

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При помощи критерия Кохрена была выявлена неоднородность варьирования дисперсий геодезических дистанций по каждой из выбранных точек в различной друг от друга степени. При этом, сравнив дисперсии полученных геодезических дистанций с помощью метода множественных сравнений Шефе для каждой из точек, мы выяснили, что поверхность крестца наиболее изменчива в области верхушки, где значения дисперсий были достоверно выше значений дисперсий других точек. Было получено, что, при уровне значимости 0,05, значения дисперсий геодезических дистанций точек 54 – 63 больше, чем дисперсии точек 1 – 53. Это можно интерпретировать как большую вариабельность поверхности

На поверхности крестца можно выявить достаточно четко связанные между собой корреляционно области, которые при этом достаточно независимы между собой. Это, прежде всего, область основания крестца, область верхушки крестца, область срединного гребня и суставных отростков S_1 . А также две области, которые находятся в достаточно сильных корреляционных связях между собой и с областью основания крестца – области ушковидных поверхностей.

ВЫВОДЫ

Различные области поверхности крестца человека изменчивы в различной степени, причем, изменчивость некоторых из них корреляционно зависит от изменчивости других областей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В дальнейшем мы планируем продолжить исследования в данной области, что обещает быть перспективным, поскольку позволяет описать поверхность не только крестца человека, но и любого другого анатомического объекта.

А.В. Ерусалимцев, С.М. Кузнецов, Д.А. Шмаков

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МИНИИНВАЗИВНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Достижения современной эндохирургии дают возможность выполнять миниинвазивные вмешательства при достаточно серьезных повреждениях коленного сустава. Чаще всего в своей практике мы встречались с повреждением передней крестообразной связки и внутрисуставных переломах коленного сустава.

Цель исследования: оценить возможности лечебной артроскопии при внутрисуставных переломах и восстановлении связочного аппарата коленного сустава.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ исходов артроскопических вмешательств при внутрисуставных переломах коленного сустава и восстановления передней крестообразной связки за последние 5 лет. За этот период выполнено 37 эндоскопических аллопластик передней крестообразной связки коленного сустава и 12 репозиций внутрисуставных переломов с последующей стабилизацией отломков аппаратом внешней фиксации или компрессирующими винтами. Средний возраст пациентов составил 22,4 года. Преобладали мужчины. Причиной повреждения связочного аппарата в 86,4 % случаев была спортивная травма, в 12,3 % – автодорожная травма и бытовая травма – 1,3 %. При переломах, соответственно 67,8 % – автодорожная травма, 20,3 % – бытовая травма и неорганизованная спортивная травма – 11,9 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Восстановление передней крестообразной связки выполнялось, как правило, под внутривенным наркозом, реже под спинномозговой анестезией. Для пластики применяли лавсановый аллотрансплантат, изготовленный во Франции. Во всех случаях операция выполнялась по традиционной технологии без каких-либо осложнений. При внутрисуставных переломах первым этапом выполняли диагностическую артроскопию, оценивали характер повреждения, возможность репозиции отломков. Выполняли репозицию отломков при помощи их перемещения одномоментно за счет внесуставного перемещения их при помощи крючков, импакторов до достижения хорошей конгруэнтности сустава под контролем артроскопа. Отломки фиксировали компрессирующими шурупами и в 3 наблюдениях – аппаратом внешней фиксации. При проведении оперативного пособия осложнений не было. В послеоперационном периоде были отмечены признаки синовита в 4 наблюдениях, нагноение сустава было в одном наблюдении. Сосудистые осложнения в виде флеботромбоза были в трех наблюдениях. Средний койко-день при этом составил 7,8.

Миниинвазивные реконструктивно-восстановительные операции на коленном суставе, дают возможность выполнить восстановление связочного аппарата и адекватно выполнить репозицию внутрисуставных переломов. При этом в послеоперационном периоде могут быть воспалительные процессы в суставе и сосудистые осложнения. Важную роль играет раннее выявление осложнения и своевременная его санация. Это позволит не только восстановить функцию сустава, но и вернуться пациенту к активному занятию спортом и физической нагрузкой.

Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ПРИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ И ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения «трудных» пилородуоденальных и дуоденальных язв.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 102 больных с низкорасположенными пилородуоденальными — 56 (54,5 %), дуоденальными — 42 (41,3 %) и сочетанными — 4 язвами (4,2 %). Мужчин было — 72 (70,1 %), женщин — 30 (29,9 %). При эндоскопическом исследовании выявлены язвы до 3 см у 46 (45,4 %), до 4 см — у 20 (19,7 %), до 5 см — у 16 (15,2 %), более 5 см — у 8 пациентов (8 %). У 12 больных (11,7 %) размер язвы не превышал 2 см, и они локализовались за луковицей двенадцатиперстной кишки. Язвы отличались большими размерами, чаще неправильной (не круглой) формы, с подрытыми краями, распространенным воспалительным валом вокруг язвы, особенно в двенадцатиперстной кишке, с фибринозным налетом. По результатам морфологического исследования у 7 наблюдаемых (6,9 %) обнаружена дисплазия высокой степени, у 4 (4,4 %) — атипичные клетки. Кровотечение встречалось у 52 больных (51 %), из них у 28 (27,7 %) отмечались сочетанные осложнения (кровотечение и пенетрация, кровотечение и перфорация, рубцовый стеноз). Степень кровопотери определяли по интегральному показателю определения тяжести кровопотери: I степень — 27 (26 %), II степень — 20 (20,4 %), III степень — 43 (42,1 %), IV степень — 12 (11,9 %). Перфорация язв встретилась у 39 (38,5 %), из них у 14 (13,8 %) она сочеталась с пенетрацией и кровотечением. Операцией выбора была резекция желудка — 73 (71,4 %) больных. У 16 (22,3 %) выполнена резекция желудка по Бильрот II — Витебскому, у 57 (77,7 %) по Бальфуру. Паллиативные операции выполнены у 29 (28,4 %) пациентов: ушивание перфоративной язвы у 16 (55,6 %), иссечение язвы с пилоропластикой у 7 (24,1 %), прошивание кровоточащего сосуда с перевязкой левой желудочной артерии у 2-х (6,7 %), резекция желудка для выключения язвы по Финстереру у 4 (13,7 %). В группе больных, оперированных по Бильрот II — Бальфуру, осложнений не отмечено.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Причиной смерти после резекции желудка были: инфаркт миокарда — 1 (0,9 %), панкреонекроз — 2 (1,9 %), несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки — 2 (1,9 %), разлитой гнойный перитонит — 1 (0,9 %). Общая послеоперационная летальность составила 2,9 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, клиническое течение низкорасположенных пилородуоденальных и дуоденальных язв отличается развитием тяжелых сочетанных осложнений, что создает определенные трудности в выборе хирургической тактики и адекватного объема операции. Операцией выбора считаем резекцию желудка по Бильрот II — Бальфуру. Выполнение паллиативных хирургических вмешательств является вынужденной мерой, направленной на стабилизацию состояния больных в критической ситуации.

А.Н. Захватов, В.Ю. Сафонов

ОЦЕНКА ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТАВА СИНОВИИ ПРИ ВНУТРИСУСТАВНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

МГУ им. Н.П. Огарева (Саранск)

Цель исследования: изучить цитологический состав синовиальной жидкости при посттравматическом артрите на фоне внутрисуставной озонотерапии.