

кишечника различной этиологии. Данный способ стимуляции моторно-эвакуаторной функции кишечника опробован у 54 детей и 20 взрослых, прооперированных по поводу разлитого перитонита, спаечной болезни, у которых в раннем послеоперационном периоде в клинической картине отмечались выраженные явления пареза кишечника. После воздействия звуком у всех больных отмечалось достоверное усиление электрической активности тонкого кишечника.

Способ стимуляции кишечника у детей (предпатент на изобретение РК N 13374) заключается в санации брюшной полости во время операции ультразвуком средней частоты через контактную среду состоящую из 0,005% водного раствора хлоргексидина с добавлением протеолитических ферментов. Причем на контактную среду предварительно воздействуют ультразвуком с частотой 880 кГц в непрерывном режиме мощностью 1 Вт в течении 5 минут. В эксперименте было установлено, что озвучивание смеси повышает антибактериальную активность хлоргексидина и протеолитическую активность фермента (предварительный патент 7732). Затем контактную среду заливают в брюшную полость, после чего воздействуют ультразвуком на брюшную полость, двенадцатиперстную кишку, начальный отдел тощей кишки, середину поперечно ободочной кишки. Воздействие осуществляют в импульсном режиме. В послеоперационном периоде производили воздействие ультразвука средней частоты в паравертебральной области (т8-11) и пе-

редней брюшной стенки. Воздействие осуществляли аппаратом УЗТ 101Ф с частотой 830 Гц с головкой излучателя площадью 4,4 кв.см.интенсивностью 0,2-0,6 Вт\кв.см, по подвижной методике в ультразвуковом режиме,(длительность импульсов- 10м/сек), обладающим своеобразным физиологическим действием. Которое заключается в большей мягкости и длительности проявления эффектов (длительность воздействия составляет 3-5 минут) на паравертебральную область в зависимости от возраста. У детей до 7 лет длительность воздействия составляет – 3 минуты, а у более старшего возраста – 5 минут. При этом осуществляется сегментарное воздействие ультразвука на кишечник. Контактной средой являлось вазелиновое масло. У наблюдаемых больных первое воздействие проводилось на следующие сутки после операции, последующие – 1 раз в сутки. Всего проводилось до 3 сеансов.

У детей с парезом кишечника с нарушением функции дыхания применяли способ улучшения дренажной функции бронхов (предпатент РК 11078) включающий в себя виброакустическое воздействие на грудную клетку с помощью акустических головок, притом создают дополнительную вибрацию внутри трахеи путем подачи прерывистого потока кислорода, причем частоту колебаний акустических головок и подачу кислорода в трахею синхронизируют. Способ значительно улучшает дренажную функцию бронхов, обеспечивая тем самым лечебный эффект.

S.A.Razumov

NEW TECHNOLOGIES IN TREATMENT PARESIS INTESTINES AT CHILDREN

Astana, Kazakhstan

ABSTRACT:

Diagnosis and treatment for enteroparesis of the children. In given article are considered methods about the treatment for enteroparesis of the children. In article are presented original of infantile enteroparesis's treatment which facilitates its resolution

© A.B.Slobodskoy, E.Yu.Osintcev, I.S.Badak, I.V.Voronin, 2007

А.Б.Слободской, Е.Ю.Осинцев, И.С.Бадак, И.В.Воронин

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА РЕВИЗИОННЫМИ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ИМПЛАНТАМИ

Областная клиническая больница, Саратов, Россия

АБСТРАКТ

Лечилось 62 пациента, которым выполнено тотальное ревизионное и онкологическое эндопротезирование тазобедренного сустава. Разработаны показания к таким операциям, технические особенности, дан анализ ближайших и отдаленных результатов.

