

Ю.В. Андреев

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

*Российская медицинская академия последипломного образования (Москва)
Клинический госпиталь МСЧ ГУВД (Москва)*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последнее время становится все более важной и актуальной проблемой хирургической реабилитации больных, перенесших оперативные вмешательства, завершившиеся одностольной колостомой. Реконструктивно-восстановительные операции являются одной из сложнейших страниц хирургии.

Цель исследования: изучить и оценить результаты реконструктивно-восстановительных операций у больных после операции Гартмана.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 127 историй болезней пациентов, которым были выполнены восстановительные операции на толстой кишке в ГКБ № 3 г. Зеленограда и Клиническом госпитале МСЧ ГУВД по г. Москве за период с 2000 по 2010 гг. Возраст больных составил от 18 до 75 лет. Из них мужчин 76, женщин — 51. Колостомы были наложены при злокачественных опухолях ободочной кишки — 100 больным, при заболеваниях неопухолового генеза (дивертикулярная болезнь, язвенный колит, болезнь Крона) — 15 больным, при травмах ободочной и прямой кишок — 12 больным.

Реконструктивно-восстановительные операции проводились в сроки от 6 до 12 месяцев. Перед выполнением операций всем больным проводились: ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, оценка функции запирающего аппарата прямой кишки.

Колоректальный анастомоз накладывался ручным — 42 и аппаратным — 85 способом. Послеоперационные осложнения наблюдались у 30 (23,6 %) больных. В 6 (4,6 %) случаях была несостоятельность анастомоза, в 14 (11,0 %) случаях выполнялись повторные операции. Нагноение послеоперационной раны отмечено в 11 (8,7 %) случаях. Летальные исходы были отмечены в 7 (5,5 %) случаях.

ВЫВОДЫ

Реконструктивно-восстановительные операции относятся к числу операций высокой степени тяжести и должны выполняться в специализированных учреждениях. Оптимальный срок для выполнения восстановительной операции у больных с колостомой, по нашему мнению, от 6 до 12 месяцев после первого этапа. Четкий алгоритм обследования и комплексная оценка состояния больного позволит выбрать наилучший способ оперативного лечения с наименьшим количеством осложнений. Хирургическая реабилитация улучшает качество жизни больных и способствует их возвращению к обычному образу жизни и профессиональной деятельности.

Ю.В. Антониади, Е.А. Волокитина, Д.Н. Черницын, Ф.Н. Зверев

РЕВИЗИОННЫЙ ЗАКРЫТЫЙ МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ОСКОЛЬЧАТОГО ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

*Центральная городская клиническая больница № 24 (Екатеринбург)
Уральская государственная медицинская академия (Екатеринбург)*

Минимально инвазивный закрытый остеосинтез широко применяется в клиниках России и за рубежом, возрастающая популярность метода обусловлена низким уровнем травматичности вмешательства, оптимальными условиями для остеорепаляции, сохранением периостального кровоснабжения, надежностью фиксации костных фрагментов и возможностью ранней функциональной нагрузки конечности. Особое место среди малоинвазивных имплантатов для внутреннего остеосинтеза оскольчатых переломов проксимального отдела бедренной кости типа А (Универсальная классификация переломов АО/ASIF (1996) на сегодняшний день занимают блокированные интрамедуллярные штифты проксимальными и дистальными винтами — это различные модификации проксимального бедренного гвоздя (PFN) или гамма-стержня с возможностью отсроченной динамизации. Однако в ряде случаев при применении малоинвазивного интрамедуллярного остеосинтеза, особенно при остеопорозе, развиваются такие осложнения, как замедленное сращение, прорезывание блокирующих винтов через шейку и

головку бедра, миграция фиксатора. В качестве примера использования малоинвазивного остеосинтеза в качестве первичного и ревизионного вмешательства приводим следующее клиническое наблюдение.

В приемный покой ЦГКБ № 24 г. Екатеринбурга 14.01.2010 с закрытым оскольчатым чрезвертельным переломом левого бедра (A2.3. по классификации АО/ASIF) (рис. 1) была доставлена пациентка С. 60 лет, получившая травму при падении дома с высоты собственного роста.



Рис. 1. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава пациентки С., 60 лет в прямой проекции с чрезвертельным оскольчатым переломом A2.3 (АО/ASIF)

При госпитализации в травматологическое отделение № 1 наложено скелетное вытяжение за мышечки бедренной кости. На 7-е сутки после поступления больной выполнен закрытый остеосинтез перелома гамма-стержнем со статическим блокированием (фирма «Остеосинтез») по стандартной методике. Выполнен рентгенконтроль положения фрагментов, которое было признано удовлетворительным, так как удалось восстановить ось конечности (рис. 2а, б).



