

Электроподографическое исследование незначительно отклоняется от нормы без нарушения переката. При определении 3-х составляющих реакций стопы при ходьбе характер кривых четко выражен.

При удовлетворительном исходе лечения больные жаловались на утомляемость, незначительные боли при длительной нагрузке, омозолелости на подошве, наличие небольшой деформации и ограничение движений в пальцах. Клинически отмечается незначительная деформация стопы без нарушения ее функции. Пятка занимает положение: супинация от 0 до 10° и пронация от 5 до 15°. Больные не могут ходить в стандартной обуви, поэтому часто пользуются обувью с ортопедическими стельками. Плантографическое исследование показывает приведение переднего или заднего отделов, снижение или усиление свода стопы. На рентгенограмме выявляется значительное отставание роста скелета стопы, усиление или снижение ее свода (от 9 до 20 % от нормы), резкое снижение (до 0°) или увеличение пяточного угла к горизонтальной плоскости (до 30°). Развиваются дегенеративные изменения суставного хряща различного характера, типа деформирующего артроза. При этом блок таранной кости резко деформирован, уплощено его тело, головка и шейка слиты и укорочены. Ладьевидная кость приобретает форму клина, в размере уменьшена. Расширены межсуставные щели, деформированы суставные поверхности, увеличены эпифизарные концы плюсневых костей, истончены и укорочены диафизы плюсневых костей. На ихнограмме укорачивается длина шага, а ширина шага остается без изменений. Угол разворота приближается к 1°. Электроподографическое исследование показывает, что опора осуществляется одновременно на пятку и на головки 1-й и 5-й плюсневых костей, незначительно удлиняются фазы опоры, фазы переката, а также фазы шага. Три составляющие реакции опоры при ходьбе показывают умеренное снижение кривых, четкую выраженность переднего или заднего толчков.

Неудовлетворительный результат характеризовался наличием жалоб на постоянные боли при ходьбе, хромоту, невозможность движений в голеностопном суставе и суставах стопы. Клинически отмечали отдельные или все компоненты косолапости, требующие ортопедической коррекции. Пятка при этом находилась в положении супинации более 10° или пронации более 15° и занимала положение подошвенного сгибания. Продольный свод был незначительно снижен, и имелась плосковальгусная деформация или был усилен до образования полой стопы при выраженности подошвенного сгибания. При этом наблюдались множественные деформации пальцев стопы, тяжелая атрофия мышц голени и недоразвитие всей стопы. Больные всегда вынуждены пользоваться ортопедической обувью. Плантографическое исследование показывает одномоментное приведение или отведение переднего или заднего отделов стопы и усиление или отсутствие ее свода. На рентгенограмме наблюдали резкую деформацию костей стопы, отставание ее роста, отсутствие свода стопы или его усиление (более 20 %) От 0° до отрицательного значения приобретает пяточный угол. Наблюдаются тяжелые дегенеративные изменения суставного хряща типа деформирующего артроза, бесформенные деформации таранной и ладьевидной костей, деформации суставных поверхностей и подвывихи плюсневых костей или их фаланг, а также молоткообразные деформации пальцев стопы. На ихнограмме отмечается укорочение длина шага (более 50 %), а ширина его остается неизменной. Угол разворота приближается к отрицательным значениям.

Электроподографическое исследование показывает, что соответствует опора отдельных частей стопы, перекат осуществляется через наружный или внутренний край стопы. Удлиняется фаза опоры, фаза шага и двухопорный период, укорачивается переносный период. Три составляющие реакции опоры при ходьбе указывают на снижение кривых, значительное снижение всех составляющих реакций опоры при ходьбе.

Таким образом, исследование методов клинического, рентгенологического, биомеханического контроля за результатами позволяет провести комплексную оценку оперативного лечения врожденной косолапости.

Комплексное исследование стопы после хирургического лечения врожденной косолапости в отдаленные сроки не только позволяет объективно оценить результаты, но и делает их сопоставимыми.

