

кишки, в большинстве случаев препятствуют возникновению новых перфораций брюшнотифозных язв. Ранняя диагностика и своевременно начатое лечение позволяет предупредить развитие осложнений.

#### Литература:

1. Вахидов В. В. Хирургическое осложнение брюшного тифа. / В. В. Вахидов, Л. Г. Хачиев // Ташкент: Медицина, 1978. – 109с.
2. Войновский Е. А. Хирургические осложнения брюшного тифа. / Е. А. Войновский, К. А. Ревской // М: Медицина, 1995. – 192 с.

## ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ СВЕРДЛОВА

Конецкий А. А., <sup>1</sup>Богданович И. П., Балабанович М. Ю.

<sup>1</sup> УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup> УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»  
Гродно, Беларусь

**Актуальность.** При травматическом вывихе плеча происходит повреждение стабилизирующего аппарата сустава, что у 12-17% пострадавших приводит к потере суставной стабильности и развитию привычного вывиха плеча. [1, 2] Современным методом лечения привычного вывиха плеча является артроскопическая стабилизация плечевого сустава. Недостаточная оснащенность травматологических отделений артроскопами, отсутствие якорных фиксаторов и подготовленных специалистов приводит к тому, что данные операции выполняются только в республиканских и некоторых областных центрах. Поэтому основная масса оперативных вмешательств по стабилизации плечевого сустава производится открытым методом. В литературе описано много методов оперативного лечения – более 150. Причиной такого разнообразия оперативных вмешательств служат рецидивы вывиха (до 24%). По мнению Watson-Jones, «успех многих открытых операций зависит от выраженности рубцевания и контрактуры, образующейся впереди сустава, и ограничивающей отведение и наружную ротацию плеча таким образом, что его головка не может достигнуть положения, вызывающего выскальзывание последней...». Операция должна также, кроме обеспечения стабильности, сохранить функцию сустава. [2]

При решении вопроса об оперативных методах лечения привычного вывиха плеча, нами, наряду с другими методиками, используется методика Ю. М. Свердлова. Суть операции заключается в следующем: продольным доступом обнажается плечевой сустав. Вскрывается межбугорковая

борозда. Сухожилие длинной головки двуглавой мышцы максимально натягивается и трансоссально фиксируется капроновыми швами в межбугорковой борозде. Из сухожилия короткой головки двуглавой мышцы и плечеклювовидной мышцы выкраивается связка 7 см длиной и шириной около 1 см с фиксацией на клювовидном отростке лопатки, связка прошивается капроном. По передневнутренней поверхности верхней трети плечевой кости формируется желоб 7\*1\*0,5 см, в который укладывается ранее созданная связка. Последний этап операции достаточно травматичный, поэтому большинство практикующих травматологов воздерживаются от данной операции.

Упростив наиболее технически сложный этап операции Свердлова, мы сохранили стабилизирующую функцию операции сустава. Суть модификации следующая: после формирования связки из сухожилий короткой головки двуглавой и плечеклювовидной мышц шилом, изогнутым на конце, диаметром 4 мм, создается канал под малым бугорком плечевой кости. Канал начинается у основания межбугорковой борозды и идет по направлению к клювовидному отростку лопатки. На месте выхода шила рассекаем сухожилие подлопаточной мышцы длиной около 1 см. Через канал проводим связку и трансоссально фиксируем у основания большого бугра. После операции осуществляется иммобилизация повязкой Смирнова-Вайнштейна в течение 1 месяца.

**Цель:** оценить ближайшие результаты хирургического лечения хронической нестабильности плечевого сустава при использовании модифицированной операции Свердлова.

**Методы исследования.** По нашей модификации на базе травматологического отделения № 2 УЗ «ТКБСМП г. Гродно» прооперировано 16 пациентов. Из них 12 (75%) мужчин и 4 (25%) женщины. Возраст пациентов от 22 до 64 лет. Сроки наблюдения после операции – от 1 до 2 лет.

**Результаты и их обсуждение.** При оценке результатов оперативного лечения нами использовалась индексная шкала оценки функции плечевого сустава, разработанная на базе УО «Витебский государственный медицинский университет» (Аскерко Э. А., Дейкало В. П., Цушко В. В., 2012), включающую 8 показателей (индекс боли, индекс активности, индекс самообслуживания, индекс раскрытия плечелопаточного угла, индекс наружной ротации, индекс внутренней ротации, индекс элевации, индекс резкости движений). После проведенного оперативного лечения в послеоперационном периоде высчитывался средний клинический индекс [3]. Результаты оперативного лечения пациентов по предложенной нами методике показаны в таблице 1 и оцениваются как хорошие (средний клинический индекс – от 4 до 5).

