

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами были получены и проанализированы результаты у всех больных. Из 528 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнения отмечались у 14 (2,65 %). В 9 (1,7 %) наблюдениях они закончились летальным исходом. 2 (0,37 %) больных умерли от распространённого желчного перитонита, от несостоятельности швов билиодигестивного анастомоза — 1 (0,18 %), от печеночной недостаточности — 5 (0,94 %), в 1 (0,18 %) случае смерть наступила от тромбоэмболии лёгочной артерии. Не возникло летальности и осложнений у пациентов, которым выполнили антирефлюксный цистикодуоденоанастомоз.

Отдаленные результаты были изучены у 26 больных и оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошими результаты считались при полном отсутствии жалоб пациентов, сохранённой работоспособности, общем благополучном состоянии. Удовлетворительными результаты считались при общем благополучном состоянии больных, сохранении работоспособности, но при наличии жалоб на периодически возникающую диспепсию, иногда — общую слабость. При наличии признаков рецидивирующего холангита, холестаза, инвалидизации пациентов они считались неудовлетворительными. В 9,375 % случаев результаты были хорошие (в основном это пациенты, которым выполнены антирефлюксные цистикодуоденоанастомозы), в 78,125 % случаев — удовлетворительные, в 12,5 % случаев — неудовлетворительные.

ВЫВОД

Таким образом, при сравнении эффективности методов билиодигестивных анастомозов в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде (в условиях перитонита в том числе) операцией выбора может быть антирефлюксный цистикодуоденоанастомоз при наличии условий возможности его выполнения, а при отсутствии общего печёчного и общего желчного протоков в условиях перитонита предлагаем нашу дренажную конструкцию (патент РФ на изобретение № 2324433 от 20 мая 2008 г.).

А.Л. Камека, С.Н. Леонова

**ТЕПЛОВИЗИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ
ТКАНИ**

Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)

В последнее время тепловидение не случайно привлекает к себе пристальный интерес. Поиск идеального метода диагностики неизбежно привел к тепловидению, которое наиболее емко совмещает в себе визуализацию патологии, абсолютную безвредность для больного и медицинского персонала, быстроту и простоту получения информации, техническую и экономическую доступность. Кроме того, использование тепловизионной диагностики дает возможность оценки эффективности лечения и контроля лечебно-оздоровительных методик.

Цель исследования: исследовать изменение тепловизионной температуры в дистракционных регенератах при замещении дефектов костной ткани голени у больных хроническим травматическим остеомиелитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было обследовано 17 пациентов хроническим травматическим остеомиелитом с дефектами большеберцовой кости голени, образовавшимися после санирующих операций (сегментарная резекция кости, некрсеквестрэктомия и т.п.) и после открытых переломов — 14 мужчин и 3 женщины в возрасте 20 — 54 лет. Размеры дефектов составляли в среднем 7 см, длительность гнойного процесса — от 6 месяцев до 12 лет. Всем пациентам в клинике было проведено оперативное лечение: сегментарная резекция большеберцовой кости с удалением всех нежизнеспособных тканей или некрсеквестрэктомия, фиксация чрескостным аппаратом и кортикотомия с остеоклазией верхней трети большеберцовой кости для замещения дефекта и формирования дистракционного регенерата. На пятые сутки после операции начинали перемещение фрагмента большеберцовой кости в зону дефекта темпом 1 мм в сутки усилиями дистракции и компрессии в АВФ (замещение дефекта кости по Г.А. Илизарову).

В процессе замещения дефектов проводили тепловизионные исследования формирующихся дистракционных регенератов. Температуру в регенератах исследовали методом дистанционной термодиагностики при помощи тепловизора. Для измерения температуры в верхней трети

большеберцовой кости поврежденной голени больного располагали перед тепловизором ТКВр-ИФП «СВИТ» (регистрационное удостоверение № ФС 022а1998/0870-04) в положении стоя. Тепловизионное исследование осуществляли в реальном масштабе времени в затемненном помещении на расстоянии 3 м от пациента до прибора при постоянной комнатной температуре 23 °С и стабильной влажности. Измеряли температуру тела обследуемого в подмышечной впадине, освобождали от одежды нижнюю половину тела и адаптировали пациента к комнатной температуре в течение 20 минут. После чего выполняли обзорные тепловизионные снимки голени. Затем обрабатывали полученные термограммы, расставляя температурные метки в точках, соответствующих зоне предполагаемой остеотомии верхней трети большеберцовой кости или в центре дистракционного регенерата на пораженной голени. Затем анализировали полученные результаты в динамике.

