

вых нервов, вовлеченных в патологический процесс. На МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника при этом отмечалось сочетание пролапса или выраженной протрузии (более чем на 4 мм) одного или нескольких межпозвоноковых дисков с умеренной протрузией (менее чем на 4 мм), как правило, также одного или нескольких дисков. Подобное сочетание патологии межпозвоноковых дисков в пояснично-крестцовом отделе позвоночника выявлено в 602 наблюдениях (32,6%).

Клиническая картина множественного очага поясничного остеохондроза складывается из симптомов только компрессии или ирритации корешков спинномозговых нервов, вовлеченных в патологический процесс, или их сочетанием.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника при этом диагностирует наличие сочетания двух очагов поясничного остеохондроза (ирритативного, компрессионного, компрессионно-ирритативного) в различных вариантах с обязательным наличием между ними неизменного одного или нескольких межпозвоноковых дисков.

При этом множественный очаг поясничного остеохондроза диагностируется в следующих вариантах:

Ирритативный, при наличии двух ирритативных очагов.

Компрессионный, при выявлении двух компрессионных очагов.

Компрессионно-ирритативный при выявлении двух компрессионно-ирритативных очагов или одного ирритативного и одного компрессионного, или одного ирритативного и одного компрессионно-ирритативного, или одного компрессионного и одного компрессионно-ирритативного.

Подобное сочетание патологии межпозвоноковых дисков в пояснично-крестцовом отделе позвоночника выявлено в 24 наблюдениях (1,3%).

Итак, независимо от возраста пациентов и длительности заболевания, очаг поясничного остеохондроза может носить как одноуровневый, так и многоуровневый варианты поражения. Для диагностики и особенно хирургического лечения данного заболевания имеет значение тот установленный факт, что полисегментарность поражения наблюдается значительно чаще, т. е. не менее чем у 2/3 пациентов.

Клинико-лучевые критерии оценки очагов остеохондроза важны для решения вопросов целесообразности и объема хирургического лечения с использованием адекватных оперативных пособий в каждом конкретном случае.

A.D.Oleynik, S.A.Kovalev

CRITERIA OF THE COMPLEX ESTIMATION OF THE CENTERS LUMBAR OSTEOCHONDROSIS

The Belgorod Regional clinical hospital of Prelate Ioasaf, Belgorod, Russia

Abstract:

Research of 1848 MRI of a lumbosacral department of a backbone has taped, that in most cases (73,6 %) changes in the center of an osteochondrosis have polysegmentary character. The analysis of a clinical picture at 488 patients with a lesion only one intervertebral disk has allowed to establish existence of dependence of clinical displays at a lumbar osteochondrosis from a degree of a protrusion of intervertebral disks. At a protrusion of a disk up to 4 mm presence only reflex neurologic syndromes is noted. At a protrusion more than 4 mm in 92,4 % of cases the clinical picture of a compression radicular syndrome took place. Considering the given fact, at various combinations of a lesion of intervertebral disks in the center of disease clinico-beam criteria of differences of four kinds of the center of a lumbar osteochondrosis are taped: irritation, compression, compression - irritation and plural.

Key words:

a lumbar osteochondrosis, the compression center, the irritation center, the compression-irritation center, the plural center

© А.И.Перепелкин, Л.В.Царапкин, О.Г.Елисеева, 2008

А.И.Перепелкин, Л.В.Царапкин, О.Г.Елисеева ВОЗРАСТНЫЕ MORFOFУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СТОП ЧЕЛОВЕКА

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация:

Создан метод планшетного сканирования для исследования анатомо-функционального состояния стопы. Программно-аппаратный комплекс, применяющийся в исследовании, включает плантограф и программу, позволяющую рассчитывать разнообразные антропометрические показатели стопы, а также анализировать и выдавать диагностическое заключение. Указанным способом проведено морфофункциональное исследование стоп различных возрастных групп, начиная с 4 и до 18 лет.

