

ВЫВОДЫ

1. ФГДС у пациентов с острыми эрозивно-язвенными поражениями верхнего отдела ЖКТ, осложненными кровотечениями позволяет в 100 % выявить источник кровотечения и определить степень его активности, что требует обязательного введения эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки в комплекс лечебно-диагностических мероприятий у больных с политравмой.

2. Лечебная эндоскопия при кровотечениях из острых изъязвлений верхних отделов ЖКТ у пациентов с политравмой обладает высокой эффективностью и позволяет осуществить гемостаз в 96–98 % случаях.

3. Проведение эндоскопического мониторинга у пациентов с активным и остановившемся кровотечением из острых изъязвлений верхних отделов ЖКТ позволяет повысить эффективность и надежность эндоскопического гемостаза в остром периоде политравмы.

В.Н. Зеленин, А.С. Золотов, И.А. Куклин

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ И ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

**ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Городская больница (Спасск-Дальний)**

Закрытые травмы ахиллова сухожилия считаются самыми частыми среди повреждений крупных сухожилий человека (Ситник А.А., 2003). Открытые ранения пяточного сухожилия встречаются реже, но тяжесть травмы часто требует применения сложных реконструктивных операций. Среди пострадавших преобладают мужчины наиболее работоспособного возраста (30–50 лет). Уровень раневых осложнений и повторных разрывов сухожилия после хирургического лечения остается довольно высоким. В связи с этим актуальным является выработка тактики лечения различных ранений ахиллова сухожилия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 1997 по 2004 г. проведено лечение 60 пациентов с травмами ахиллова сухожилия. Возраст пациентов варьировал от 12 до 63 лет. В зависимости от вида и давности повреждения все больные были разделены на 4 группы.

Первая группа — свежие по Т. Nyssonen (2003) (до двух недель) закрытые повреждения (27 больных).

Вторая группа — застарелые (после двух недель) закрытые повреждения (20 больных).

Третья группа — свежие открытые повреждения без дефекта мягких тканей (6 больных).

Четвертая группа — застарелые открытые повреждения с дефектом мягких тканей (7 больных).

При лечении пациентов первой группы применялось открытое сшивание поврежденного сухожилия конец в конец швом Kuno или швом Tsuge в нашей модификации. В 10 случаях место шва дополнительно было укреплено сухожилием подошвенной мышцы. В трех случаях применен метод подкожного шва сухожилия (Ma G.W., Griffith T.G., 1977).

При лечении пациентов второй группы применялась пластика сухожилия по Чернавскому, V—

У пластика, пластика с использованием сухожилия подошвенной мышцы.

При лечении третьей группы пациентов после выполнения первичной хирургической обработки раны поврежденное пяточное сухожилие восстанавливали швом Kuno или Tsuge в нашей модификации.

При лечении самой сложной категории больных — четвертой группы — одновременно с пластикой сухожилия выполнялось закрытие дефекта кожи свободными лоскутами на микрососудистых анастомозах (торакодорсальный лоскут — 1, лопаточный лоскут — 1, лучевой лоскут с включением кровоснабжаемых сухожилий лучевого сгибателя запястья и длинной ладонной мышцы — 5).

В послеоперационном периоде применялась иммобилизация оперированной конечности гипсовой шиной в течение 6 недель, с последующей дозированной нагрузкой до 4 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Инфекционные осложнения в виде лигатурных свищей встретились в 3 (5 %) случаях (1 — после закрытого шва, 1 — после открытого шва, 1 — после пластики сухожилия). Еще в двух случаях (3,33 %) наблюдался повторный разрыв сухожилия (1 — после закрытого шва, 1 — после пластики сухожилия).

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет прослежены у 52 человек. Исходы лечения оценивались по методике А.Р. Treuffer (1974). Отличные результаты наблюдались у 32 (61,54 %) пациентов, хорошие у 12 (23,08 %), удовлетворительные — у 6 (11,54 %), плохие — у 2 (3,85 %).

