛЭ$ определяли по Ж.Г. Мустафиной и соавт., индекс ядерного сдвига ($ИЯС$) — по Г.Д. Даштаянцу. Все показатели рассчитывали с помощью разработанной компьютерной программы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ рассчитанных лейкоцитарных индексов показал, что у больных с инфекционными деструкциями легких происходит разнонаправленные их изменения. Одна группа показателей — $ЛИИ_{\text{КК}}$, $ЛИИ_{\text{Росс}}$, $ИЛСОЭ$, $ИСНЛ$ — статистически значимо увеличивалась относительно контрольной группы. Индекс ядерного сдвига увеличивался более чем у половины больных. Другие показатели — $ЛИ$, $ИСЛ$, $ИЛГ$, $ИСНМ$, $ИСЛЭ$ — статистически значимо снижались. Величина этих изменений находится в прямой зависимости от величины деструкции в легких и степени тяжести пациента. Так у больных с абсцессами легких $ЛИИ_{\text{КК}}$, $ЛИИ_{\text{Росс}}$ и $ИЛСОЭ$ увеличивались от 3 до 5 раз, в то время как при гангренах легких это увеличение было от 10 — 14 раз. Совершенно противоположно изменялись $ЛИ$, $ИСЛ$, $ИЛГ$, $ИСЛЭ$. При абсцессах легких они снижались в 2 — 3 раза, у больных гангреной легких в 4 — 5 раз. Изменение других показателей происходило в пределах 30 — 80 %. Исследование в динамике интегральных лейкоцитарных индексов показывает, что при эффективной предоперационной подготовке отмечается положительная динамика интегральных показателей. Было установлено, что осложнения в послеоперационном периоде возникли у пациентов с более значимыми изменениями интегральных показателей.

Комплексная оценка гематологических лейкоцитарных показателей позволяет оценить тяжесть течения воспалительного процесса и эффективность проводимой терапии.

Я.Н. Шойхет, Г.Г. Устинов

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ И ВОСТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ
ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)

Оперативное лечение интраоперационной травмы желчных путей является одной из сложнейших проблем гепатобилиарной хирургии. Это связано с одной стороны с большими техническими сложностями проведения вмешательства, а с другой — с отсутствием способов профилактики развития рубцовых стриктур гепатохоледоха.

Цель исследования: анализ результатов реконструктивных и восстановительных операций при интраоперационном повреждении желчных протоков

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Алтайский гепатологический центр госпитализировано 138 больных с повреждениями внепеченочных желчных путей, оперированных в различных лечебных учреждениях края. Возраст больных был от 19 до 76 лет. Среди больных преобладали женщины — 115 (83,3 %), мужчин — 23 (16,7 %). Из 138 больных 65 (47,1 %) были оперированы по поводу хронического калькулезного холецистита, 61 (44,2 %) — острого калькулезного холецистита. У 5 (3,6 %) больных травма холедоха возникла во время резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. У 7 больных (5,1 %) повреждения внепеченочных желчных путей были при тупой травме живота и проникающих ранениях брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При диагностике повреждений внепеченочных желчных путей были выявлены «малые» повреждения у 21 больного (15,2 %), в соответствии с классификацией McMachon (1995) и «большие» — у 117 больных (84,8 %). Для более детальной характеристики «больших» травм желчевыводящих путей была использована

классификация Bismuth (1982). Среди 117 больных повреждения I типа отмечались у 28 (23,9 %) больных, II типа — у 46 (39,3 %), тип III — у 32 (27,4 %). Высокое (гилюсное) повреждение желчевыводящих путей — тип IV — было у 11 (9,4 %) больных.

Выбор объема и вида оперативного вмешательства зависел от времени прошедшего с момента травмы, уровня и протяженности повреждения, диаметра холедоха и состояния окружающих тканей. Виды операций при травме желчных путей можно разделить на 4 группы: дренирующие, восстановительные, реконструктивные и стентирующие.

Восстановительные операции произвели 34 пациентам. Из них 11 больным с «малыми» травмами и 23 пациентам с большими травмами, у которых культя общего печеночного протока была в пределах 2 см. Большинству больных (83) выполнили реконструктивные операции. У пациентов с высоким (гилюсным) повреждением желчных путей типа III и IV накладывали гепатикоюностомиию на сквозном транспеченочном дренаже типа Gotze (1930) или Saupol и Kurian (1969). У шести больных с иссечением гилюса сквозные дренажи были установлены через правый и левый печеночные протоки. Гепатоеюноанастомоз с желчным протоком III сегмента печени наложен трем пациентам. При культе гепатикохолдоха превышающей 2 см 5 пациентам выполнили холедоходуоденоанастомоз, 8 больным наложили анастомоз с выключенной по Ру петлей тонкой кишки.

В отдаленном периоде велико число неудовлетворительных результатов у пациентов после восстановительных операций. У трети больных через 1,5–2 года развивались стриктуры. Отдаленные результаты после реконструктивных операций также не утешительны. Наложение холедоходуоденоанастомоза у большинства больных в разные сроки закончилось развитием его стриктуры. Более благоприятные результаты получены у пациентов с наложением гепатикоюноанастомозом на выключенной по Ру петлей кишки на сквозном транспеченочном дренаже.

С.В. Яковлев

ИСПРАВЛЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ КИСТИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЧРЕСКОСТНЫХ ДИСТРАКЦИОННЫХ АППАРАТОВ

Городская клиническая больница № 6 (Челябинск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Кисть является исключительно важным инструментом в жизни человека. Нарушение функции кисти ведет к потере трудоспособности, значительной психо-эмоциональной травме. Повреждения кисти при ожогах наблюдается более чем в 40% случаев, а образующиеся деформации требуют комплексного реконструктивно-восстановительного лечения. Использование чрескостных дистракционных аппаратов внешней фиксации позволяет решить одновременно несколько значимых проблем: устранить «порочное» положение пальцев кисти, создать запас мягких тканей и оптимальные условия при последующих кожно-пластических операциях, а в некоторых случаях полностью восстановить функцию кисти.

Цель: разработать и обосновать вариант, а также оценить эффективность реконструктивно-восстановительного лечения у пациентов с послеожоговыми деформациями кисти и контрактурами суставов пальцев путем использования на этапах терапии чрескостного дистракционного аппарата внешней фиксации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2002 по 2011 гг. в областном ожоговом отделении г. Челябинска было пролечено 217 пациентов с послеожоговой деформацией кисти, из них у 96 имелось повреждение обеих кистей. Таким образом, нами оперировано 313 кистей, 472 пальца. Возраст больных составил от 3 до 69 лет. У 73 пациентов (82 кисти, 133 пальца — 26,2 %) в лечении использованы чрескостные дистракционные аппараты внешней фиксации. Эти больные составили основную группу исследования. Исследование проводилось согласно требованиям Надлежащей клинической практике («Good Clinical Practice»). У пациентов имелась смешанная дермодесмо-мио-артрогенная контрактура суставов пальцев II—III—IV степени (по Б.В. Парину). Лечение осуществлялось по разработанной оригинальной методике (патент РФ № 2388422) с применением аппарата собственной конструкции (патент РФ № 81889).

Использованный способ позволяют осуществлять одновременно дозированную векторную дистракцию, устраняя деформацию кисти и контрактуры суставов пальцев, выполнять необходимую кожную пластику на поврежденной конечности, а также создавать условия для последующих этапов лечения (восстановления связочно-сухожильного аппарата, эндопротезирования суставов).