

ных, периаппендикулярный абсцесс — у 8. В послеоперационном периоде УЗИ проводилось 38 больным с инфильтратом и абсцессом брюшной полости различного генеза, у 34 из которых указанные осложнения возникли на фоне деструктивного аппендицита. Инфильтрат был выявлен у 24 больных, абсцесс — у 14. При УЗИ инфильтраты имели вид гомогенного очага в правой подвздошной (или мезогастральной) области различной плотности. Инфильтраты, в отличие от абсцессов, не имели четких контуров. Ультразвуковая картина абсцесса характеризовалась наличием эхонегативного полостного жидкостного образования с отчетливыми контурами различной формы, без признаков перистальтики и пульсации, с наличием плотного перифокального инфильтрата вокруг гнойника.

Анализ собственных клинических наблюдений свидетельствует о том, что применение УЗИ позволяет заметно сократить сроки выявления абсцесса и инфильтрата, а это имеет важное значение при выборе адекватной лечебной тактики. В клинических условиях УЗИ позволяет осуществлять динамическое наблюдение за больным, дает возможность определения фазы воспалительного процесса и перехода инфильтрата в абсцесс, объективизируя контроль за эффективностью проводимого лечения.

При заболеваниях и травматических повреждениях поджелудочной железы УЗИ облегчает диагностику острого панкреатита и его осложнений — формирование кисты, динамику ее развития, позволяет обеспечить динамическое наблюдение за больным органом в послеоперационном периоде.

У 10-летнего больного, прооперированного по поводу травматического панкреатита и перитонита, в послеоперационном периоде на 10-й день образовалась посттравматическая киста поджелудочной железы. Динамическое УЗИ позволило объективно проследить динамику уменьшения кисты на фоне интенсивной терапии и избежать повторной операции. Не так давно это было бы невозможно объективно подтвердить, диагностика основывалась на клинических данных.

Максимально быстро проводят дифференциальную диагностику при наличии болей в правом и левом подреберьях. Мы имеем 3 клинических наблюдения точной диагностики карбункула почки с паранефритом и успешного оперативного вмешательства на ранних стадиях заболевания.

При УЗИ мочевыводящих путей удается обнаружить изменения в почках — гидронефротическую трансформацию и патологическую их подвижность.

Среди обследованных был больной 5 лет, у которого обнаружилась опухоль Вильмса на ранней стадии заболевания. Обследование проводилось в связи с изменениями показателей мочи и периодическими болями в животе. Выявлена опухоль в верхнем сегменте левой почки размером 3 x 4 см. Своевременное оперативное лечение, проведенное проф. А.А. Ахунзяновым, с последующей химиотерапией в ДРКБ г. Казани дало полное клиническое излечение.

Метод УЗИ позволяет установить патологические изменения в матке, придатках, выявить выраженные нарушения, которые не могут быть сразу интерпретированы. Заподозривая диагностику перекрута придатков яичников является показани-

ем к лапаротомии и удалению гонады. Острый болевой приступ в нижней части живота, ранее с такой яркостью не отмечавшийся и послуживший причиной госпитализации ребенка через 1—2 часа после его начала, является показанием к экстренному УЗИ. С каждой минутой промедления нарастает вероятность нарушения кровообращения в яичнике и тромбоза сосудов. УЗИ проводят при наполненном мочевом пузыре. Не следует терять время на обильное питье в ожидании самопроизвольного наполнения мочевого пузыря, нужно через катетер заполнить его физиологическим раствором. У 5 больных, прооперированных по поводу перекрута придатков, подтвержденного УЗИ до операции, причиной этого были дермоидная киста (у 2) и воспалительная инфильтрация тканей (у 3). К сожалению, больные были госпитализированы через 12—18 часов с момента заболевания, у 4 из них пришлось удалить придатки.

Мы наблюдали девочку 3 лет с регулярными менструальными циклами в течение 3 месяцев. Первоначально был установлен диагноз гормонпродуцирующей кисты яичника. При тщательном регулярном УЗИ в динамике в течение 2 месяцев диагноз гормонпродуцирующей кисты яичника был опровергнут, и заподозрена аденома шишковидного тела. В детском возрасте она протекает весьма своеобразно. Основным клиническим синдромом при этом является преждевременное половое созревание, в том числе ранняя макрогениетомия (несоответствующее возрасту увеличение наружных половых органов), и у девочек появляется менструация. Диагноз был подтвержден проф. М.К. Михайловым. Лечение проведено в онкологическом центре г. Москвы.

Специалисты, занимающиеся только УЗИ, не всегда имеют достаточный опыт для правильной трактовки полученных данных, поэтому овладение хирургом техникой УЗИ следует считать положительным моментом на пути совершенствования своего мастерства. Проведение УЗИ самим хирургом значительно улучшает качество диагностики, поскольку именно он, как никто другой, сможет правильно интерпретировать полученные данные и без промедления провести адекватное лечение.

