

Основными этиологическими факторами острого панкреатита у лиц призывного возраста являлись злоупотребление алкоголем (у 82%), травма поджелудочной железы (у 16%), желчно-каменная болезнь (у 2%). В отдаленном периоде острой атаки панкреатита у части больных развиваются осложнения с образованием жидкостных структур - ложных кист, у других в патологический процесс вовлекается протоковая система и происходит индурация ткани железы, т.е. заболевание переходит в хроническую стадию.

С 1986 по 2002 г. в клинике хирургии №1 КГМУ было выполнено 32 оперативных вмешательства больным призывного возраста по поводу кист поджелудочной железы и хронического панкреатита (см. табл.).

Оперативные вмешательства, выполненные у больных призывного возраста с кистами поджелудочной железы и хроническим панкреатитом

Виды операций	Число больных, абс./%
Наружное дренирование кист ПЖ	10/31,2
Чрескожные дренирующие вмешательства	10/31,2
Цистоеюностомия	5/15,6
Цистогастростомия	2/6,3
Дистальная резекция ПЖ	2/6,3
Продольная панкреатоеюностомия по Пьюстау	3/9,4
Всего	32/100

До освоения методики малоинвазивных вмешательств 10 больным с незрелыми инфицированными кистами поджелудочной железы было выполнено наружное дренирование кисты. Чрескожное дренирование кисты ПЖ под ультразвуковым наведением было произведено 10 больным с ложными кистами поджелудочной железы, не сообщающимися с протоковой системой. Вмешательства проводили в специально оборудованной операционной с помощью оригинальных инструментов «ООО МИТ» г. Железнодорожный Московской области. Ультразвуковое наведение осуществлялось в режиме «свободной руки» при помощи аппарата Philips HDI 5000 ATL. Дренировали по методикам стилет-катетер и Сельдингеру. Внутреннее дренирование было выполнено 7 больным с ложными кистами ПЖ, имеющими связь с протоковой системой (5 - цистоеюностомия, 2 - цистогастростомия). Предпочтение отдавалось цистоеюностомии на выключенной петле тощей кишки по Ру, так как этот метод обеспечивает хорошее дренирование полости кисты, предотвращает забрасывание кишечного содержимого и тем самым исключает инфицирование кист и рецидивы заболевания. Выраженный фиброзо-склеротический процесс тела и хвоста ПЖ (у 2) потребовал дистальной резекции ПЖ, хронический индуративный панкреатит с поражением протоковой системы в виде деформации и дилатации вирсунгова протока - продольной панкреатоеюностомии по Пьюстау. Для профилактики панкреатических свищей и несостоятельности панкреатоеюноанастомоза применялось раневое

покрытие зоны резекции и швов анастомоза препаратом "ТахоКомб".

Благодаря комплексной программе предоперационной подготовки, использованию современных диагностических и лечебных технологий удалось получить хорошие и удовлетворительные результаты у 91,2% больных призывного возраста с хроническими заболеваниями ПЖ.

УДК 617. 578 - 006.327 - 089.844

И.Е. Микусев, Р.Ф. Хабибуллин, Г.И. Микусев (Казань). Фиброма основной фаланги пальца кисти

Соединительнотканые опухоли описаны давно и возникают в любом участке тела, где имеется соединительная ткань. До настоящего времени нет единого мнения о возможности развития внутрикостных фибром, которые многие авторы считают разновидностью фиброзной дисплазии. В отечественной литературе имеются единичные описания случаев поражения фибромой длинных трубчатых костей скелета, клиника же фибромы костей кисти вообще не представлена. В связи с исключительной редкостью данной патологии мы считаем необходимым изложить суть нашего клинического наблюдения.

