

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), выражавшиеся 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.

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, ороговелости 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 удлинены 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 длины 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.