У всех прооперированных пациентов рецидивов вывиха не наблюдалось.

Таблица 1. – Средний клинический индекс рассчитывался по формуле: СКВ=сумма всех показателей: 8. Значение индекса в пределах от 4 до 5 расценивается как хороший результат, удовлетворительный результат – 3,0-3,9, неудовлетворительный – 1,0-2,9

Пациенты	Оценочные показатели индексной шкалы функции плечевого сустава в послеоперационном периоде (наблюдения через 1-2 года после оперативного лечения по методике Свердлова в нашей модификации)								
	индекс боли	индекс активности	индекс самообслуживания	индекс раскрытия ПУ	индекс наружной ротации	индекс элевации	индекс резкости движений	индекс внутренней ротации	средний клинический индекс
1.28 лет муж.	5	5	5	5	5	4	5	5	4,875
2.34 года жен.	4	5	5	5	5	4	4	5	4,625
3.42 года муж.	4	5	4	4	5	4	4	4	4,25
4.30 лет муж.	5	5	4	5	4	5	4	4	4,5
5.45 лет муж.	4	5	4	5	5	5	5	5	4,75
6.35 лет жен.	5	4	5	5	4	4	5	4	4,5
7.38 лет муж.	5	5	4	5	5	5	5	4	4,75
8.50 лет муж.	5	5	4	5	5	4	4	5	4,625
9.64 года жен.	4	4	4	4	3	5	4	4	4,0
10.38 лет жен.	5	5	4	4	4	5	4	5	4,5
11.45 лет муж.	5	4	5	5	4	5	4	5	4,625
12.39 лет	4	5	5	4	4	5	5	4	4,5

### Выводы:

1. Операция Свердлова в нашей модификации позволяет сохранить функцию плечевого сустава, сохранив его стабильность.
2. Предложенная нами модификация значительно упрощает техническое выполнение, а значит, уменьшает время операции, развитие интра- и послеоперационных осложнений.

### Литература:

1. Архипов, С. В. Посттравматическая нестабильность, заболевание ротаторной манжеты плечевого сустава у спортсменов и лиц физического труда (Патогенез. Современные методы диагностики и лечения): автореф. ...дис. д-ра мед. наук: 14.00.22 / СВ. Архипов; Центр, науч.-исслед. ин-т травматологии и ортопедии. – М., 1998. – 48 с.

2. Свердлов, Ю. М. Травматические вывихи и их лечение / Ю. М. Свердлов. – М.: Медицина, 1978.
3. Аскерко, Э. А. Практическая хирургия ротаторной манжеты плеча / Э. А. Аскерко. – Витебск: ВГМУ, 2005. – 201 с.

## **РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СПАЕЧНОГО ГЕНЕЗА**

**Корик В. Е., Александров С. В., Жидков А. С.,  
Клюйко Д.А., Орсич Е.О., Корик Е.В.**

*Военно-медицинский факультет  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Беларусь*

**Введение.** Несмотря на широкое внедрение передовых научных разработок в современную хирургию органов брюшной полости, проблема спаечной болезни не теряет своей актуальности и требует поиска новых решений [1]. Спаечный процесс в брюшной полости развивается у 67-93% пациентов после абдоминальных операций [5, 3]. С увеличением числа и сложности выполняемых оперативных вмешательств на органах брюшной полости возрастает удельный вес случаев острой спаечной кишечной непроходимости, доля которой в общей структуре кишечной непроходимости достигает 80%, а летальность – 15-65% [4].

Достижения современной видеолапароскопии позволяют выполнять широкий перечень высокотехнологичных операций. К несомненным достоинствам данного метода относится его малотравматичность, возможность ранней реабилитации пациентов в послеоперационном периоде [2].

**Цель:** проанализировать лечебную тактику при острой кишечной непроходимости спаечного генеза.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 36 медицинских карт пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям в хирургические отделения УЗ «2ГКБ» г. Минска с диагнозом «Острая спаечная кишечная непроходимость» за 2015-2016 гг. Проводилась статистическая обработка полученных данных при помощи программы Statistica 6.0.

**Результаты и их обсуждение.** Все 36 пациентов были госпитализированы по экстренным показаниям, из них 6 (16,7%) обратились самостоятельно или направлены с приёма врачом поликлиники, остальные 30 (83,3%) доставлены скорой медицинской помощью. Мужчин было 15 (41,7%), женщин – 25 (59,3%). У большинства пациентов (25(69,4%)) в анамнезе было одно оперативное вмешательство. Консервативное лечение помогло разрешить непроходимость у 6 пациентов (16,7%). Из 30 клинических случаев, потребовавших оперативного вмешательства,