а



б

Рис. 2. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава пациентки С., 60 лет в прямой (а) и аксиальной (б) проекции с выполненным остеосинтезом чрезвертельного оскольчатого перелома гамма-стержнем «Остеосинтез» со статическим блокированием.

Ранний послеоперационный период — без осложнений, после операции гемотрансфузии не проводилось. Больная на вторые сутки после операции была активизирована и обучена ходьбе при помощи ходунков без нагрузки на ногу, на 10-е сутки после операции выписана на амбулаторное лечение. Через 1,5 месяца после операции была разрешена частичная нагрузка на оперированную конечность

в пределах 30 % веса тела, которая постепенно, под контролем врача, увеличивалась и к пяти месяцам после операции пациентке была разрешена полная нагрузка на ногу.

После начала полной нагрузки на ногу, через 6 месяцев на контрольном осмотре больная стала жаловаться на боли в области правого тазобедренного сустава, появляющиеся при нагрузке. При рентгенологическом исследовании были выявлены признаки резорбции костной ткани вокруг шейечного винта (рис. 3а), к 7 месяцам после операции появились признаки миграции имплантата (рис. 3б).

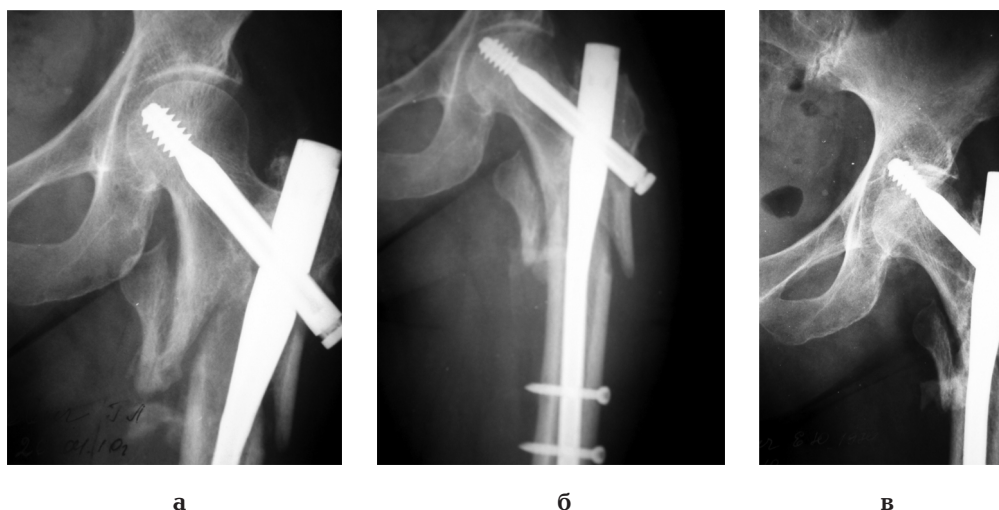


Рис. 3. Рентгенограммы правого тазобедренного сустава пациентки С., 60 лет в прямой проекции в сроке 6 месяцев после операции с признаками резорбции вокруг шейечного винта (а), с началом миграции фиксатора (7 месяцев после операции) (б); с выраженной миграцией (8 месяцев после операции) (в).

В срок 8 месяцев после первичного остеосинтеза больная была повторно госпитализирована в клинику, где 11.08.2010 выполнено ревизионное вмешательство по замене фиксатора. Гамма-стержень с фиксирующими винтами удален. Фрагменты ресинтезированы при помощи системы Chm (Польша) длинного реконструктивного стержня и двух блокирующих винтов, проведенных в область малого вертела и межвертельной области (рис. 4а, б).

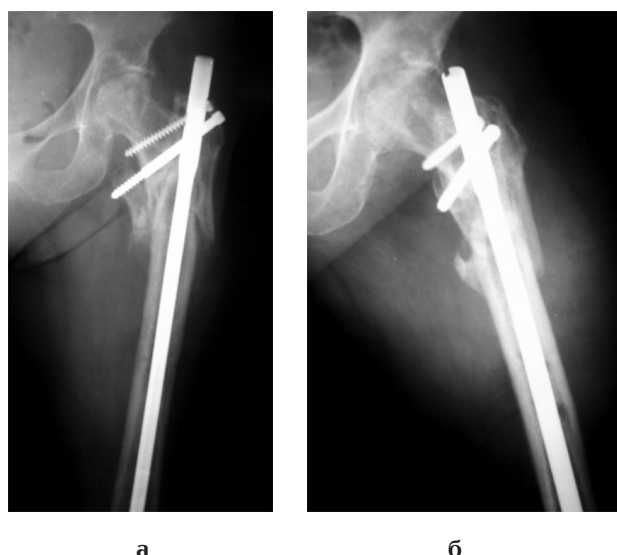


Рис. 4. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава пациентки С., 60 лет в прямой (а) и аксиальной (б) проекции с выполненным ревизионным реконструктивным стержнем Chm (Польша) через 8 месяцев после первичного остеосинтеза гамма-стержнем со статическим блокированием.