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с помощью пакета программ «Statistica for Windows 6.0». При сравнении показателей были использованы критерии Стьюдента. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных результатов проводили в процессе роста дистракционного регенерата в период дистракции. Сравнивали параметры температуры в центре регенерата, определяемые 1 раз в неделю, с исходными значениями. За исходные значения были приняты дооперационные показатели тепловизионной температуры, определяемой в зоне предполагаемой остеотомии верхней трети большеберцовой кости пораженной голени.

Результаты тепловизионного исследования приведены в таблице 1. При сравнении полученных данных с дооперационными величинами было отмечено достоверное повышение температуры в центре регенерата в промежутке между 2-й и 4-й неделями после операции. Этот период соответствовал 1-й и 3-й неделям дистракции.

Таблица 1

Изменение тепловизионной температуры в дистракционных регенератах у больных ХТО с дефектами костной ткани голени в период дистракции ($M \pm m$)

	До операции	После операции				
		1 неделя	2 недели	4 недели	6 недель	12 недель
Тепловизионная температура в зоне регенерата	30,95 ± 0,69	32,26 ± 0,45	32,76 ± 0,35	32,67 ± 0,37	32,41 ± 0,36	31,83 ± 0,31
p	–	–	< 0,05	< 0,05	–	–

Примечание: p – достоверность различий с дооперационными показателями.

Известно, что тепловидение является дистанционным методом термодиагностики различных заболеваний, основанным на принципе улавливания инфракрасных (ИК) лучей, излучаемых человеческим телом. Тепловидение позволяет получить важную информацию по обменным и воспалительным процессам [1], нарушению кровоснабжения конечности [3, 4]. Увеличение или уменьшение интенсивности инфракрасного излучения в очаге костеобразования (в зоне предполагаемой остеотомии большеберцовой кости или дистракционного регенерата) связано с изменением кровоснабжения и активности метаболических процессов, от которых зависит течение регенерации при дистракционном остеосинтезе и формировании дистракционного регенерата.

Обнаруженное в проведенном исследовании повышение температуры в центре растущего регенерата на начальных этапах дистракции связано, очевидно, с усилением микроциркуляции, интенсивными процессами коллагено- и фибриллогенеза и образованием первичных остеонов [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного тепловизионного исследования у больных ХТО при замещении дефекта большеберцовой кости было выявлено повышение температуры в центре формирующегося дистракционного регенерата с 1-й по 3-ю неделю дистракции. Данные изменения закономерно являются отражением микроциркуляторных и метаболических изменений, возникающих при дистракционном остеогенезе. Проведение дальнейших тепловизионных исследований может способствовать разработке способов оценки регенерации и контроля темпа дистракции при замещении дефектов костной ткани у больных хроническим остеомиелитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никулин М.А., Савельев Ю.С. Диагностические возможности тепловидения при заболеваниях сосудов нижних конечностей // Вестник хирургии. — 1987. — № 6. — С. 43–46.
2. Шевцов В.И., Ирьянов Ю.М., Ирьянова Т.Ю. Влияние дистракции на процессы формообразования регенерирующей костной ткани // Гений ортопедии. — 2005. — № 4. — С. 77–80.

3. Chudace K.G. Thermography in observation of therapy of deep venous thrombosis // Ces. K. Radiol. — 1980. — Vol. 34, N 4. — P. 239 — 242.

4. Fujimasa Y. Diagnosis of vascular disorders and thermography // Nippon. Pins. K. — 1979. — Vol. 37, N 1. — P. 166 — 170.