Ключевые слова:

стопа, морфофункциональное состояние стопы, длина стопы, опорная поверхность стопы, угол отклонения 1 пальца, угол отклонения 5 пальца, пяточный угол

Было проведено исследование морфофункционального состояния стопы в различных возрастных группах, 1020 человек, возрастом от 4 до 18 лет с использованием, программно-аппаратного комплекса, включающего в

себя плантограф, созданный на базе модифицированного планшетного сканера и программу анализа и выдачи диагностического заключения (получен патент РФ на изобретение №2253363). Рассчитывались следующие средние показатели: общая длина стопы, длины переднего, среднего и заднего ее отделов; углы отклонения 1 и 5 пальцев; коэффициента К, определяющего состояние продольного свода в среднем отделе стопы; пяточного угла НС'К, определяющего состояние продольного свода

Contact Information:

Д-р Перепелкин Андрей Иванович
E-Mail: LVTS@yandex.ru

в заднем отделе стопы; общую площадь, а также площади переднего, среднего и заднего отделов.

Наше исследование позволило выявить, что в возрасте 4-5 лет стопа у мальчиков длиннее, чем у девочек и разница составляет слева в среднем 7 мм, справа - 6 мм. В 6-7 лет длина стоп мальчиков почти на 2 мм меньше в среднем длины стоп девочек. В 2 классе длина стопы мальчиков на 5 мм длиннее, чем у девочек с двух сторон, в 5 классе эта разница достигает 4 мм, тогда как в 14 лет уже 16 мм, а к концу пубертатного периода - 24 мм.

При изучении изменения длины переднего, среднего и заднего отделов стопы выявлено, что наибольший скачок роста этих отделов стопы наблюдается в промежутке со 2 по 5 классы (9 мм), темпы прироста стопы в другие возрастные периоды гораздо меньше. С 4 до 7 лет передний отдел в среднем увеличивается на 12 мм, тогда как средний и задний отделы на 10 мм. В период с 7 до 18 лет передний отдел стопы увеличивается на 20 мм, тогда как средний и задний отделы - на 15 мм каждый. После 14 лет средний и задний отделы вырастают всего на 1 мм, тогда как передний отдел стопы на 4 мм.

Среднее значение длины переднего отдела правой стопы у обследуемых нами студентов, возраст которых был 18 лет, на 3 мм больше аналогичного отдела противоположной конечности, несмотря на равную длину обоих стоп.

При изучении особенностей роста различных отделов стопы в зависимости от пола, выявлено, что в 6-7 лет передний отдел стопы длиннее у девочек по сравнению с мальчиками почти на 3 мм. В среднем и заднем отделах стопы такие различия не столь выражены. С процессом роста в переднем отделе стопы различия среди полов становятся заметнее, длина этого отдела стопы больше у мальчиков, чем у девочек. Разница в длине переднего отдела стопы мальчиков и девочек в 8 лет составляет 2 мм, в 12 лет - 4 мм, тогда как в 14 лет - 7 мм, а уже к 18 годам разница она достигает 11 мм слева и 10 мм справа. Разница в среднем и заднем отделах стоп в эти возрастные периоды составляет по 1 мм в 8 и 12 лет, 5 мм - в 14 лет, и 8 мм - в 18 лет.

Анализируя средние показатели, отклонения 1 пальца стопы в зависимости от пола, мы выявили, что в возрасте 4-5 лет этот угол у мальчиков в среднем достигает 9,57°, а у девочек - 8,47°. В 6-7 лет - 8,93 и 6,69° соответственно. В 8 лет соотношение изменяется и уже у девочек угол становится больше и составляет 8,270, тогда как у мальчиков 7,19°. В 11 лет разница менее различима, и увеличивается в 14 и 18 лет - и составляет 7,22 и 9,3° и 7,58° и 9,36° соответственно. Таким образом, у девочек в процессе возраста отмечается увеличение средних значений угла отклонения 1 пальца наружу, тогда как у мальчиков происходит уменьшение этого угла.

Динамика изменения угла отклонения 5 пальца стопы имеет иную тенденцию. Начиная с 5 лет, и до 18 лет отмечается его увеличение с 6,980 до 11,28°. Если с 4 до 7 лет угол меньше у мальчиков, то в дальнейшем он становится больше, чем у девочек и к 18 годам разница слева достигает почти 2°, а справа - 2,6°.

Таким образом, с возрастом происходит варусное отклонение 5 пальца, что свидетельствует об увеличении поперечного свода за счет латерального отдела стопы.