Использование микрососудистых лоскутов для одновременного замещения дефектов кожи и восстановления ахиллова сухожилия показало правильность выбранной тактики. Включение в лос-

кут участков кровоснабжаемых сухожилий обеспечило эффективное восполнение ахиллова сухожилия и восстановление дефекта кожи, что обеспечило реабилитацию всех пациентов.

Таким образом, дифференцированный подход к лечению различных травм ахиллова сухожилия позволил в большинстве случаев получить положительные результаты.

П.А. Иванов, В.Ю. Погребняков, С.И. Курупанов

СОСТОЯНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Областная клиническая больница (Чита)

Целью работы явилось изучение состояния провоспалительных цитокинов IL-1 α , IL-1 β , IL-8, TNF α в ответ на малоинвазивную хирургическую агрессию в ближайшем послеоперационном периоде. Изучение проводили у 17 больных при плановом рентгенохирургическом лечении по поводу неосложненных кистозных образований различной локализации. Все обследованные больные не имели значимых сопутствующих заболеваний и системных расстройств. Концентрация провоспалительных цитокинов в дооперационном периоде составляла для IL-1 α — $31,9 \pm 3,7$ пкг/мл; IL-1 β — $49,6 \pm 8,2$ пкг/мл; IL-8 — $36,7 \pm 6,3$ пкг/мл; TNF α — $32,6 \pm 5,4$ пкг/мл.

Повторные исследования концентрации цитокинов проводили в сроки от 1 до 3 дней после

вмешательства. При этом было установлено следующее: концентрация IL-1 α составила $33,8 \pm 4,2$; IL-1 β — $50,4 \pm 6,1$; IL-8 — $36,2 \pm 5,2$; TNF α — $40,5 \pm 4,4$ пкг/мл.

Следует указать, что отклонение уровня TNF α было обнаружено у 7 больных, при этом в 4 случаях были дренированы интрапанкреатические кисты ПЖ, а в 3 — кисты печени. Дренирование же парапанкреатических скоплений жидкости не сопровождалось существенным повышением уровня концентрации TNF α .

Таким образом, мы полагаем, что провоспалительная системная реакция имеет зависимость от расположения дренируемого патологического очага и операционной травмы рядом расположенных органов и тканей.

Ю.А. Кагаполов, В.Н. Перехода, Е.В. Осипов, А.М. Агапов, Г.В. Арнаутков

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Амурская областная клиническая больница (Благовещенск)

В Амурской областной клинической больнице с 1996 — 2004 гг. пролечено 916 больных с острым панкреатитом. Среди них 136 пациент с некротическими формами. В группе оперированных пациентов у 25 больных диагностирован жировой панкреонекроз, у 53 — геморрагический, у 58 — субтотальные и тотальные гнойно-некротические изменения поджелудочной железы.

Выраженный болевой синдром в животе, болезненность при пальпации, напряжение мышц, инфильтрат левого подреберья и эпигастральной области, высокая температура, лейкоцитоз в клиническом анализе крови и хилез при биохимическом исследовании являлись патогномоничными для панкреонекроза.

В последние годы чаще применяется лапароскопическая диагностика и лечение (75,5 %), дрени-

рование сальниковой сумки и брюшной полости. Эту тактику применяли при отечной форме панкреатита, с наличием стеатонекрозов в 27 случаях. При положительной динамике дренажи удалены на 5 — 7 сутки.

При наличии ограниченных некрозов выполняли марсупиализацию с рассечением прямой мышцы слева, дренажи подвели к очагу через винсловое отверстие в правом подреберье. В последующем перевязывали 1 раз в 3 — 5 дней. До полного отторжения секвестров.

При сформированном некрозе удаляли поджелудочную железу на уровне перешейка. Такая методика применена в 19 случаях. Дренирование сумки проводили в левом подреберье трубками и перчаточными выпускниками, ниже селезенки, справа выводили в подреберье через