

Бюллетень мед. жур.- 2004. № 2.- с. 67-69

6. Гринь В.К., Фисталь Э.Я., Сперанский И.И., Колесникова Л.И., Лобачёва М.В., Чеглаков Е.В. Интегральные гематологические показатели лейкоцитарной формулы, как критерий оценки тяжести течения ожоговой болезни, её осложнений и эффективности проводимого лечения // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю 29-30 березня 2006 року "Сепсис: проблеми діагностики, терапії та профілактики". - Харків, 2006.- С.77-78

7. Алинис Г.В. Применение метода окрашивания тканей при ожоговой болезни. В кн.: Ожоги. Тезисы докладов XX научно-практической конференции.- Иркутск, 2007. с. 180-181.

8. Берман Л.В. Морфофункциональная характеристика кожи при ожоговой травме. // Сборник науч. тр.- Алматы, 2008.- т. //.- с. 160-161.

9. Бородин Ю.И., Григорьев В.Н. Лимфатический узел при циркуляторных нарушениях.- Новосибирск: Наука, 1986.- 268 с.

10. Петренко В.М. Лимфатический узел как новый комплексный лимфангион // Тез. Доклады съезда лимфологов России. - Санкт-Петербург, 2005. -С.229-230

11. Колесников С.И., Мичурин С.В., Семенов А.В., Вакулин Г.М. Печень и ее регионарные лимфатические узлы при воздействии 3,4-бензпиреном.- Новосибирск, 1995,- 218с.

12. Демченко Г.А., Абдрешов С.Н. Функциональное состояние брыжеечных лимфатических узлов при токсическом гепатите и после применения протекторных веществ // Тез. Докл. Международного симпозиума по современным проблемам лимфологии.- Алматы, 2009.- С.29-30.

13. Григоренко Д.Е., Хребтовский А.М. Печеночные лимфатические узлы крыс после действия СС14 // Морфология.- 2006.- Т.129, №4.-С.40.

14. Бородин Ю.И. Концепция лимфатического региона // Тез. Докл. II съезда лимфологов России.- СПб: изд. СПбГУ, 2005- С.34-35.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСАТОРОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Мамытов Э.Б., Маматалиев Э.К., Дюшеналиев Б.Б.
БНИЦТиО г. Бишкек

Резюме. Обобщен восьмилетний опыт оперативного лечения 23 пациентов с переломами бедренной кости с применением фиксаторов с памятью формы (ЭПФ). Возраст пациентов от 14 до 78 лет. Разработанная методика операций в комбинации внутреннего остеосинтеза и фиксаторов с памятью формы обеспечивает стабильный внутренний напряженный остеосинтез. Результаты лечения прослежены в течение одного года. У 20 (87) пациентов результаты хорошие, у 3 (13) - удовлетворительные.

Ключевые слова: кольцевидные фиксаторы и S-образные скобы с памятью формы (ЭПФ), внутренний напряженный остеосинтез, внутреннее шинирование.

Кортунду. Сан соогу сынгандарды озунун формасын эстет калуу ыкмасы бар кыскачтарды колдонулган 23 пациент даарыланган сегиз жылдык тажрыйба жыйналып корсотулгон. Оорулардын жашы 14тон 78 жашка чейин. Ушул иштелип чыккан оперативдик ыкма сооктун ичиндеги жана сыртындагы эстет калуу ыкмасы бар кыскачтар жакшы натыйжаларды берет. Даарылангандар бир жылга чейин козомолдо турушту. 20 (87%) оорулулардын натыйжасы жакшы, 3 (13%) - канааттандырарлык.

Негизги сөздөр: шакек-түрдүү жана S-түрдүү өзүнүн формасын эстет калуу ыкмасы бар кыскачтар, ички кыстап туруучу сөөктү кармоо, ички кыймылдатпо ыкма.