Коэффициент К, являющийся показателем свода среднего отдела стопы, имеет наибольшее значение у детей 4 лет и равен 0,96, затем до 8 лет происходит его уменьшение до 0,74 слева и 0,70 справа, затем этот показатель увеличивается до 0,8 у 11 летних, а затем

уменьшается до 0,7 у 14-летних и снова увеличивается. К возрасту 18 лет среднее значение его равно 0,94-0,95. Изучение коэффициента К позволило выявить, что стопа имеет уплощенную форму в среднем отделе до 6-7 летнего возраста, затем свод стопы увеличивается, а к концу пубертатного периода, средний отдел ее снова уплощается.

Пяточный угол НС'К, определяющий угол наклона пяточной кости и характеризующий состояние продольного свода заднего отдела стопы, у детей 4-х составляет в среднем 5,7° слева и 6,62° справа. До 6 лет справа угол уменьшается, а слева наоборот увеличивается. В последующем с обеих сторон угол увеличивается и к 11 годам достигает 8,3° слева и 7,08° справа. В дальнейшем отмечается его уменьшение, и в возрасте 18 лет он составляет 3,67° и 4,2° соответственно. С 14 до 18 лет угол уменьшается почти в 2 раза слева и в 1,5 раза справа. Пяточный угол меньше у мальчиков, чем у девочек почти во всех возрастных группах, за исключением 11 летнего возраста, когда угол слева у мальчиков составляет 9,92°, у девочек - 5,2°, а справа 7,66° и 6,0° соответственно.

К 18 годам разница при измерении этого угла у девочек и мальчиков менее заметна и составляет 3,71° и 3,57° слева и 4,34° и 3,84° справа соответственно. Таким образом, уменьшение угла свидетельствует об увеличении продольного плоскостопия за счет заднего отдела, а именно вальгизации пяточной кости.

Средняя общая площадь опорной поверхности стопы у детей с 4 до 18 лет увеличивается с 31,26 мм² слева и 31,81 мм² справа до 82,26 мм² и 69,4 мм² соответственно. Средняя общая площадь стопы в процессе роста ребенка увеличивается равномерно, при этом с 4 до 8 лет она возрастает слева на 10 мм², а справа на 13 мм². В последующем вплоть до совершеннолетия средняя общая площадь увеличивается быстрее.

В период с 14 до 18 лет площадь левой стопы увеличивается на 15 мм², тогда как прирост площади правой стопы незначителен и составляет 0,4 мм². Начиная с 4 лет и до 15 лет, средняя общая площадь опорной поверхности левой стопы у детей несколько меньше правой, однако, к 18 годам наблюдается обратное соотношение, средняя общая опорная площадь правой стопы гораздо меньше левой и составляет 69,04 и 82,26 соответственно.

Выводы:

- Наиболее интенсивный рост стопы наблюдается у детей в периоды с 4 до 7, с 8 до 11 и с 11 до 14 лет;
- В возрасте 18 лет передний отдел правой стопы несколько длиннее этого отдела противоположной конечности;
- Изменение угла отклонения 1 пальца в различные возрастные периоды происходит волнообразно с наибольшими пиками в возрасте 4, 11 и 18 лет. У девочек с процессом возраста отмечается большее отклонение 1 пальца по сравнению с мальчиками;
- Угол 5 пальца с процессом возраста увеличивается;
- В возрасте 4, 11 и 18 лет отмечается снижение продольного свода в среднем отделе стопы;
- Средние величины пяточного угла у детей увеличиваются до 11 лет, затем снижаются, достигая наименьшего значения в 18 лет;
- К концу пубертатного периода площадь опорной поверхности левой стопы в 1,2 раза превышает аналогичную площадь правой стопы.

A.I.Perepyelkin, L.V.Tsarapkin, O.G.Eliseeva

AGE MORFOFUNKCIONAL PARAMETERS OF HUMANS FEET

Volograd state medical university, Volograd, Russia

Abstract:

The new technology for investigation of morphological and functional states of the foot was using. The computer-aided system for investigation of longitudinal and transverse foot arch was elaborated and founded. The complex consist of the special scanner and the program for receive of the foot image and analysis and distribution of diagnostic conclusion.

