

Рентгенологическая оценка размеров костных тоннелей после оперативного лечения хронической передней нестабильности коленного сустава

	хорошая	удовлетворит.	неудовлетвор.	среднее значение
Основная группа	31 (8,2 ± 0,11 мм)	0	0	8,2 ± 0,11 мм
Контрольная группа	20 (8,94 ± 0,23 мм)	10 (10,26 ± 0,28 мм)	0	9,23 ± 0,59 мм
Достоверность различий	$p < 0,05$	$p < 0,05$	–	$p < 0,05$

При сравнении групп достоверные различия определяются у пациентов с хорошими результатами и при сравнении групп в целом.

В контрольной группе с «хорошим» результатом 20 пациентов, при этом резорбция костной ткани в тибиальном канале до 10 % от изначального диаметра в сагиттальной плоскости выявлена у 20 пациентов. «Удовлетворительную» рентгенологическую оценку получили 10 больных. У них определялась резорбция костной ткани с расширением тибиального костного тоннеля от 8 до 10,5 мм в сагиттальной и фронтальной плоскостях от 10 до 30 % изначального диаметра.

У 20 пациентов в контрольной группе отмечалась резорбция костных тоннелей.

Диаметр костного тоннеля в месте выхода эндопротеза при лечении с использованием прямых костных тоннелей через один год составил $9,23 \pm 0,59$ мм, при использовании дугообразных костных тоннелей $8,2 \pm 0,11$ мм ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют об отсутствии эффекта «стеклоочистителя» в основной группе больных.

Таким образом, при сравнительной оценке отдаленных результатов оперативного лечения хронической передней нестабильности коленного сустава с применением дугообразных костных тоннелей рентгенологически резорбция костной ткани в виде «эффекта стеклоочистителя» не определялась.

В контрольной группе при прямой форме костного канала резорбция костной ткани выявлена у 20 больных, из них развитие «эффекта стеклоочистителя» у 7 пациентов привело к неполному восстановлению функции коленного сустава.

Использование предложенного изобретения — перфоратора дугообразных каналов в кости — позволит снизить частоту развития рецидива нестабильности коленного сустава. Полученные хорошие результаты позволяют рекомендовать эндопротезирование крестообразных связок коленного сустава с применением дугообразных костных тоннелей для широкого внедрения в травматолого-ортопедическую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клименко Г.С. Диагностика и оперативное лечение свежих разрывов капсульно-связочного аппарата коленного сустава: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.С. Клименко. — М., 1992. — 18 с.
2. Кузнецов И.А. Диагностика и оперативное лечение свежих повреждений связочного аппарата коленного сустава: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.А. Кузнецов. — Л., 1990. — 24 с.
3. Никитин В.В. Клиника и хирургическая тактика при повреждениях капсульно-связочного аппарата коленного сустава: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Никитин. — Уфа, 1985. — 32 с.
4. Glousman R. Gore-Tex prosthetic ligament in ACL deficient knees / R. Glousman, C. Shields, R. Kerlan // Am. J. Sports Med. — 1988. — Vol. 16, N 4. — P. 321–326.
5. Gore W.L. Gore-Tex cruciate ligament prosthesis: 5 year clinical results / W.L. Gore. — Company Literature, 1989. — 467 с.

В.Е. Хитрихеев, Н.Х. Ханхараев, А.П. Перинов, В.П. Саганов, С.К. Хайрулина, А.В. Тыхеренова

РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Бурятский республиканский онкологический диспансер (Улан-Удэ)*

Хирургическое лечение очаговых поражений печени всегда представляло сложную для разрешения проблему. Недостаточно решенным вопросом резекции печени, в особенности обширной, является проблема адекватного гемостаза и холестаза. Известно, что резекция печени требует соблюдения двух взаимосвязанных условий — необходимости достижения адекватного отступления линии рассечения печеночной паренхимы от края очагового образования и постоянного контроля за кровотечением во

время операции. Ведущим фактором профилактики интраоперационных осложнений при операциях на печени служит совершенствование техники выполнения резекции. Несомненно, что применение современных технологий в хирургии печени способствует улучшению результатов хирургического лечения и качества жизни оперированных больных.

Нами разработан способ резекции печени с применением конструкций из сверхэластичного биосовместимого материала с памятью формы, защищенный патентом РФ (№ 2286103) и внедренный в клиническую практику.

