

Наше общество, средства массовой информации дают населению подчас диаметрально противоположные сведения о диагностических и лечебных возможностях медицины, от уровня её всемогущества до полной некомпетентности. Это накладывает свой отпечаток на эмоциональный статус врача и делает его незащищенным при неоправданных нападках и жалобах. По опросу среди врачей видно, что они не могут вспомнить случая извинений перед ними за незаслуженно нанесенную обиду. Это отражает уровень моральной грамотности общества, которое низвело труд врача до уровня элементарной сферы обслуживания.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ МЕТОДИКА ОДНОМОМЕНТНОЙ КОРРЕКЦИИ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ СРЕДНЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Кошман Г.А., Аносов В.С., Болтрукевич С.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Болтрукевич С.И.

Одной из самых распространённых деформаций стопы является плоскостопие, приводящее к вторичным заболеваниям позвоночника и тазовых органов, к нарушению функций органов грудной и брюшной полостей, дегенеративно-дистрофическим изменениям головного мозга.

Актуальность проблемы подтверждают исследования ряда авторов. По данным исследования, проведенного Центральной лабораторией обувной промышленности Польши среди детей краковских дошкольных и школьных учреждений в возрасте 3–9 лет, выявлено снижение свода стопы у 82,6% детей [1]. Из 5259 обследованных учеников гродненских школ патология стопы встречается в 1615 (30,7%) случаях, причём продольное, поперечно-продольное плоскостопие и плоско-вальгусная стопа составили 88,1% [2]. При обследовании воспитанников детских домов Гродненской области этот показатель возрос до 50,1%.

Основным методом лечения мобильной (не ригидной) формы плоско-вальгусной деформации в средней возрастной группе является консервативный. Однако результаты лечения данным способом в большинстве случаев не приносят желаемого эффекта, и впоследствии плоскостопие с возрастом становится ригидным. При данном типе деформаций стоп используются методы хирургической коррекции. В настоящее время ведутся дискуссии о показаниях и эффективности хирургической коррекции мобильной плоско-вальгусной деформации стопы [3,4].

Мы предлагаем малоинвазивную методику оперативного лечения мобильной формы плоско-вальгусной деформации стопы – корригирующий латеральный артрориз подтаранного сустава (КЛАПС). Сущность его заключается в обратимом ограничении патологической гиперпронации подтаранного сустава винтом. Во время вмешательства мы сохраняем подтаранный сустав, артрориз достигается путем постановки винта в таранную кость при нейтральном положении пяточной кости. После операции гипсовая иммобилизация пациентам не требуется, на третьи сутки пациент самостоятельно ходит с полной нагрузкой на стопы. В настоящее время выполнено 16 таких вмешательств, в раннем послеоперационном периоде получены положительные результаты.

Таким образом, разработанный нами новый способ хирургической коррекции является физиологичным, прост в исполнении, малоинвазивный, косметически выгоден и может широко использоваться в клинической практике.

Литература:

1. Skrzynska, B. Pomiaru antropometryczne / B. Skrzynska, B. Rajchel–Chyla, R.Gajewski, M. V. Janocha // Obawie profilaktyczne i Ortopedyczne dla dzieci I doroslych: materialy Konf. – Krakow, 2005. – S. 7–11.

2. Детская подиатрия в рамках республиканской программы «Дети Беларуси» (Гродненская область) / В.В. Лашковский [и др.] // Биомеханика стопы человека.– Гродно, 2008.– С. 17–19.

3. Pfeiffer M, Kotz R, Ledl T, et al. Prevalence of flat foot in preschool-aged children. *Pediatrics* 2006; 118(2):634–9.

4. Bresnahan P. Letter to the editor: the flat-footed child—to treat or not to treat. What is a clinician to do? *J Am Podiatr Med Assoc* 2009; 99(2):178.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭНДОКРИННОЙ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 15-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗА САМОК

Кощеев Ю.А., Ордынец И.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – к.б.н., доцент Можейко Л.А.

Непроходимость желчных путей и последующее нарушение оттока желчи приводит к развитию одного из сложнейших осложнений – механической желтухи, составляющей около 50 % от всех видов желтух [1, 2]. В результате изменяется энтерогепатическая циркуляция желчи, что становится ведущим фактором в возникновении нарушений многих органов и систем организма. Между тем последствия холестаза для потомства остаются наименее изученным звеном этой проблемы.

Целью настоящего исследования является изучение влияния экспериментального холестаза беременных самок на морфометрические показатели эндокринного аппарата поджелудочной железы родившихся от них крысят.

Опыты проведены на половозрелых беспородных белых крысах-самках массой 170–210 г и родившихся от них крысятах. Экспериментальный холестаз вызывали перевязкой общего желчного протока на 17-е сутки беременности крыс. Для контроля животные подвергались тем же манипуляциям, но без наложения лигатуры на общий желчный проток. За течением беременности самок и развитием потомства велось тщательное наблюдение. На 15-е сутки после рождения крысят усыпляли парами эфира. Полученный материал поджелудочной железы обрабатывали общепринятыми морфологическими методами. Для количественной оценки островковой ткани на серийных гистологических срезах изучались следующие показатели: 1) количество островков на единицу поверхности; 2) площадь островковой ткани (абс., мкм²); 3) соотношение эндокринной и экзокринной паренхимы; 4) общее количество клеток в островках; 5) общее количество клеток в одном “среднем” островке; 6) процентное соотношение островков с различным количеством клеток.

Данные морфометрических исследований были получены при помощи компьютерного анализатора изображения Bioscan NT 2.0 (ItLab, Беларусь) и обрабатывались с помощью компьютерной программы Statistica 6.0 для Windows с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования свидетельствуют, что у опытных крысят площадь эндокринной ткани составила $1,035 \pm 0,39$ % относительно всей площади паренхимы поджелудочной железы в контроле и $0,681 \pm 0,48$ % – в опыте. Плотность островковой ткани на единицу поверхности и общее количество клеток в одном среднем островке изменилось незначительно. Распределение островков по различным классам в зависимости от количества клеток произошло следующим образом: I класс (5–16 клеток) – 20,1% (контроль), 15,0% (опыт); II класс (16–30 клеток) – 14,3% (контроль), 12,4% (опыт); III класс (31–60 клеток) – 32,2% (контроль), 29,1% (опыт); IV класс (61–100 клеток) – 22,0% (контроль), 20,3% (опыт); V класс (более 100 клеток) – 12,0% (контроль), 9,0% (опыт).

Таким образом, площадь эндокринной ткани у крысят, родившихся в условиях экспериментального холестаза, уменьшилась более чем на 30%.

Литература:

1. Диагностика и лечение обтурационной желтухи неопухолевого генеза / В.Т. Зайцев [и др.] // Клиническая хирургия. – 1991. – № 9. – С. 27–29.