М., поступил на стационарное лечение в отделение кисти НИЦТ "ВТО" 10.01.03 г. Из анамнеза выявлено, что 2 года назад больной впервые обнаружил уплотнение основной фаланги V пальца левой кисти, которое постепенно увеличивалось. Спустя полтора года появились боли ноющего характера, усиливавшиеся после физической нагрузки. В ноябре 2002 г. больной был направлен на консультацию в Республиканский онкологический центр с подозрением на саркому основной фаланги V пальца левой кисти. 19.11.02 г. после клинико-рентгенологического обследования и биопсии онкологом был поставлен диагноз гигантоклеточной опухоли основной фаланги V пальца левой кисти. Пациенту была предложена ампутация V луча левой кисти на уровне головки пястной кости, от которой больной отказался. После этого его направили на консультацию в отделение кисти НИЦТ "ВТО" с указанным выше диагнозом и заключением онколога о нецелесообразности органосохраняющей операции.

При поступлении во время осмотра определялись утолщение, уплотнение, припухлость основной фаланги V пальца левой кисти, диаметр которой был больше на 1,2 см, чем на здоровой стороне. В то же время кожа на протяжении пораженной фаланги подвижна, эластична, обычной окраски, не спаяна с костной структурой. Объем движений во всех суставах пальца не ограничен, чувствительность и кровоснабжение не нарушены. На рентгенограмме (рис.1) определяется изменение формы и структуры основной фаланги V пальца левой кисти, где костномозговой канал не прослеживается: у основания фаланги строение мелкоячеистое, дистальнее - крупноячеистое; кортикальная пластинка резко истончена, внутренняя поверхность его неровная. Деформация более выражена в проксимальной части фаланги до средней трети диафиза с вовлечением в патологический процесс суставной поверхности



Рис. 1.



Рис. 3. Окраска гематоксилин-эозином. S 10.



Рис. 2.

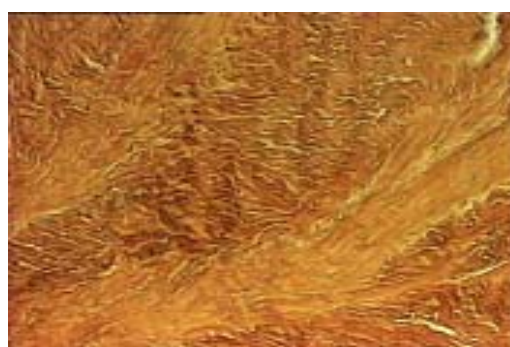


Рис. 4. Окраска Ван-гизон. S 10.

основания фаланги, тогда как головка сохраняет свою форму и структуру кости.

После клинко-рентгенологического обследования был поставлен предварительный диагноз — энхондрома основной фаланги V пальца левой кисти. 14.01.03 г. произведена сегментарная резекция основной фаланги V пальца левой кисти с замещением дефекта костным аллотрансплантатом. Интраоперационно выявлено, что надкостница крайне истончена, спаяна с кортикальным слоем серой окраски, также истонченным. Краевая резекция кортикального слоя показала, что костномозговой канал не дифференцируется, полость занята патологической тканью, белой окраски с серым оттенком плотноэластической консистенции, напоминающей рыбье мясо. В процесс вовлечен проксимальный эпифиз основной фаланги с нарушением целостности суставной поверхности. С учетом характера поражения произведена сегментарная резекция с сохранением интактной головки основной фаланги. Образовавшийся дефект восполнен костным аллотрансплантатом, уложенным кортикальной стороной к сухожилиям сгибателей. Дистальный конец трансплантата внедрен в сохраненную головку основной фаланги, проксимальный конец трансплантата отмоделирован по головке V пястной кости. Произведена фиксация спицами (рис. 2). Рану наложены швы, асептическая повязка и гипсовая лонгета.

Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением.



Рис. 5.

Заключение гистологического исследования от 16.01.03 г. - фиброма основной фаланги V пальца левой кисти (рис. 3, 4).

При клинко-рентгенологическом обследовании, произведенном через год после операции (рис. 5), рецидив заболевания не выявлен. У пациента жалоб нет, результатом операции доволен. Такой исход свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода и применения органосберегающей тактики при лечении больных с костными опухолями кисти.