и тяжелой степени — органический характер. Наиболее тяжелое клиническое течение наблюдается при сочетанном характере патологических синдромов.

Анализ клинических наблюдений свидетельствует, что преимущественно постгастрорезекционные и постваготомические синдромы обусловлены техническими особенностями выполненных оперативных вмешательств, нарушением основных технических правил. В ряде случаев болезни «оперированного желудка» развиваются независимо от ранее перенесенной операции или в связи с созданием предпосылок для их развития и прогрессирования. Это, прежде всего, такие заболевания как грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с рефлюкс-эзофагитом, хроническое нарушение дуоденальной проходимости, рефлюкс-гастрит, желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит, дивертикулы двенадцатиперстной кишки и др. У пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести болезней «оперированного желудка» неизбежно возникает необходимость реконструктивной операции. Успех ее зависит от целенаправленного комплексного обследования больного с использованием современных диагностических возможностей для уточнения всех морфофункциональных нарушений. Повторные оперативные вмешательства сопряжены с техническими трудностями хирургического доступа и ориентации в брюшной полости из-за наличия спаечного процесса различной степени выраженности. Высок риск развития гнойно-септических осложнений, обусловленных наличием инфильтратов, «дремлющей» инфекции. Операции носят высшую степень сложности, травматичны. Наиболее часто выполняются реконструктивные резекции различными способами в зависимости от конкретной ситуации. При сочетанных патологических синдромах выполняются комбинированные, а в отдельных случаях симультанные оперативные вмешательства.

Изложенные основные принципы хирургического лечения больных с болезнями «оперированного желудка» базируются на опыте лечения 550 больных с постгастрорезекционными и 257 с постваготомическими синдромами. Изучение непосредственных и отдаленных результатов свидетельствует, что индивидуализированный выбор вариантов хирургического лечения, основанный на тщательном анализе клинических, диагностических и интраоперационных данных, позволяет в преобладающем большинстве случаев добиться полной социально-трудовой реабилитации больных с болезнями «оперированного желудка».

А.П. Михайлов, А.М. Данилов, Е.В. Рыбакова, А.Н. Напалков

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ РАНЕНИЙ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ

*Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет (Санкт-Петербург)
Елизаветинская больница (Санкт-Петербург)*

Вопросы хирургической тактики при сочетании ранений ягодичной области с ранениями других локализаций недостаточно освещены в отечественной и зарубежной литературе. При этом могут наблюдаться опасные для жизни повреждения внутренних органов брюшной полости и таза. Наибольшую сложность в этих случаях представляет уточнение показаний и выбор очередности выполнения оперативных вмешательств, их объем и характер.

Проанализированы результаты лечения 126 пациентов с ранениями ягодичной области, находившихся в хирургических отделениях Елизаветинской больницы с 1992 по 2005 гг. Возраст больных составил от 17 до 79 лет. Колото-резаные ранения отмечены у 97 (77,0 %); огнестрельные — у 11 (8,7 %), рвано-ушибленные — у 10 (7,9 %); резаные — у 7 (5,6 %), укушенные — у одного пациента (0,8 %). Сочетанная травма ягодичной области наблюдалась у 54 пациентов (42,9 %). При этом имелись проникающие ранения грудной и брюшной полостей, повреждения мягких тканей бедра, плеча, предплечья, брюшной и грудной стенок. В состоянии шока были доставлены 30 пострадавших (23,8 %), тяжесть шока зависела как от характера повреждений непосредственно ягодичной области, так и от наличия ранений других локализаций.

При анализе больные с сочетанными ранениями ягодичной области были разделены на 3 группы.

У больных первой группы 34 (62,9 %) из больных этой группы ранения мягких тканей ягодичной области сочетались с колото-резаными повреждениями мягких тканей других локализаций (48 ранений), также потребовавших первичной хирургической обработки раны соответствующей локализации.

Ко второй группе отнесены 10 больных (18,5 %) с множественными ранениями, включавшими ранения мягких тканей ягодичной области. В отличие от первой группы, тяжесть их состояния была обусловлена ранениями других локализаций. Проникающие ранения брюшной полости отмечены у 6 больных, торакоабдоминальные ранения наблюдались в 2 случаях, колото-резаное ранение бедра с повреждением поверхностной бедренной артерии — у 1 пациента, проникающее ранение шеи с повреждением глотки — у 1 больного. ПХО ран ягодичной области выполнялась после завершения полостной операции.