С.В. Куликов ¹, А.Н. Плеханов ², А.И. Товаршинов ²

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ЗА 2005–2009 ГГ., ПО ДАННЫМ НУЗ ОКБ НА СТ. УЛАН-УДЭ

¹ Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

² Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ (Улан-Удэ)

Цель исследования: оценить состояние данной проблемы в современной хирургии; провести анализ уровня заболеваемости ОКН по данным 2-го хирургического отделения НУЗ ОКБ на ст. Улан-Удэ; выявить зависимость тяжести заболевания от возраста пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обработаны истории болезней пациентов, находившихся на оперативном лечении во 2-м хирургическом отделении Отделенческой клинической больницы на ст. Улан-Удэ в период с 2005 по 2009 гг. Проведена оценка тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II в день поступления в стационар.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За выбранный период в НУЗ ОКБ было пролечено 48 пациентов с острой кишечной непроходимостью различного генеза. Отмечено преобладание толстокишечной непроходимости над тонкокишечной в соотношении 62,5 к 37,5 %. Это объясняется тем, что рак толстой кишки, явившийся основной этиологической причиной развития кишечной непроходимости, преобладает над частотой встречаемости спаечной непроходимости тонкой кишки. Спаечная болезнь стала причиной развития тонкокишечной непроходимости у пациентов с ранее проведенными абдоминальными вмешательствами. Все пациенты были прооперированы и выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов в связи с данной патологией не наблюдалось.

Результаты полученных данных оценки тяжести больных отражены на рисунке 1. По оси абсцисс указаны баллы шкалы АРАСНЕ II. По оси ординат указан процент больных с определенными количествами баллов.

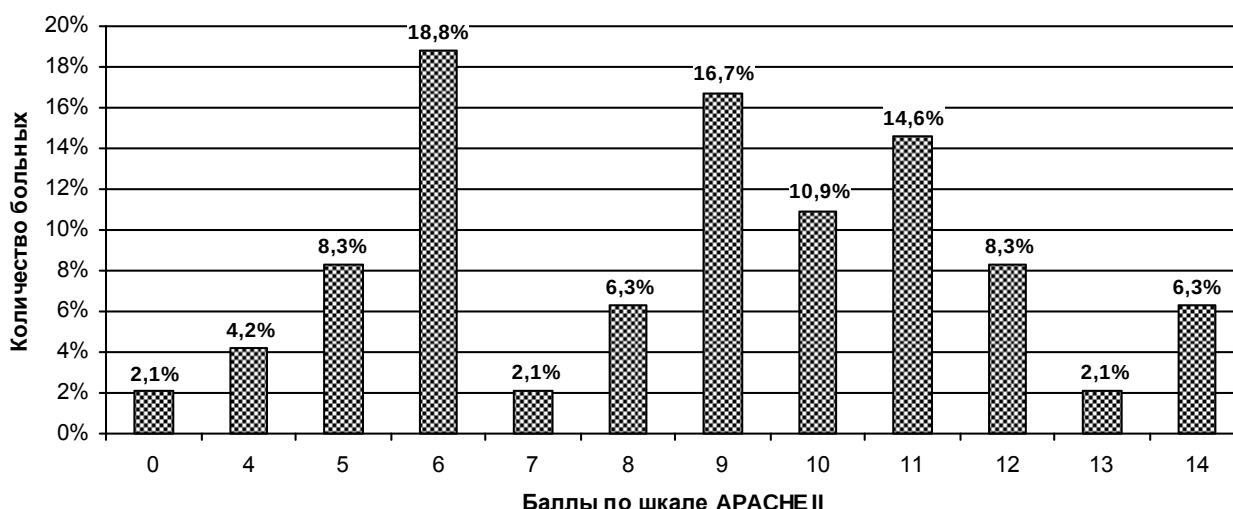


Рис. 1. Результаты оценки тяжести больных по шкале АРАСНЕ II.

Высокие баллы по шкалы АРАСНЕ II и большое число больных с данными показателями связаны не только с тяжестью состояния больных при поступлении, но и с их возрастом.

Удельный вес больных в возрасте 61 — 90 лет составил 70 %, остальные 30 % приходятся на пациентов от 18 до 60 лет (рис. 2).