Resume. Eight-year experience of the operative treatment of 23 patients with fracture of the thighbone/femoris with using of fixatings with memory of the form (MoF) had been generalised. Patients' ages are from 14 till 78. The developed operation methods which combinate internal fixing with fixatings with memory of the form provide stable internal tense fixing. The results of the treatment had been monitored during one year. 20 (87%) patients showed good results, 3 (13%) - satisfactory.

Key words: annular fixatings and S - figurative staples with memory of the form (MoF), internal tense fixing, internal immobilization.



Введение. Несмотря на обилие всевозможных металлических фиксаторов, используемых для остеосинтеза трубчатых костей, продолжают поиски новых материалов и конструкций для погружного остеосинтеза, которые бы наиболее полно обладали функциональными свойствами. В сочетании с безопасностью и долговечностью, а также требовали бы минимум времени на их установку.

Совершенствование методов лечения больных с переломами бедренной кости является одной из сложных задач травматологии. Оперативное лечение направлено на восстановление анатомии и сохранение достигнутой репозиции с использованием накостный и внутрикостных шин. Интрамедуллярный остеосинтез штифтами без рассверливания костномозгового канала стал общепринятым способом фиксации переломов диафиза бедренной кости (особенно в условиях территориальных больниц) штифты без блокирования, шинируя диафиз изнутри, обеспечивают целостность, но не делают осевой и ротационной стабильности, что влечет за собой длительную иммобилизацию прилегающих суставов. Иммобилизация суставов приводит к нарушению трофики, рефлекторной дистрофии, контрактурам. Реабилитационный период у таких больных существенно затягивается.

Комбинированный остеосинтез с применением конструкций с памятью формы позволяет выполнить стабильную фиксацию и в послеоперационном периоде, обеспечив двигательную функцию суставов. При индивидуальном подборе фиксаторов с памятью формы в дополнение к внутреннему шинированию создается ротационная и осевая стабильность, постоянная межфрагментарная компрессия. Принцип компрессионного остеосинтеза дополняется принципом внутреннего шинирования. Это позволяет создать условия, стимулирующее раннее формирование костной мозоли. При поперечных диафизарных переломах бедренной кости после интрамедуллярного остеосинтеза устанавливаются S-образные скобы с удлиненными ножками, которые располагаются по разные стороны от штифта.

При спиральных и оскольчатых и переломах для обвивного шинирования на гвозде устанавливаются кольцевидные фиксаторы с памятью формы.

Материалы и метод. Комбинированный остеосинтез с применением фиксаторов с памятью формы произведен 23 пациентам с переломами бедренной кости. Возраст пациентов - от 14 до 78 лет. У 7 (30,4%) больных переломы локализовались в верхней трети бедра, у 12 (52%) - в средней трети и у 4 (17,6%) - в нижней трети.

Косые переломы в 5 (21,7%) случаях, спиралевидные у 8 (34,7%) больных, поперечные - у 5 (21,7%) и оскольчатые - 5 (21,7%) случаях. У 7 (30,4%) отмечались множественные травмы опорно-двигательного аппарата.

В течение первой недели после травмы оперированы 12 (52%) пациентов, у 11 (48%) пациентов остеосинтез выполнен на 8-16 сутки. Проводился открытый интрамедуллярный остеосинтез без рассверливания костно-мозгового канала, применялись штифты: ЦИТО Кюнчера, прямоугольного сечения. После продольного шинирования бедренной кости штифтом для сближения отломков на протяжении плоскости излома накладывались 2-3 кольцевидных фиксатора с памятью формы, 5 (21,7%) пациентам с короткой плоскостью излома после интрамедуллярного остеосинтеза накладывались S-образные скобы.

Комбинированный напряженный остеосинтез при поперечных переломах диафизарного сегмента выложен по схеме: штифт + S-образная скоба с длинными ножками с ЭПФ, с установкой ножек по разным сторонам штифта, через оба кортикальных слоя - 7 пациентам. При этом штифт применялся прямоугольного сечения.