Успехи в разработке и клиническом применении метода тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, достигнутые за последние десятилетия, являются огромным вкладом в прогресс травматологии и ортопедии (1, 4). Эндопротезирование тазобедренного сустава, как метод восстановления функции сустава и опороспособности конечности, прочно вошло в повседневную практику лечения больных с заболеваниями и повреждениями тазо-бедренного сустава. С каждым годом количество эндопротезирований тазобедренного сустава увеличивается и становится одной из самых распространенных операций в ортопедии (5, 6, 8). Однако рост числа опера-

ций первичного эндопротезирования неуклонно влечет увеличение потребности и в ревизионном эндопротезировании. Соотношение первичных и ревизионных операций во многих клиниках составляет 1/3 и даже 1/2 (2, 3, 7, 9). Онкологическое эндопротезирование, как и ревизионное гораздо сложнее и проблематичней первичного и имеет ряд принципиальных особенностей, на которых мы хотели бы остановиться в этой работе.

Под нашим наблюдением находилось 58 пациентов, которым выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава ревизионными и онкологическими имплантатами. 48 больным выполнено ревизионное эндопротезирование. после первичного эндопротезирования суставами Сиваша, Алтимед, ЭСИ, и Zimmer в сроки от 4 мес. до 12 лет. По поводу опухолей, метастазов,

Contact Information:

Prof. Alexander B. Slobodskoy
E-Mail: slobodskoy59@mail.ru

дефектов и нарушений консолидации переломов проксимального отдела бедренной кости оперировано 10 больных, которым проводилось эндопротезирование онкологическими эндопротезами.

Показанием к ревизии явилось асептическое расшатывание компонентов сустава, болевой синдром, застарелые вывихи в суставе, нарушение биомеханики ходьбы. Установлено, что при первичном эндопротезировании суставами Сиваша и Алтимед (92%) допущены дефекты в предоперационном планировании, установка имплантантов выполнялась без должного учета топографо – анатомических параметров тазобедренного сустава. В четырнадцати случаях эндопротезирования по Сивашу отмечен перелом ножки протеза, дистальный фрагмент которой удалялся через дополнительные фрезевые отверстия в диафизе бедренной кости.

Характерным для удаления суставов Сиваша было то, что чашка сустава, снаружи зарастала мощными остеофитами и рубцово – спаечной тканью и довольно трудно выделялась. Однако после удаления последних свободно удалялась из вертлужной впадины. Признаков остеоинтеграции на чашке мы практически не наблюдали, напротив, в большинстве случаев вертлужный компонент был покрыт соединительно – тканными оболочками, грануляционной и рубцовой тканями, что являлось свидетельством его нестабильности. Более, чем в половине случаев отмечалась миграция шпонки. Большой вертел только в 4 случаях находился на месте, во всех остальных случаях он свободно лежал по наружной поверхности в области средней ягодичной мышцы. Ножка же сустава Сиваша, благодаря круглой форме и дистальной системе фиксации вообще удалялась совершенно свободно, зачастую без специальных инструментов. Так же как и чашка костно – мозговой канал был заполнен фиброзной, грануляционной и рубцовой тканями, которые являлись «прослойкой» между ножкой сустава и внутренней поверхностью костно – мозгового канала.

У пяти больных во время удаления эндопротезов Сиваша в области шейки или чашки суставов обнаруживалось скопление жидкости (до 50 – 100 мл), мутно – серого цвета, иногда с зеленоватым оттенком, без запаха. Таким больным мы ограничивались только удалением эндопротезов и проведением курса антибактериальной терапии. При бактериологических посевах жидкость во всех случаях оказывалась стерильной. Эндопротезирование этим больным мы выполняли через 4 – 5 мес. после первой операции.

Причиной ревизии эндопротезов Алтимед (1 год с момента первой операции) явилось асептическое расшатывание как ножки, так и вертлужного компонента, который свободно откручивался рукой без помощи специальных инструментов, признаков остеоинтеграции ни на ножке, ни на чашке этого сустава мы также не отмечали. Полиэтиленовое покрытие вертлужного компонента с титановым напылением, за счет которого должно было происходить срастание с костью, свободно лежало в вертлужной впадине.

Ревизионное эндопротезирование суставов ЭСИ (3 случая) выполнялось в связи с застарелыми вывихами (2 – 4 мес. после первой операции), которые произошли в связи с нарушениями больными правил поведения после таких операций.

