

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:

использована ЧМХС, а в радикальном лечении применен мини-доступ. Пункция и дренирование желчного пузыря проводилась с использованием «Устройства дренирования полостных образований Ившина», фиксирующимися катетерами типа «pig tail» под контролем ультразвукового сканирования и рентген телевидения, сразу после поступления. На радикальном этапе лечения, применен минидоступ с использованием набора инструментов «мини-ассистент».

#### Результаты и обсуждение

При анализе контрольной группы обращает на себя внимание, что летальность и количество осложнений у больных, оперированных экстренно, срочно и отсрочено остается высокой, при этом количество деструктивных форм не меняется в зависимости от сроков операции. Выполнено: холецистэктомии 31(68,9%); ХЭ+ХДА 2 (4,5%); ХЭ+холедохотомии 11(24,5%). Умерло 6 пациентов, летальность составила 13,33%. Послеоперационных осложнений потребовавших релапаротомии было 4 (8,88%), средний койко-день составил 23,4. Неудовлетворительные результаты лечения данной группы пациентов и сомнительные показания к операции при остром холецистите без ЖКБ и стриктур желчевыводящих путей, заставили изменить хирургическую тактику. Применение ранней пункционной декомпрессии желчного пузыря и открытой, лапароскопической холецистэктомии, легли в основу разработанного алгоритма обследования и лечения острого холецистита на фоне описторхоза, использовали принципы активности, малотравматичности, этапности и диапевтической направленности.

ЧМХС произведена у 65(59,1%) больных при поступлении, показанием являлась желчная гипертензия, выявленная по данным УЗИ. У всех пациентов отмечалось повышенное давление в желчном пузыре (среднее 363,8 мм.в.ст.). Устранение ведущего патогенетического фактора позволило купировать клинические и воспалительные проявления болезни и провести более точную диагностику. Выявлено: холедохолитиаз 6(9%); стриктура терминального отдела холедоха 6(9%); стриктура БДС 5(7,7%); отключенный желчный пузырь 48 (74%). При продолжении санации желчного пузыря, на вторые сутки у 44(92%) проходимость пузырного протока восстановилась. Сочетание описторхоза и ЖКБ выявлено в 32(48,2%) случаях.

Показанием для оперативного лечения являлась ЖКБ и стриктуры желчевыводящих путей, предпочтение отдавалось минилапаротомному доступу по М.И.Прудкову, поскольку он сочетает в себе достоинства лапароскопических операций и сохраняет преимущества традиционной холецистэктомии, позволяет производить вмешательства на холедохе.

Выполнено 30(46%) холецистэктомий, 9(14%) ХЭ+ХДА, в 8(13,5%) камни холедоха удалось удалить эндоскопически. Все операции сопровождалась дренированием холедоха, для послеоперационной декомпрессии и дегельминтизации. В 26(40%) случаях при отсутствии по данным чресфистульной холецистохолангиографии и УЗИ иной причины острого холецистита, кроме описторхоза, удалось отказаться от холецистэктомии после восстановления проходимости желчных путей и дегельминтизации йединолом.

В результате применения этапного и малоинвазивного подхода в лечении острого холецистита на фоне описторхоза, более точной дооперационной диагностики, 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.

#### Выводы

Ранняя, пункционная холецистостомия позволяет в более ранние сроки купировать болевой синдром, снять воспалительные явления, предотвратить деструкцию желчного пузыря, провести более полное обследование больных до операции и перенести радикальное лечение на безопасное для пациента время.

Мини – доступ является методом выбора для радикального лечения острого холецистита на фоне описторхоза у лиц с тяжелой сопутствующей патологией, позволяет выполнить весь объем операций на желчном пузыре и холедохе, при этом сохраняются преимущества минимальноинвазивных технологий

Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволяет снизить летальность от острого холецистита, снизить оперативную активность и связанных с ней осложнений.

Отсутствие по данным обследования, кроме описторхозной, причины острого холецистита служит показанием к проведению консервативной терапии.