Внутренний напряженный остеосинтез винтообразных переломов бедренной кости выложен по схеме: штифт + 2 или 3 кольцевидных фиксатора с термомеханической памятью формы. Кольца с памятью формы создают встречно-боковую компрессию отломков на штифте.

При оскольчатых переломах остеосинтез проводился на предварительно установленном штифте по схеме: штифт + 2 или 3 кольцевидных фиксатора с термомеханической памятью формы.

В послеоперационном периоде проводилась активное дренирование в течение 24-48 часов. Конечность укладывалась на шину. Гипсовые повязки не накладывались.

Результаты и обсуждение. В сроки 3,5-4 месяца переломы срослись у 8 (34,7%) больных. У

0,4%) пациентов сращение наступило через 2 месяцев и у 8 (34,8%) свыше 5,5 месяцев до 8 месяцев. У 2 (8,6%) больных с переломами нижней трети бедренной кости наблюдались умеренная контрактура коленного сустава. У 1 (4,3 %) больного было нагноение раны. После активной антибактериальной терапии, снятия швов, дренирования, перевязок и физиолечения, процесс был купирован. Результаты лечения прослежены в течение 1 года. У 20 (87%) пациентов достигнуты хорошие и у 3 (13%) удовлетворительные результаты.

Заключение. Результаты комбинированного внутреннего остеосинтеза бедренной кости показали, что оперативная техника безопасна, проста и надежна при правильном выполнении.

Достигается хорошая адаптация отломков и стабильность, что способствует улучшению естественных процессов сращения кости и обеспечивает функциональное послеоперационное восстановление.

Литература

1. Котенко В.В., Руководство по остеосинтезу фиксаторами с памятью формы, г. Новокузнецк, 1996, 2, 1
2. Копысова В.А., Городилов В.П. и др., Материалы международной конференции травматологов-ортопедов, Тезисы докладов, Новосибирск, 2007 г.
3. Котенко В.В., Копысова В.А., Остеосинтез длинных трубчатых костей. "Актуальные вопросы медицины катастроф", г. Новокузнецк, 2008 Г.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ

Калиев А.К., Искаков Н.Ж., Смагулов А.М.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра хирургических болезней №1, г. Алматы, Республика Казахстан

Резюме. Проведен анализ результатов лечения у 175 пациентов. Электрохимически активированный раствор нейтрального анолита оказывает выраженное бактерицидное и некролитическое действие, применение нейтрального анолита обеспечивает быструю ликвидацию гнойного отделяемого раны, уменьшает гиперемию и инфильтрацию вокруг раны. Применение препаратов цитокинов ("Беталеикин") с последующим применением раствора католита значительно стимулирует репаративные и ранозаживляющие процессы в ране. Комплексное же применение нейтрального анолита, препаратов цитокинов и католита существенно снижает средний показатель койко-дней.

Резюме. 175 пациентти дарылоо анализдеринин жыйынтыгы откорулгон электрохимиялык активдуу эритменин нейтралдуу анолиту бактерицилдик жана некролиттик жардам корсотуп, нейтралдык анолиту колдонуу прицдеген жараны тез аяктырып жаранын тегерегиндеги гиперемияны жна инфильтрацияны азайтат. Цитокин ("Баталеикин") преператтарян колдонуу кийинкиколит эритменин колдонууда бир далай репртильдик Жана жаракатта тез жандануу процессин стимулдантырат, комплекстуу нейтралдык анолиту, цитокин жна католит препарттарын комплекстуу колдонушу керебет-кундун орточо корсотмосун бир далай ылдыйлатат.

Resume. In this article analyze of treatment results of 175 patients was done. Electrochemical activate liquid of neutral anolit act frank bactericidal necrologic actions, and using of neutral anolit provide festinant liquidation of purulent discharge of wound, retract hyperemia and infiltration round wound. Using of preparation citocin ("Betaleicin") with follow-up using of catolit liquid greatly stimulate reparative and wound-healthing process in wound: Complex using of neutral anolit, preparation citocin and catolit greatly decrease middle ratio of bed-day.