Для операции использовались стандартные ревизионные ножки фирмы «ЭСИ» (Москва), четырехгранной формы, цементные с проксимальной системой фиксации. Форма ножки позволяет плотно заполнить костно – мозговой канал, компенсировать дефекты проксимального отдела бедренной кости, при необходимости удлинить ногу. Технологические отверстия в метаэпифизарной области эндопротеза позволяют синтезировать большой вертел или укрепить сустав с помощью миофасциопластики.

Эндопротезирование индивидуальными онкологическими суставами выполнено у 8 пациентов по поводу патологических переломов проксимального отдела бедренной кости, связанных с опухолевым ростом или с целью замещения большого дефекта бедренной кости (до 12 см)

Во всех случаях получены хорошие анатомические и функциональные результаты. Осложнения в виде вывихов головки эндопротеза отмечены у 13 больных (23,2%) в раннем послеоперационном периоде, однако на общий исход лечения это не повлияло, неврологические расстройства имели место в 2 случаях и в 1 случае произошел перелом диафиза бедренной кости.

Таким образом, ревизионные и индивидуальные онкологические ножки фирмы ЭСИ, позволяют добиться хороших анатомических и функциональных результатов, в таких сложных ситуациях, которыми являются ревизионное и онкологическое эндопротезирование, при оптимальном сочетании «цена – качество».

ЛИТЕРАТУРА:

1. Волошин В.П., Оноприенко Г.А., Соколовский В.А., Зубиков В.С. и соавт. Тотальное Эндопротезирование при опухолях проксимального отдела бедренной кости // В материалах VIII Съезда травматологов – ортопедов России, Самара, 2006, т. II с.818
2. Каграманов С.В. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава эндопротезом Цваймюллера // Вестн. травм. и ортоп. 2006, №2, С.26-34.
3. Корж Н.А., Филиппенко В.А., Танькут В.А. и соавт. Профилактика осложнений и ошибок при эндопротезировании тазобедренного сустава // Травма.-2006.-Т.7, №3.-С.390-393.
4. Куропаткин Г.В. Хирургическая тактика при лечении гнойных осложнений эндопротезирования // В материалах VIII Съезда травматологов – ортопедов России, Самара, 2006, т. I с. 555
5. Прохоренко В.М., Павлов В.В., Фоменко СМ., Бондарев Ю.Н. и соавт. Осложнения эндопротезирования тазобедренного сустава // В материалах VIII Съезда травматологов – ортопедов России, Самара, 2006, т. II с. 1142
6. Dudkiewicz I, Covo A, Salai M, Israeli A, Amit Y, Chechik A. Total hip arthroplasty after avascular necrosis of the femoral head: does etiology affect the results? Arch Orthop Trauma Surg. 2004 Mar;124(2):82-5. Epub 2004 Jan 23
7. Ito H, Matsuno T, Aok Y, Minami A. Total hip arthroplasty using an Omniflex modular system: 5 to 12 years followup. Clin Orthop. 2004 Feb;(419):98-106.
8. Schneider W, Knahr K. Total hip replacement in younger patients: survival rate after avascular necrosis of the femoral head. Acta Orthop Scand. 2004 Apr;75(2):142-6.
9. Silva M, Lee KH, Heisel C, Dela Rosa MA, Schmalzried TP. The biomechanical results of total hip resurfacing arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2004 Jan;86-A(1):40-6

A.B.Slobodskoy, E.Yu.Osintcev, I.S.Badak, I.V.Voronin
ENDOPROTHESIS HIP JOINT REVISORY AND ONCOLOGY IMPLANTI

The Regional clinical hospital, Saratov, Russia

ABSTRACT:

The successes in development and clinical using the method all-out endoprosthesis hip joint, reached for the last decennial events, are an enormous contribution to progress of the traumatologies and orthopedicses. Endoprosthesis hip joint, as method of the reconstruction to functions of the joint, firmly fell into everyday practical person of the treatment sick with diseases and damages hip joint. Since each year amount endoprosthesis hip joint increases and becomes one of the the most wide-spread operation in orthopedicses. However growing of the number operation primary endoprosthesis steadily draws increase to need and in revisory endoprosthesis. The correlation primary and revisory operation in many clinic forms 1/3 and even 1/2. Oncology endoprosthesis, either as revisory much problematic primary and has a row of the principle particularities, on which we should like to stops in this work .