Пациентка выписана на 12-е сутки после операции. Частичная нагрузка на прооперированную конечность разрешена через 6 недель после ревизионной операции. К полной нагрузке больная приступила через 3 месяца. На контрольном осмотре в срок 6 месяцев после ревизионного вмешательства получены отчетливые признаки сращения перелома, улучшилась структура головки и шейки бедра, признаков миграции фиксатора нет (рис. 5а, б). В результате лечения получен хороший функциональный результат.

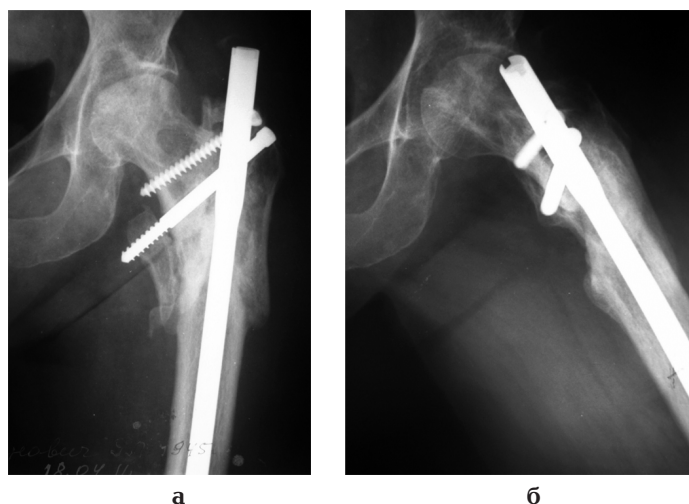


Рис. 5. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава пациентки С., 60 лет в прямой (а) и аксиальной (б) проекции через 6 месяцев после ревизионного остеосинтеза Chm (Польша) системой: миграции фиксатора нет, перелом консолидирован, улучшилась структура головки и шейки бедра.

Таким образом, остеосинтез оскольчатых чрезвертельных переломов типа А проксимальным бедренным гвоздем (гамма-стержнем) без возможности динамизации не исключает его миграцию с прорезыванием проксимальных блокирующих винтов через головку и шейку бедренной кости и вторичное смещение отломков.

И.П. Антропова ¹, Б.Г. Юшков ²

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ НА МАРКЕРЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА ФОНЕ ПРОФИЛАКТИКИ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫМ ГЕПАРИНОМ

¹ ФГУ «УНИИТО им. В.Д. Чаклина» Минздравсоцразвития России (Екатеринбург)

² Институт иммунологии и физиологии УрО РАН (Екатеринбург)

Использование регионарных методов анестезиологического пособия существенно снижает частоту тромбоэмболических осложнений при эндопротезировании крупных суставов.

Цель работы: оценить профиль гемостатических маркеров у пациентов, получавших регионарную или общую анестезию при тотальной замене тазобедренного сустава на фоне антитромботической профилактики низкомолекулярным гепарином.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включено 44 пациента, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава. В зависимости от метода анестезии больные были разделены на 2 группы: получавшие общую анестезию + ИВЛ ($n = 21$) и комбинированную спинально-эпидуральную анестезию ($n = 23$). Группы были выровнены по полу, возрасту, типу фиксации протеза, длительности оперативного вмешательства.

Всем больным проводили антитромботическую медикаментозную профилактику низкомолекулярным гепарином эноксапарином. Первая инъекция — за 12 часов до операции, вторая инъекция — через 12 часов после эндопротезирования, впоследствии низкомолекулярный гепарин вводили 1 раз в сутки в дозе 40 мг в течение 14–20 дней.

Отбор проб для анализов проводили до операции, через 30 минут после ее окончания и на 1, 3, 7, 13–14, 20–24-е сутки после эндопротезирования.

Определяли количество тромбоцитов, показатели свертывания: АЧТВ, протромбиновое время, тромбиновое время, комплексы тромбин — антитромбин, растворимый фибрин; концентрацию фибриногена; показатели фибринолиза: пламиноген, XIIa-зависимый лизис, ингибитор активатора пламиногена 1 типа, Д-димер; физиологические антикоагулянты: антитромбин и протеин С.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Активация свертывания максимальна по окончании операции, наибольший подъем концентрации фибриногена происходит к 3-м суткам, затем тромбинемия и острофазная гиперфибриногенемия