

женного перифокального воспаления, обуславливали необходимость конверсии, что наблюдалось у 28 больных и составило 2,3% от общего количества видеолапароскопических операций.

При синдроме Мирризи (35 больных (2,9%)) во всех случаях производилось холецистэктомия с ликвидацией свища, при этом дренирование холедоха по Вишневскому проводилось в 6 случаях, по Керу - в 15 случаях, по Холстеду - в 1 случае. Наложение ХДА выполнено в 5 случаях. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия выполнена в 3 случаях.

Во всех остальных случаях, применялись малоинвазивные эндоскопические и лапароскопические методы лечения с общей летальностью 1,2%. При «крупном» холедохолитиазе используем методику этапного лечения, заключающуюся в выполнении на первом этапе достаточной ЭПСТ, при необходимости назобилиарного дренирования для купирования явлений гнойного холангита и механической желтухи [5]. На втором этапе выполняем механическую литотрипсию и литоэкстракцию корзинкой Дормиа. Следующим этапом выполняется ЛХЭ (при отсутствии противопоказаний). Данная методика использовалась у 22 больных, летальных исходов не наблюдалось.

Результаты и обсуждение.

Основным методом лечения больных с холедохолитиазом и механической желтухой является ЭПСТ, позволившей снизить летальность у больных с осложненными формами ЖКБ в 1,5 раза. При невозможном эндоскопическом разрешении билиарной гипертензии следует использовать ЛХЭ и холедохолитомию с наружным дренированием желчных путей. Лапаротомные доступы при осложненном холедохолитиазе мы в настоящее время рассматриваем как вынужденные вследствие безуспешности или невозможности выполнения эндо- или лапароскопических методов лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Клименко Г.А. // *Анналы хирургической гепатологии*. 1998. Т. 3. № 3. С. 4
2. Шестаков А.Л., Юрасов А.В., Мовчун В.А., Тимошин А.Д. // *Хирургия*. 1999. № 2. С. 3
3. Милонов О.Б., Кадошук Т.А., Андросов С.И. // *Хирургия*. 1988. № 5. С. 4
4. Могучее В.М., Прикупец В.Л., Митрофанова Г.М. *Интраоперационная холангиоскопия*. // *Хирургия*. 1997. №6. С. 4
5. Waters G.S., Crist D.W., Davoudi M., Gadacz T.R. // *Am Surgery*. 1996. Apr. P.

ДИАГНОСТИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТОПЫ У ЛЕГКОАТЛЕТОВ

Лущик И.В., Гавриков К.В., Ефремова Г.В.,
Букина Е.Н., Полеткина И.И.,
Дзержинская Л.Б., Балуева В.А.
*Волгоградская государственная академия
физической культуры
г. Волгоград, Россия*

При беге в манеже на длинные дистанции крутизна виража почти не влияет на результат, однако, на средних и, тем более, коротких дистанциях это явление весьма существенно. Результаты исследований показали, что беговая посадка при беге на вираже выше, чем при беге по прямой и может приводить к развитию продольного функционального плоскостопия. Ассоциированные с гиперпронацией стопы мышечный дисбаланс, нарушения биомеханики таза и позвоночного столба создают патогенетическую основу для возникновения хронических болей в пояснице и межпозвоночных грыж.

Следовательно, в результате гиперпронации стопы формируются стойкие болевые синдромы перегрузочного генеза по всей длине кинематической цепи. Профилактика развития этих нарушений требует создания системы мониторингового контроля морфофункционального состояния стоп у спортсменов-легкоатлетов. Для успешного разрешения этой проблемы авторским коллективом кафедры анатомии и биомеханики разработан и успешно действует аппаратно - программный комплекс «Диагностика состояния отделов стопы». Адекватность и эффективность нагрузок определяется с помощью повторных контрольных исследований в динамике. На практике это выглядит следующим образом: состояние стопы оценивается в покое – нагрузка только весом собственного тела, затем проводится оценка с дополнительным весом 20 кг, в случае необходимости проводится обследование непосредственно сразу после тренировки с выраженным бегом. Как показали результаты наших наблюдений, особую ценность представляют нагрузочные тесты, позволяющие выявлять скрытые «дефекты» рессорной функции стопы. Это позволит внести коррективы в педагогический процесс, своевременно провести курс СФП, в случае необходимости подобрать медико-реабилитационную программу.

Таким образом, при появлении болей в области голеностопного сустава, подошвенной поверхности стопы мы рекомендуем проводить компьютерное плантографическое исследование по предложенной нами методике, что позволит избежать диагностических ошибок, снизит риск развития патологии, формирования вторичных заболеваний суставов, деформации стоп и позвоночника.