3-я группа представлена 10 больными (18,5 %) с ранениями ягодичной области, проникающими в брюшную полость или с массивным кровотечением из раны ягодичной области, потребовавшим перевязки

внутренней подвздошной артерии (5 больных) и повреждениями (в большинстве — ранениями мягких тканей) других локализаций. В этой группе больных в первую очередь выполнялись операции, связанные с ранением ягодичной области, после завершения операции — первичная хирургическая обработка ран мягких тканей других локализаций. По поводу проникающих ранений ягодичной области выполнены следующие операции: выключение прямой кишки по Гартману — 4, сигмостомия — 2, ушивание раны подвздошной кишки — 1, эпицистостомия — 1, перевязка внутренней подвздошной вены — 2, перевязка внутренней подвздошной артерии — 3, ревизия околопузырной клетчатки — 1, тампонирование клетчатки таза — 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при наличии сочетания ранений ягодичной и других областей необходимо осуществление диагностических мероприятий для уточнения патоморфологических изменений в поврежденной анатомической зоне, что позволяет определить последовательность, объем и характер хирургических мероприятий.

А.А. Мухамадеев, И.А. Норкин, К.А. Петрова

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ВЗРОСЛЫХ

Саратовский НИИ травматологии и ортопедии (Саратов)

ВВЕДЕНИЕ

Врожденная косолапость по данным литературы составляет 3 — 5 % (Исмаилов Г.Р., 2000). Проведенные исследования показывают, что лечение врожденной косолапости у взрослых больных сопровождаются большим количеством осложнений и неудовлетворительных исходов от 41 до 70 % наблюдений (Исмаилов Г.Р., 2000; Малахов О.А., 2005).

В литературе нет единого мнения об оценке результатов оперативного лечения врожденной косолапости. Ряд авторов считают результаты неудовлетворительными, если имелся рецидив двух элементов косолапости, удовлетворительными, если сохранялась незначительная деформация в виде рецидива одного элемента косолапости (Бейдик О.В., 1999; Баталов О.А., 2001). По мнению П.Ф. Мороза (2001), если возникала какая-либо деформация стоп после оперативного лечения врожденной косолапости, то нельзя принимать такой исход лечения за удовлетворительный. Road P., Krause R. (2005) считают рецидив одного элемента косолапости неудовлетворительным результатом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С целью выработки схемы оценки результатов хирургического лечения врожденной косолапости мы провели исследования стоп с применением клинических, функциональных, антропометрических, рентгенологических и биомеханических методов в отдаленных (от 5 до 20 лет) сроки у 88 больных (116 стоп). Для определения степени восстановления анатомо-функционального состояния оперированных стоп изучили 35 здоровых стоп этой же группы больных при односторонней косолапости и 15 — при двухсторонней деформации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исходы лечения оценивали по 3-балльной системе: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный.

Хорошим считались результаты лечения в том случае, если у больных отсутствовали жалобы на усталость и боли, которые возникали ранее при длительной ходьбе. При этом все компоненты косолапости были устранены, пятка занимала среднее положение, свод стопы нормальный. Обследуемый мог самостоятельно удерживать стопу в положении тыльной флексии. Деформаций пальцев нет, движения их сохранены, объем движений в голеностопном суставе более 15°, отведение и приведение, пронация и супинация более 10°. Они успешно пользуются обычной обувью. Плантографическое исследование показывает нормальные отпечатки подошвы.

На рентгенограмме определялся состоявшийся анкилоз в таранно-пяточном, таранно-ладьевидном и пяточно-кубовидном суставах. Отмечались незначительные изменения угловых и линейных параметров (по сравнению с нормой), выразившиеся в незначительном снижении или увеличении внутреннего свода, а также уменьшении расстояния между головками 1-й и 5-й плюсневых костей от возрастных норм (до 9 %). Нижние контуры ладьевидной кости приобретали клиновидную форму. Форма таранной кости была изменена, уплощен ее блок, шейка укорочена. Ихнографическое исследование показывает нормальную ширину, длину шага и угла разворота.