

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.