#### Литература:

1. Бебуришвили А.Г. Желчная гипертензия и острый холецистит. -50 лекций по хирургии. – М.: Медиа Медика, 2003.-с 206-216
2. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчевыводящих путях. М.: Медицина, 1987.
3. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М., Прудков М.И. Желчно-каменная болезнь. М.: Видар-М, 2000.
4. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчно-каменная болезнь. – М.: 1983. – 176с.
5. Дедерер Ю.М., Москвитина Л.Н., Овчинников В.И., Платунов В.Д., Смазнев Ю.К., Устинов Г.Г. Холецистит у больных старческого возраста. // Хирургия.- 1986.- №9.-с.93-97
6. Ермолов А.С., Упырёв А.В., Иванов П.А. // Хирургия желчекаменной болезни: от прошлого к настоящему. // Хирургия.-2004.-№5.- с.4-9
7. Ермолов А.С., Юрченко С.В. Удовский Е.Е., и др. Диапевтические проблемы обструктивного холангита. Материалы 1-й Всесоюзной конференции по хирургии печени и желчевыводящих путей. Ташкент 1991.- с.69-71
8. Ившин В.Г., Королев В.Н. Устройство для чрескожного дренирования полостных образований. // Официальный патентный бюллетень «Изобретения», 1994. - № 17. – С. 27
9. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. – Тула. – 2000. – С. 10 – 13.
10. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М.: Медицина, 1990.
11. Кригер А.Г., Ржебаев К.Э., Фаллер А.П., Какурин С.Н., Раганян К.П. «Анализ причин возникновения осложнений лапароскопической холецистэктомии» // Актуальные вопросы диагностики и лечения хирургических заболеваний. Сборник научных трудов. Москва 30 мая, 2003 года.1-Межрегиональная научно-практическая конференция хирургов. Стр. 42-44.
12. Лидский А.Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. М.: 1963.
13. Савельев В.С., Пркубовский В.И., Филимонов М.И. Чрескожное чреспечочное дренирование желчных путей при механической желтухе. // Хирургия – 1988. - №1. – С. 3-7.
14. Шулушко А. М. Хирургическое лечение желчно-каменной болезни. // 50 лекций по хирургии. – М.: Медиа Медика, 2003.-с 198-206.
15. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Ржебаев К.Э., Раганян К.П., Какурин С.Н. «Отдаленные результаты холецистэктомии при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста» // 5 съезд научного общества гастроэнтерологов России // 32 сессия центрального научно – исследовательского института гастроэнтерологии. 2004г. Стр. 385 – 387.

A.E.Pritula, V.G.Shalyapin

TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS AGAINST A CHRONIC OPISTHORCHIASIS

Medical Therapeutic Institution "City Hospital", Megion, District Clinical Hospital, Khanty-Mansiysk, Russia

Abstract:

Have inspected 110 case-records of patients with diagnostic of acute cholecystitis against a chronic opisthorchiasis. These patients were treated since 1997 to 2007. 45(40,9%) of patients were treated with help of trial conservative therapy and traditional cholecystectomy in radical treatment. And 65(59,1%) of patients were treated with help of step-wise treatment involving endermic transhepatic micro-cholecystostomy and small approach in radical treatment.

In the application result of step-wise treatment and mini-invasive approach in the curing acute cholecystitis against a chronic opisthorchiasis, lengthen decompression, incipient sanitation and dehelmintization, it has given an opportunity to reduce postoperative lethality to 1,5%, to reduce heavy postoperative complications to 1,53%, to reduce the period of hospitalization to 14,43 days .