УДК 617.576—001.6—089

И.Е. Микусев, Р.И. Муллин, Г.И. Микусев (Казань). Закрытые вывихи пястных костей кисти и их лечение

В связи с особенностями анатомического строения пястно-запястных суставов — небольшим объемом движений в них, прочным связочным соединением между основаниями пястных костей и дистальным рядом костей запястья — чистые вывихи пястных костей наблюдаются редко. Чаше они сопровождаются внутрисуставными переломами оснований пястных костей или даже костей дистального ряда запястья с нарушением правильного соотношения костей, формирующих пястно-запястные суставы.

Клиника при свежих вывихах (и переломах) пястных костей очень характерна: выраженный отек тканей, гематома, деформация поперечного и продольного сводов кисти, укорочение пястья по сравнению со здоровой



Рис. 1.

кистью с ограничением функции пальцев. Окончательный диагноз устанавливается при рентгенографии кисти в обычных проекциях. Лечение начинается с закрытого вправления под внутривенным местным обезболиванием 2% раствором новокаина, проводниковым или общим обезболиванием. Ассистент осуществляет противотягу за область локтевого сустава при сгибании предплечья под прямым углом, а хирург-травматолог при постоянном вытяжении за кисть и пальцы, давлением на костный выступ на уровне пястно-запястного сустава с тыла в ладонном направлении вправляет основания смещенных 2, 3, 4, 5-й пястных костей в свое ложе. При наличии переломовывиха основания пястных костей при этой манипуляции происходит и репозиция костных фрагментов. Иммобилизацию следует осуществлять ладонной гипсовой лонгетой от средней трети предплечья до головок (уровень дистальной ладонной складки) пястных костей в положении разгибания кисти под углом 150—160° сроком на 6 недель.

Однако, как показывают наши наблюдения (39 больных), даже после удачного вправления вывихов пястных костей очень часто врачи-хирурги и травматологи иммобилизацию гипсовой лонгетой осуществляют неправильно и сроком только до 3—4 недели. Такая тактика, как правило, приводит к подвывиху (смещению) пястных костей к тылу. Из-за смещения их оснований в последующем наступает ограничение функции пальцев кисти: боли при физической работе, ослабление силы кисти и быстрая утомляемость. С учетом возможного смещения вправленных пястных костей к тылу мы считаем более рациональным и эффективным чрескостную стабильную фиксацию пястных костей спицами Киршнера.

При изолированном вывихе одной—двух (чаще 4 и 5-й) пястных костей производим чрескостную фиксацию одной спицей. При этом спицу из 5-й пястной кости проводим под углом 40—50° к продольной оси пястных костей по направлению к крючковатой или головчатой кости. При изолированном вывихе 2 или 3-й пястной кости (или же сразу обеих) выполняем подобную чрескостную фиксацию спицей под углом из 2-й пястной кости по направлению к головчатой кости. При вывихе трех или четырех пястных костей осуществляем чрескостную фиксацию двумя (иногда тремя) спицами из 2 и 5-й пястной ко-



Рис. 2.



Рис. 3.

стей под углом по направлению к головчатой кости. Спицы могут фиксировать и межзапястные суставы. После чрескостной фиксации вправленных пястных костей спицами на первые 7—10 дней накладываем ладонную лонгету до головок пястных костей в функциональном положении кисти в лучезапястном суставе и воздействуем на плечо и предплечье токами Бернара (N 6—8).

Г., 29 лет, обратился в приемное отделение НИЦТ "ВТО" 24.11.96 г. после падения на лестнице и сильного удара с упором на локтевой край правой кисти. При клинико-рентгенологическом обследовании установлен редкий случай изолированного вывиха четырех пястных костей (рис. 1). Под местной анестезией 2% раствором новокаина вывих был вправлен, и наложена ладонная гипсовая лонгета (без разгибания кисти и упора на область головок пястных костей!). На контрольных рентгенограммах после вправления выявлен подвывих 2—3—4—5-й пястных костей (рис. 2). Однако больной от повторного вправления подвывиха и госпитализации отказался. Через неделю из-за усилившихся болей в области кисти лонгета была снята, и рентгенограммы показали полный (повторный!) вывих 2—3—4—5-й пястных



Рис. 4.

костей (рис. 3). Под внутривенной анестезией 2% раствором новокаина вывих пястных костей был вправлен и произведена чрескостная чрескостная фиксация двумя спицами сроком на 6 недель (рис. 4). Осмотрен через год, функция правой кисти полная, жалоб не предъявляет.