

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.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 64 больных с травматическими повреждениями коленного сустава, проходившие лечение в отделении травматологии Мордовской республиканской клинической больнице в период с 2008 по 2010 гг. В зависимости от проводимого лечения в послеоперационном периоде пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по характеру повреждения. Больным I группы ( $n = 34$ ) проводилось традиционное лечение. Больным II группы ( $n = 30$ ) в комплексе с традиционной терапией в послеоперационном периоде проводилась внутрисуставное введение озono-кислородной смеси через день в объеме 20 мл в концентрации озона на выходе из озонатора 5 мг/л. Курс лечения состоял из 5 инъекций. У пациентов этой группы оперативное вмешательство заканчивалась лаважом полости сустава стерильным озонированным раствором в концентрации 2 мг/л. В работе мы использовали озонатор «Медозонс универсал». Все пациенты давали письменное согласие на проведение лечебных процедур. Для изучения клеточного состава синовиальной жидкости проводилось методом световой микроскопии с окраской мазков по методу Романовского — Гимзе.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При цитологическом исследовании синовиальной жидкости у больных с посттравматическим артритом показатель цитоза составил  $4,46 \times 10^9$ /л. Отмечалось увеличение нейтрофилов до 31,45 %. Количество лимфоцитов уменьшалось до 33,11 %, гистиоцитов до 15,14 %. Отмечалось резкое снижение синовиальных клеток до 1,58 %. В синовии присутствовали диффузно расположенные эритроциты до 10,3 %, с признаками дегенеративных изменений. В препаратах определялось наличие тканевого детрита и гемосидерина. При традиционном лечении суставная жидкость характеризовалась незначительным снижением цитоза до  $3,83 \times 10^9$ /л. Анализ синовиоцитогаммы выявил увеличение лимфоцитов, содержание которых составляло 64,31 %. Количество нейтрофильных лейкоцитов составляло 18,61 %. Содержание синовиоцитов и гистиоцитов составило 2,21 и 10,58 % соответственно. При внутрисуставном введении озона в синовиоцитогамме наблюдался снижение цитоза до  $2,27 \times 10^9$ /л, нейтрофильных лейкоцитов до 13,23 %. Количество лимфоцитов составляло 54,17 %. Гистиоциты наблюдались до 17,16 %. К этому времени в мазках синовии обнаруживались синовиоциты до 8,39 %.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внутрисуставная озонотерапия, по сравнению с традиционным лечением оказывает более выраженное снижение гематологических клеточных элементов синовиоцитогаммы, отражающих воспалительный процесс в травмированном суставе и увеличение синовиоцитов, улучшающие протекторную функцию синовиальной жидкости и играющие важную роль в поддержании гомеостаза синовиальной среды сустава.

**И.В. Зедгенидзе**

## АРТРОСКОПИЯ ПРИ ПРОНАЦИОННО-АБДУКЦИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ЛЕЧЕНИЯ

*Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)*

Выполнено артроскопическое исследование голеностопного сустава у 48 пациентов с использованием артроскопа фирмы «Richard Wolf» диаметром 4 мм с углом обзора 30°.

Для введения артроскопа в полость сустава использовался передне-наружный доступ. Обследование заключалось в последовательном осмотре полости голеностопного сустава и начиналось с медиального отдела передней камеры последнего. Затем осматривались структуры, расположенные в латеральном отделе сустава (Rehm K.E. et al., 1983; Andrews J.R. et al., 1985). Для исследования задней камеры сустава использовалась ручная дистракция сустава или введение элеватора между суставной поверхностью таранной и большеберцовой кости. Кроме этого, на фоне повреждения костных и связочных структур сустав легко растягивался.

Обследовано 30 (62,5 %) мужчин и 18 (37,5 %) женщин. Повреждение правого голеностопного сустава имел 31 больной, а левого — 17.

В различных сочетаниях выявлены переломы лодыжек, заднего края большеберцовой кости, дистального межберцового синдесмоза и дельтовидной связки, трансхондральный перелом внутреннего края блока таранной кости

У большинства больных выявлен наружный, пронационный и верхний подвывих стопы, как правило, сопровождающие пронационно-абдукционный механизм повреждения голеностопного сустава.

Санационная артроскопия голеностопного сустава выполнена в течение первой недели после травмы у 28 (58,3 %) больных, в течение двух недель — 15 (31,2 %), и в срок более двух недель — 5 (10,4 %).