Такое сопоставление способствует выявлению анатомических и функциональных нарушений, которые проявляются в той или иной форме, что дает возможность выбрать метод коррекции выявленных деформаций путем консервативного или оперативного лечения.

П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, О.Н. Тарасов

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ И РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Курский государственный медицинский университет (Курск)

Цель: поделиться опытом хирургического лечения больных с интраоперационными повреждениями внепеченочных желчных путей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением с 1985 по 2010 гг. находилось 15 пациентов с механической травмой желчных протоков. Женщин — 12, мужчин — 3; возраст от 22 до 72 лет. Травма внепеченочных желчных путей произошла при хирургическом лечении: желчнокаменной болезни, острого холецистита — 6, желчнокаменной болезни, хронического холецистита — 7, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией в головку поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку — 2. Традиционная холецистэктомия выполнена — 8, лапароскопическая холецистэктомия — 5, резекция желудка — 2 пациентам.

В своей работе мы пользовались классификацией Н. Bismuth (1982), согласно которой первый тип повреждения установлен у 4 больных, второй — у 6, третий — у 3 и четвертый — у 2 пациентов.

Первоначально мы отдавали предпочтение формированию билиодигестивных анастомозов на сменных каркасных дренажах по Прадери-Смитту, а с появлением современного шовного материала, с использованием прецизионной техники дренажи используем с целью декомпрессии гепатикоюноанастомозов в ближайшем послеоперационном периоде. При формировании анастомозов использовалась петля кишки, мобилизованная по Ру.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех больных удалось достичь надежной герметизации анастомозов. Подтекание желчи по дренажам не наблюдалось. Страхочные дренажи удаляли на 4–6-е сутки. У 3 пациентов, которым гепатикоюноанастомоз накладывался по Прадери-Смитту, на 12–14-е сутки после операции дренаж закольцовывался путем соединения наружных концов друг с другом. Через 2–2,5 месяца дренаж менялся на более тонкий. У больных, которым дренирование протоков осуществляли с целью их декомпрессии в раннем послеоперационном периоде, дренажи удаляли на 21-е сутки после операции.

Отдаленные результаты прослежены у 9 больных в сроки от 1 до 12 лет. Критерием хорошей оценки отдаленных результатов считали отсутствие холангита, желтухи, билиарной гипертензии. У одного больного, которому был восстановлен общий желчный проток сшиванием его конец в конец, через год наступил стеноз этого участка и ему был наложен с хорошими отдаленными результатами холедохоюноанастомоз. Одна больная с гепатикоюноанастомозом была оперирована через 2 года в связи с тем, что на лигатуре образовался конкремент, вызвавший сужение соустья. Доступом через Ру петлю была удалена лигатура с конкрементом. У одной больной с бигепатикоюноанастомозом через 5 месяцев наступил стеноз соустья, ей было выполнено транспеченочное бужирование анастомоза. В настоящее время больная чувствует себя хорошо. Остальные 6 больных с гепатикоюноанастомозами чувствуют себя хорошо.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, гепатикоюноанастомоз, выполненный с использованием современного шовного материала и прецизионной техники, дает стабильно хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Е.В. Намоконов, А.М. Мироманов, М.Н. Лазуткин

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИМЕТИЛСЕЛЕНИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Читинская государственная медицинская академия (Чита)
ОАО РЖД Дорожная клиническая больница (Чита)*

Цель исследования — улучшить результаты лечения ран мягких тканей путем использования для местного лечения антиоксидантной лекарственной композиции на основе селена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для повышения эффективности лечения путем стимуляции репаративных процессов в ране мы для местного лечения использовали лекарственную композицию — диметилселенит (патент РФ № 2369395, 2009). Основным антиоксидантным ингредиентом в предлагаемой лекарственной композиции является селенит натрия, который, активируя глутатионпероксидазу, регулирует перекисный гемостаз. Диметилсульфоксид используют в качестве, как бактерицидного компонента, так и в качестве стабилизатора и дипольного носителя, способствующего проникновению селенита натрия через биологические мембраны вглубь тканей. Дистиллированная вода является растворителем селенита натрия.