Key words:

endermic transhepatic micro-cholecystostomy, acute cholecystitis, chronic opisthorchiasis, step-wise treatment

© M.Salceanu, M.Vataman, C.Topoliceanu, R.Vataman, 2008

M.Salceanu, M.Vataman, C.Topoliceanu, R.Vataman

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC STUDY REGARDING FACTORS OF CHRONIC PERIAPICAL LESIONS

Faculty of Dental Medicine, University of Medicine and Pharmacy „Gr.T.Popa” Iasi, Romania

Abstract:

Our clinical and radiographic study aimed to assess some potential factors producing chronic periapical periodontitis. Our lot included 128 patients , every patient being submitted to clinical and radiography exam. The chronic periapical lesions were classified in four categories: fibrous periapical lesions, periapical granuloma, radicular cyst, periapical osteitis. Our study established a relation between odontal status, amalgam and composite resins restorations status, radicular canal obturations, and chronic periapical lesions.

Ключевые слова:

chronic periapical lesions, odontal status, amalgam restorations, composite restorations, radicular canal obturations, favourising factors

Introduction

Our study focused on the most encountered factors implied in pathogeny of periapical chronic lesions. The factors as infection, improper amalgam and composite restorations and incomplete radicular canal obturations was assessed in some studies (1,3).

Materials and methods

The assessment of relation between favourising factors and distribution of periapical lesions was performed through clinical and radiographic exams. The patient group included 128 patient and 145 teeth, divided in: anterior teeth, bicusps and molars. The treatments of studied teeth were at least 2 years age. The study focused on teeth with amalgam and composite resin restorations with marginal defects, applied in deep cavities. Also, were taken in study teeth with minimum 2 years pulp necrosis. Through radiographic exam, were assessed teeth treated for pulpitis, with incomplete radicular canal obturations and coronal restorations with marginal defects. The periapical pathology was divided in four groups: fibrous periapical lesions, periapical granuloma, radicular cyst, periapical osteitis. The recorded data were processed and expose in tables and graphs performed with Microsoft Excel.

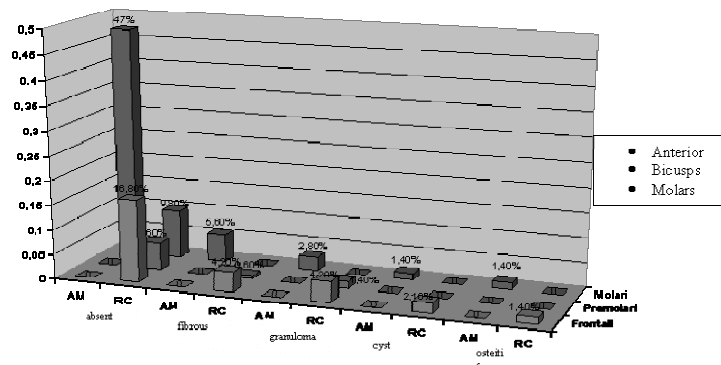
Results and discussions

In the following tables and graphs is presented distribution of periapical lesions related to favourising factors.

Table 1 and graph 1 presents distribution of periapical pathology to teeth with amalgam and composite resins resto-

Table 1. Prevalence of chronic periapical lesions at teeth with amalgam (AM) and composite resins (RC) restorations

	absent		fibrous periapical lesions		periapical granulom		radicular cyst		periapical osteitis	
	AM	RC	AM	RC	AM	RC	AM	RC	AM	RC
Anterior	0	24	0	6	0	6	0	3	0	1
Bicusps	0	8	0	1	0	2	0	0	0	0
Molars	70	14	8	0	4	0	2	0	2	0



Graph 1. Distribution (%) of periapical lesions to teeth with amalgam (AM) and composite resin (RC)

rations with marginal defects applied in deep cavities. For amalgam restorations, there are 5,6% fibrous periapical lesions, 1,4% periapical osteitis, 1,4% radicular cyst and 2,8% periapical granuloma . For composite resins restorations, there are 4,2% fibrous periapical lesions, 1,4% periapical osteitis, 2,1% radicular cyst and 4,2% periapical granuloma .

Table 2 and graph 2 presents distribution of periapical pathology related teeth with pulp necrosis longer than 2

Contact Information:

Dr. Mihaela Salceanu

E-Mail: drmihaelasalceanu@yahoo.com