© O.V.Solomka, A.O.Prokopyev, A.M.Michalchuk, 2007

О.В.Соломка, А.О.Прокопьев, А.М.Михальчук
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ
И ДОППЛЕРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ
АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

*ГУ «Курганский областной кардиологический диспансер»
 ФГУ ВПО «Курганский государственный университет»
 Курган, Россия*

АБСТРАКТ

С целью выявления причин артериальной гипертензии обследовано 50 пациентов. Всем выполнено УЗИ почек в В-режиме и дуплексное сканирование с ЦДК почечных артерий. У 2 пациентов были выявлены объёмные образования надпочечников (аденома) (4 %). У 35 пациентов размеры почек и структурный индекс были в пределах нормы (70 %). У всех 35 обследованных было выявлено нарушение почечного кровотока в основном стволе, сегментарных артериях и артериях паренхимы. У 6 пациентов (12 %) было выявлено уменьшение в размерах одной из почек с нарушением почечного кровотока. У 9 больных (18 %) размеры почек были в пределах нормы, но уменьшены толщина паренхимы и структурный индекс. В паренхиме почек этих больных был зарегистрирован высокорезистивный кровоток. У 15 пациентов (30 %) наблюдалось сочетание причин артериальной гипертензии.

Ультразвуковое исследование почек в В-режиме и доплерография почечных артерий с цветным доплеровским картированием являются обязательными для больных с повышенным артериальным давлением, позволяя исключить нефрогенную артериальную гипертензию. Как известно, последнюю подразделяют на реноваскулярную, ренопаренхиматозную, смешанную и посттрансплантационную (Возианов О.Ф., Люлько О.В.). Дальнейшее обследование пациентов может включать (по показаниям) экскреторную урографию, компьютерную томографию, ангиографию почечных сосудов с контрастированием.

При традиционном ультразвуковом исследовании почек в В-режиме определяют положение почек (для исключения дистопии, а также избыточной подвижности (исследование в ортопозиции)), форму почек, размеры (для исключения аномалий развития, гипоплазии, сморщенной почки), толщину и структуру паренхимы, структурный индекс (Бурых М.П. и соавт.), оценку состояния чашечно-лоханочной системы и мочеточника, наличие или отсутствие патологических образований в почке и в области надпочечников.

Ультразвуковая доплерография сосудов почек с

цветным доплеровским картированием позволяет оценить качественные (состояние сосудистого рисунка, тип кровоснабжения, наличие или отсутствие симптома «обгорелого дерева», наличие добавочных сосудов) и количественные характеристики кровотока (измерение систолической и диастолической скорости, индекса резистентности). Индекс резистентности — один из наиболее информативных и часто используемых показателей для оценки почечного кровотока (Квятковский Е.А., Квятковская Т.А.).

Материалы и методы.

Для анализа отобраны истории болезни 50 пациентов, прошедших лечение в отделении артериальной гипертензии Курганского областного кардиологического диспансера за период 2005 — 2006 годов в возрасте от 40 до 60 лет (48 женщин и 12 мужчин).

Длительность артериальной гипертензии у 10 больных составила > 20 лет; у 33 больных — > 10 лет; у 7 больных — > 5 лет. Диагноз гипертонической болезни I стадии был поставлен 5 пациентам; ГБ II стадии — 32 больным; ГБ III стадии — имел место у 13 больных. Из 50 обследованных больных в анамнезе 10 пациентов перенесли хронический пиелонефрит.

Стабильно высокие цифры артериального давления наблюдались у 5 больных (III стадия ГБ) (вариации колебались от 190 до 210 мм рт. ст. и составили в среднем

Contact Information:

Dr. Alexander Prokopyev
 E-Mail: sasha11981@mail.ru