

Таблица 1

Распределение больных по формам парапроктита

Виды парапроктитов	Количество больных	%	Койко-день
Подкожно-подслизистый	376	55,1	3168
Ишиоректальный	224	32,8	3670
Пельвиоректальный	43	6,4	178
Подковообразный	20	2,9	336
Анаэробный	7	1,0	67
Ректовагинальной перегородки	4	0,6	78
Болезнь Фурнье	8	1,2	150
Всего	682	100	9295

га по поводу воспаления придатков матки. Отмечалось временное улучшение. Консультация проктолога: внешних изменений в параректальной области не выявлено, но при ректальном обследовании определялась сглаженность стенки прямой кишки, выбухание и инфильтрат, с трудом достижимый пальцем. Для уточнения диагноза под в/в наркозом мы делали пункцию образования под контролем пальца, введенного в прямую кишку. При получении гноя производили вскрытие и дренирование.

Из 110 мужчин с пельвиоректальным и ишиоректальным парапроктитом 30 обратились первоначально к урологу, им проводилось лечение острого простатита. При проведении противовоспалительного лечения наступило временное улучшение общего состояния, уменьшались боли, снизилась температура тела. Но в дальнейшем при распространении гноя по межмышечным пространствам, появлялись местные симптомы — боли в области прямой кишки, болезненный стул, слизь в кале, при прорыве гноя в просвет кишки — обильное гнойное отделяемое из кишки. При пальцевом обследовании, которое мы проводили под внутривенным наркозом из-за болевого синдрома, определялось выбухание стенки прямой кишки, слизистая над ним без складок, гладкая, горячая на ощупь, верхний полюс об-

разования обычно не достижим. Аноскопия и ректороманоскопия в таких случаях нами не проводится из-за опасности прорыва гноя и выраженного болевого синдрома. При всей этой картине высокого парапроктита местных воспалительных изменений в области промежности у всех 30 больных не было отмечено, что и затруднило диагностику. Для уточнения диагноза под внутривенным наркозом делали чрескожную пункцию гноя под контролем пальца, введенного в прямую кишку. При получении гнойного отделяемого, проводили вскрытие широким полукруглым разрезом, расширяли все карманы и затеки. Таким образом, высокие парапроктиты у женщин не редко диагностируются как tuboовариальные воспалительные образования, при этом для дифференциальной диагностики необходима консультация проктолога.

Высокие пельвиоректальные и ишиоректальные парапроктиты у мужчин могут в начале заболевания протекать под маской острого простатита. В таких случаях обязательно должна быть настороженность урологов в плане выявления острого парапроктита высокого уровня, консультация проктолога, осмотр прямой кишки и чрескожная пункция инфильтрата под наркозом в условиях стационара.

А.Д. Ли, Р.С. Баширов, А.В. Штейнле

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Военно-медицинский институт (Томск)

Среди разнообразных переломов пяточной кости по клинической значимости центральное место занимают компрессионные переломы. Традиционные методы лечения не всегда обеспечивают выздоровление пациента и часто ведут к инвалидности. Поэтому целью нашего исследования явилась разработка и внедрение в клиническую практику лечения переломов пяточной кости ме-

тодом чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 36 пациентов с переломами пяточной кости. Механизм травмы пяточной кости — падение с высоты с приземлением на область пяточной кости. Поэтому нередки и

двусторонние переломы. Клиническая картина проявлялась достаточно ярко — изменение конфигурации стопы за счет потери продольного свода, выраженная отечность, контуры ахиллова сухожилия сглажены. На рентгенограммах в боковой проекции определялось исчезновение заднего суставного угла (угол Беллера), который образуется пересечением двух линий, проходящих через три точки пяточной кости: пяточный бугор, задний суставной край и передний мыс. Образовавшийся угол составляет 25—40°. При компрессии пяточной кости этот угол резко уменьшался вплоть до нуля или отрицательного знака. Необходимо было произвести и аксиальный рентгеновский снимок для уточнения смещения отломков во второй плоскости — в сторону валгуса или варуса. Чаще смещение происходило в варусную сторону. При проведении спицы через пяточную кость этот симптом обязательно принимался во внимание.

Выбор обезболивания по показаниям. Конечность укладывали на специальную подставку для голени из деталей аппарата чрескостного остеосинтеза. Обработка операционного поля была обычная. На границе средней трети проводили одну спицу через обе кости во фронтальной плоскости. В дистальном метафизарном отделе проводили две спицы перекрестно. Спицы фиксировали на двух кольцевых опорах с натяжением. Кольца соединяются стяжными стержнями. Таким образом, создавали базовую опору. Далее необходимо было произвести ручную репозицию отломков. При компрессионном переломе пяточной кости увеличивается поперечный размер за счет оседания спонгиозной ткани в вертикальном направлении. Задача сводится к уменьшению поперечного смещения отломков. Технически это производили следующим образом: конечность сгибается в коленном суставе максимально. Хирург становится в каудальном направлении, двумя руками обхватывает стопу и тенарными отделами кисти с переплетенными пальцами со стороны подошвы сдавливает боковые поверхности пятки многократно и ритмично. Под руками можно ощущать хруст репозируемых костных отломков. Нога устанавливается в прежнее положение на подставке, и проводится спица через бугорковую часть пяточной кости. По боковой рентгенограмме следует выбрать наиболее целостный участок кости для проведения спицы. Спица проводится во фронтальной

плоскости, но с учетом смещения отломков аксиальной проекции, т.е. перпендикулярно смещенной оси пятки. Концы спиц фиксировали с натяжением на удлинённом полукольце с обращением сферы дуги к тылу или на дуге, специально изготовленной для этой цели (в комплекте деталей аппарата для операции на пятке лучше иметь специальную дугу, по радиусу соответствующую с используемым кольцевым опорам). Полукольцо соединяли с базовой опорой через пластинчатую приставку, систему кронштейнов и стержень со сплошной нарезкой. Закручиванием гаек развивали дистракционное усилие в направлении вектора, обратного смещению отломков, который проходит посередине между вертикальной и горизонтальной осями стопы. Таким образом, дуга приобретала наклонную позицию, примерно под углом 40—45°, относительно плоскости кольцевых опор. Тут же на операционном столе можно было отметить восстановление формы стопы — продольного свода, контуров ахиллова сухожилия. Производилась контрольная рентгенография. При необходимости дистракцию усиливали. Со 2-го дня после операции пациент становится на костыли. Осуществлялась ходьба с постепенным усилением нагрузки на конечность. Срок иммобилизации был 6—8 недель в зависимости от количества повреждений пяточной кости. После снятия аппарата больному необходимо было наложить гипсовую туфельку с хорошим моделированием свода стопы, носить которую следовало до исполнения заказа обуви с супинатором. При значительных раздробленных повреждениях суставных фасеток пяточной кости, несмотря на восстановление общей ее формы, в последующем иногда были жалобы на боли в стопе при ходьбе. В таких случаях мы проводили больному операцию открытого подтаранного компрессионного артродеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Во всех 36 случаях получены хорошие и отличные ближайшие и отдаленные результаты лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все вышеописанное позволяет нам рекомендовать широкое внедрение метода чрескостного остеосинтеза в лечении компрессионных переломов пяточной кости.

А.В. Лупсанов, А.В. Щербатых, А.А. Агрызков, Л.П. Балдынов, П.Д. Метревели

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала альтернативным методом лечения боль-

ных с калькулезным холециститом. Среди diskutabelных вопросов остаются: большая час-