

Наряду с этим у ряда пациентов, которым была малоинвазивным методом дренирована сальниковая сумка, мы раздельно исследовали содержание амилазы в отделяемом из нее и из свободной брюшной полости.

Содержание амилазы в экссудате из сальниковой сумки было всегда достоверно выше (в 1 сутки — 2478 ± 109 , 5 сутки — 1226 ± 69 , чем из свободной брюшной полости (соответственно 1869 ± 123 и 357 ± 76), что связано, по-видимому, с разбавлением экссудата перитонеальной жидкостью.

При этом происходит более быстрое снижение указанных показателей в свободной брюшной полости, чем в сальниковой сумке, особенно к 3–5 суткам после дренирования.

В группе А умерло 5 больных из 82 (6,1 %), в группе Б — 9 из 35 (25,7 %).

Таким образом, совокупность патологических находок при лапароскопии и динамика содержания амилазы в экссудате из брюшной полости являются важными прогностическими факторами с помощью которых можно вносить коррективы в лечебную тактику.

Т.Ю. Лосева

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангасова» (Улан-Удэ)

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) является тяжелым врожденным пороком развития, характеризующимся высоким уровнем летальности (от 25 % до 60 %) на госпитальном этапе. Выявляется в 1 случае на каждые 2000–4000 живорожденных и составляет 8 % от всех случаев врожденных аномалий. Врожденная диафрагмальная грыжа преимущественно является патологией периода новорожденности, но примерно в 10 % случаев она выявляется и в более поздние сроки.

Своевременно и правильно проведенное исследование грудной клетки и брюшной полости позволяет выявить различные виды грыж, изучить функциональное состояние диафрагмы, сердца, легких, пищевода, желудка, оценить пассаж контраста по желудочно-кишечному тракту.

Цель работы: оценка значимости рентгенологических исследований при диагностике врожденной диафрагмальной грыжи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данной работе проведен анализ диагностики и лечения 25 детей с врожденной диафрагмальной грыжей за 5 лет (2003–2007 гг.), находившихся на стационарном лечении в МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ. Из них новорожденных — 13 пациентов, детей в возрасте от 1 месяца до 3,5 лет — 12. Мальчиков было 17, девочек — 8.

Учитывая особенности лечения и диагностики, больные разделены на 2 группы. В первую группу вошли 13 новорожденных, во вторую 12 пациентов в возрасте от 1 месяца до 3,5 лет.

Основными проявлениями для постановки клинического диагноза и проведения рентгенологического исследования явились: одышка, расстройства сердечно-сосудистой деятельности, общая слабость, плохой аппетит, срыгивание, рвота, склонность к запорам, гипотрофия, анемия, отставание в развитии, абдоминальные боли, частые бронхиты, пневмония.

Дифференциальная диагностика проводилась с релаксацией диафрагмы, интерпозицией толстой кишки, опухолью печени, диафрагмы, средостения, абсцессом и кистой легкого, плевритом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке статистических данных отмечается заметный рост числа больных с врожденной диафрагмальной грыжей. Так, если в 2003 г. таких пациентов в детском хирургическом отделении было всего 2, то в 2006 и 2007 гг. уже по 8. Аналогичная картина отмечается и в возрастной группе от 1 месяца до 3,5 лет.

Рентгенологическое исследование позволило своевременно диагностировать и уточнить вид грыжи во всех 25 случаях. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы встретились в 4 случаях, парастеральные — в 4, собственно диафрагмы — в 14, грыжи Богдалека — в 3. В подавляющем большинстве случаев имело место сочетание перемещения органов из брюшной полости в плевральную. Во всех случаях выявлена легочная гипоплазия различной степени.

В группе новорожденных рентгенография грудной клетки и брюшной полости производилась в различных положениях тела без контрастирования желудочно-кишечного тракта. В 6 случаях исследование проводилось при нахождении пациента на аппарате ИВЛ. Диагноз установлен во всех 13 случа-

ях. Летальность среди них составила 53,8 % (7). В трех случаях больные умерли в первые двое суток неоперированными. Из 10 оперированных умерло 4 пациентов.

В группе пациентов от 1 месяца до 3,5 лет рентгенологическая диагностика производилась с и без контрастирования желудочно-кишечного тракта в различных положениях тела. Прооперированы все 12 больных, случаев летальности не отмечалось.

ВЫВОДЫ

1. Прослеживается отчетливая тенденция к увеличению абсолютного числа детей с врожденной диафрагмальной грыжей, что обусловлено не только социальными условиями, но и своевременностью диагностики патологии.

2. Врожденная диафрагмальная грыжа характеризуется сочетанием органов брюшной полости при их перемещении в плевральную, и наличием легочной гипоплазии во всех случаях.

3. Методика рентгенисследования должна быть простой (рентгенография грудной клетки и брюшной полости в различных положениях с и без контрастирования желудочно-кишечного тракта) и доступной в проведении в любом лечебном учреждении.

П.Е. Лукин, В.Е. Хитрихеев

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Дефекты длинных трубчатых костей, образовавшиеся вследствие травматических повреждений или гнойно-воспалительных процессов, в значительной мере нарушают деятельность человека как индивидуума, снижают качество его жизни, приводят к инвалидности. Основными задачами оперативного лечения данных патологий являются: восстановление анатомо-физиологической ценности кости как органа и восстановление утраченных функций конечности.

Целью работы явилось изучение результатов оперативного восстановления функции конечности при диафизарных дефектах плечевой кости и костей предплечья.

При дефектах плечевой кости и костей предплечья нами применен метод костной аутопластики с комбинированным остеосинтезом. Данный метод включает в себя костную аутопластику, интрамедуллярный металлоостеосинтез и фиксацию стержне-спицевым аппаратом простейшей конструкции. В качестве аутотрансплантатов использовали малоберцовую кость и крыло подвздошной кости.

В отделении взрослой травматологии Городской больницы скорой медицинской помощи в период с 2005 г. по 2007 г. оперировано 11 пациентов с диафизарными дефектами длинных трубчатых костей верхней конечности. Из них дефекты плеча имели место у 4-х пациентов, костей предплечья — у 7.

Осложнений в послеоперационном периоде у больных не наблюдались, средний койко-день составил 16,8 дней. Аппараты внешней фиксации снимались через 3 месяца после операции после контрольных рентгенографий. Через год удалялся внутренний костный фиксатор. Функция конечностей оценивалась через 1,5 года после проведения восстановительно-реабилитационных мероприятий и во всех случаях оценена как IV — V степени по пятибалльной системе.

Хорошие результаты оперативного лечения методом костной аутопластики с комбинированным остеосинтезом обусловлены:

- восстановлением анатомичности при сопоставлении костных отломков и трансплантата;
- сохранением непрерывности костномозгового канала;
- обеспечением стабильности в зонах сращения костных отломков и трансплантата;
- возможностью раннего начала восстановления движений в смежных суставах;
- ранней органолептической перестройкой трансплантата, вследствие действия силового напряжения;

Разработанный и внедренный в практическую работу метод костной аутопластики с комбинированным металлоостеосинтезом является органовосстанавливающим, позволяющим восстановить функции верхней конечности.