Конструкции различных форм и размеров были изготовлены в НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы Сибирского физико-технического института при Томском государственном университете.

Методика оперативного вмешательства заключалась в следующем. После лапаротомии и определения объема резекции мобилизацию печени производили по общепринятой методике. На печень проксимальнее предполагаемой линии резекции накладывали одну из выбранных по размеру и форме конструкций, которая предварительно после стерилизации охлаждалась, при этом конструкция при нагревании сдавливала печеночную ткань, с определенным усилием, не повреждая ее, одновременно, сдавливая сосуды и желчные протоки. Накладывали турникетные швы, отступив от конструкции 1,5–2,5 см. После этого выполняли резекцию печени, при этом крупные сосуды и желчные протоки дополнительно клипировали и лигировали при необходимости. Конструкцию удаляли. Выполняли гепатизацию раневой поверхности печени, при необходимости к культе печени фиксировали прядь большого сальника. Операцию завершали дренированием брюшной полости.

Экспериментальная часть исследования выполнялась для определения объема кровопотери во время операции и для выяснения морфологических изменений со стороны ткани печени при наложении конструкции, в зависимости от времени ее нахождения. В результате данные морфологических исследований показали, что конструкция при сдавлении прекращает кровоток в дистальном изолированном участке печени, при этом в течение 30 минут не оказывает повреждающего действия непосредственно на подлежащую компрессии ткань печени.

Экспериментальными исследованиями было выявлено, что предлагаемая методика резекции печени приводит к снижению интраоперационной кровопотери до 37,6 % в отличие от традиционного метода. Ангиографические исследования показали, что конструкция прочно сдавливает печеночные сосуды и обеспечивает надежный гемостаз.

В Бурятском республиканском онкологическом диспансере оперативные вмешательства по данной методике были выполнены 37 пациентам по поводу доброкачественных и злокачественных очаговых новообразований печени. Мужчин было 11, женщин – 26. Средний возраст больных составил $54,8 \pm 3,9$ лет. Операции были выполнены по поводу гемангиомы – 12 больным; первичного рака печени – 8; кисты печени – 5; метастатического поражения печени – 9; хронического абсцесса печени – 2; фибромы печени у 1 больного. Атипичные резекции правой доли печени были выполнены в 23 случаях, левой доли – в 9-и случаях, левосторонняя гемигепатэктомия была выполнена в 5-и случаях.

Всем больным в дооперационном периоде выполнялись стандартизованные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. При определении показаний и подготовке к операции определяли степень поражения печеночной паренхимы и степень состояния важнейших функций печени, а также предполагаемый объем и тяжесть оперативного вмешательства. Помимо этого, учитывали состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, наличие других сопутствующих патологий. Вмешательства на левой доле печени выполняли, используя верхнесрединный доступ. Резекцию правой доли осуществляли, используя доступ Б.И. Альперовича. Операцию заканчивали дренированием подпеченочного и поддиафрагмального пространств. В послеоперационном периоде проводилась коррекция нарушений основных систем жизнеобеспечения, причем особое внимание уделяли профилактике острой печеночной недостаточности.

Осложнения различного характера в послеоперационном периоде развились в 6 случаях (17,1 %), из них реактивный плеврит в 3 случаях, обострение хронического гепатита – 1, печеночная недостаточность – 1, острая печеночно-почечная недостаточность – 1. Летальный исход в раннем послеоперационном периоде наступил в 1 случае (2,8 %), в результате развития острой печеночно-почечной недостаточности. Больной был оперирован по поводу рака правой доли печени на фоне цирроза.

Выживаемость больных прослежена в течение одного, трех и пяти лет после операции. При гемангиомах и кистах печени выживаемость в течение первого года составила 100 % и сохранялась на протяжении 3–5 лет, что определялось доброкачественностью образований. Выживаемость при раке печени составила 66,6 % в течение первого года. При метастазах печени больные не доживали до одного года.

Таким образом, полученные экспериментальные и клинические данные свидетельствуют о том, что резекция печени с применением конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы способствует уменьшению интраоперационных осложнений и улучшает непосредственные результаты оперативного лечения. Предлагаемый способ резекции печени может широко применяться в общехирургических лечебных учреждениях, так как является технически простым, доступным и не требует больших материальных затрат.