Key words:

pes, morphological and functional states of the foot, foot length, flatbed foot scanner, absolute bearing area, angular characteristics of the first and small foot fingers, rearfoot angle

© А.Е.Притула, В.Г.Шаляпин, 2008

А.Е.Притула, В.Г.Шаляпин

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА

Городская больница, г. Мегион, ОКБ г. Ханты – Мансийск, Россия

Аннотация:

Изучено 110 историй болезни больных острым холециститом на фоне хронического описторхоза, которые лечились с 1997 по 2007 годы. 45(40,9%) пациентов лечились с использованием пробной консервативной терапии и традиционной холецистэктомии в радикальном лечении. У 65(59,1%) больных применено этапное лечение, с применением ЧЧМХС и минидоступа в радикальном лечении.

В результате применения этапного и малоинвазивного подхода в лечении острого холецистита на фоне описторхоза, продолженной декомпрессии, ранней санации и дегельминтизации, позволило снизить послеоперационную летальность до 1,5%, уменьшить тяжелые послеоперационные осложнения до 1,53%, сократить пребывание на больничной койке до 14,43 дней.

Ключевые слова:

Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия, острый холецистит, хронический описторхоз, этапное лечение

Актуальность проблемы

Среди всех экстренных заболеваний органов брюшной полости острый холецистит занимает 2-е, а у лиц пожилого и старческого возраста выходит на 1-ое место, составляя от них 25 - 30%. ЖКБ страдают от 10 до 20% всего населения земного шара, 40% лиц старше 60-ти и 50% старше 70-ти лет. А.Т. Лидский (1963) считает острый холецистит одной из основных проблем геронтологии. Западная Сибирь является самым большим очагом заболевания описторхозом. Хронический описторхоз усугубляет течение острого холецистита, а в некоторых случаях является его причиной. Клиническую картину при длительной описторхозной инвазии определяют пролиферативные процессы внутри и внепеченочных желчных протоков, что ведет к развитию холангиоэктазов, холангитов, холециститов. Актуальность проблемы острого холецистита сегодня определяется прогрессивным ростом заболевания и недостаточно удовлетворительными результатами его лечения, особенно среди пациентов пожилого и старческого возраста [10, 11, 15].

Активная хирургическая тактика у большинства авторов не вызывает возражений. Однако наличие сопутствующих заболеваний и пожилой возраст затрудняют проведение операций, а быстрое нарастание деструктивного процесса в желчном пузыре усугубляет состояние. Разорвать этот «порочный» круг может только раннее купирование приступа острого холецистита путем малоинвазивной декомпрессии желчной системы [1, 2, 4, 6]. Очень важной особенностью чрескожного чреспеченочного дренирования является диапевтическая направленность, т.е. одновременное сочетание диагностического и лечебного действия. Диагностические компоненты мето-

дик включают: 1) манометрию билиарных протоков; 2) забор желчи для лабораторного и цитологического исследования; 3) рентгенконтрастное исследование. Лечебные процедуры реализуют: 1) многокомпонентный лечебный эффект декомпрессии; 2) введение лекарственных препаратов; 3) эндобилиарную санацию протоков [3, 5, 7, 8, 9, 13, 14].

Преимущества хирургии малых доступов в радикальном лечении острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста бесспорны, однако при осложненных его формах лапароскопическая холецистэктомия имеет ряд противопоказаний, минидоступ в данной ситуации является операцией выбора, при этом недостаточность ревизии брюшной полости компенсируется диагностикой до операции.

Цель исследования

Определить целесообразность сочетания чрескожной чреспеченочной декомпрессии и минидоступа в этапном лечении острого холецистита на фоне хронического описторхоза.

Материалы и методы

Изучено 110 историй болезни больных острым холециститом на фоне хронического описторхоза, которые лечились с 1997 по 2007 годы в «Городской больнице» г. Мегиона. Выборка осуществлялась сплошным методом. В исследование включены оперированные больные с острым холециститом на фоне хронического описторхоза старше 60-ти лет, с различной сопутствующей патологией.

В контрольную группу вошли 45 больных острым холециститом и описторхозом, отобранные с помощью ретроспективного анализа пациентов. В лечения использовались традиционные подходы с применением пробного консервативного лечения и широкой лапаротомии.

В качестве исследуемой группы использовались 65 пациентов, у которых для купирования острого приступа холецистита в качестве дооперационной декомпрессии,

Contact Information:

Д-р Притула Александр Евгеньевич

E-Mail: