

terminated in all cases. The staged cavernomyoplasty was carried out in all cases. The argon plasma coagulation of the cavity walls were carried out during cavernostomy and every two weeks in the process of the open cavity cure under the general anesthesia accompanying with antiseptics and specific drugs during the intensive system specific therapy. The results of the cure at 80% of the patients were evaluated as positive. The cavity in the operation place without bacterioexcretion were determined at two patients (20 %) according computed tomography (CT).

The argon plasma coagulation may be used as the additional method of cavity cure during the staged cavernomyoplasty at the patients with the progressing destructive pulmonary tuberculosis with multi-drug resistance (MDR).

Key words:

argon plasma coagulation, tuberculosis, cavernomyoplasty .

© S.A.Razumov, 2007

С.А.Разумов

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Казахская государственная медицинская академия, Астана, Республика Казахстан

АБСТРАКТ

В статье представлены материалы лечения пареза кишечника у детей. Представлены оригинальные методы лечения пареза у детей, способствующие его разрешению.

Ключевые слова:

парез кишечника, новые технологии, дети.

Проблемы лечения пареза кишечника у детей требуют пристального внимания детских хирургов, поиска новых методов диагностики и лечения этого заболевания.

В клинике детской хирургии г.Астаны находились на лечении 340 детей с аппендикулярным перитонитом. Цель исследования: изучение результатов лечения пареза кишечника у детей, эффективности методик лечения разработанных в клинике.

Разработаны и применяются следующие способы лечения.

Способ лечения пареза кишечника с помощью нейротропного даларгина (предпатент на изобретение РК N 11389) в начальной дозе 10 мг.кг с последующим увеличением дозы до 30 мг.кг. В предоперационной подготовке при перитоните включается даларгин в дозе 10 мг.кг внутривенно. В послеоперационном периоде продолжается введение даларгина через каждые 4 часа в дозировке 10 мг.кг. При появлении перистальтики кишечника даларгин вводится в дозе 30 мг.кг. Способ основан на свойстве даларгина усиливать перистальтику кишечника. Предложенный способ позволяет восстановить моторно эвакуаторную функцию кишечника при его парезе к концу первых- началу вторых суток.

Разработан способ стимуляции моторно эвакуаторной функции желудочно кишечного тракта и профилактики спаечной непроходимости кишечника (предпатент на изобретение РК N 11285) заключающийся в виброакустическом воздействии в диапазоне инфранизких и низких частот с частотой 5-500 Нр с изменением частоты звука в течение 0.5- 60 секунд по закону синусоида, осуществляется резонансное акустическое воздействие. Это заставляет различные структуры органов и тканей (кровеносные сосуды, лимфатические сосуды различного калибра, стенки кишечника и т. п.) колебаться с собст-

венной резонансной частотой в различные моменты времени, что способствует улучшению микроциркуляции кишечника и восстановлению его моторно-эвакуаторной функции. Кроме того, колебательные движения петель кишечника и передней брюшной стенки препятствуют возникновению спаечного процесса и разрывает нестойкие фибринные пластинки. Устройство (Лысенков С.П. с соавторами патент РК 5869), состоит из нескольких генераторов, мощного усилителя, процессора управления и двух специальных низкочастотных излучателей мощностью по 50 Вт каждый. Электронное устройство генерирует синусоидальное колебание в диапазоне 5-500 Нз. Выходной сигнал плавно меняет свою частоту по закону синусоиды в указанном диапазоне частот за время от 0,5-60 секунд. С целью усиления резонансного воздействия имеется режим, где частотная модуляция осуществляется в поддиапазоне основного диапазона, который с каждым периодом изменяет свои границы в область высших частот и, дойдя до максимума, возвращается в область низких частот. Цикл длится 1 минуту. Выходная мощность регулируется плавно от 0-50 Вт для каждого канала. Для более глубокого проникновения акустических волн звуковые излучатели могут работать со сдвигом фаз 180 градусов (при взаимно противоположном расположении излучателей на поверхности тела.). Виброакустический резонансный массаж осуществляется следующим образом: два акустических излучателя плотно прикладываются к передне-боковой поверхности брюшной стенки, располагаясь справа и слева от срединной линии на уровне пупка. В таком режиме озвучивание проводится в течение 2-3 минут с работой излучателей сначала синхронно в течение 2 минут, затем в противофазе – 180 градусов. После этого акустические излучатели перемещаются и переключаются в передне-заднем направлении и подключаются в противофазе. Таким образом, одна излучающая головка располагается в проекции позвоночника, а другая располагается на передней брюшной стенке. Озвучивание проводится в течение 4-6 минут 4-6 раз в сутки. Способ применим при лечении парезов

Contact Information:

Dr. S.Razumov

E-Mail: gdb2_astana@mail.ru

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-т11) 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 it's 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 повсеместную практику лечения больных с заболеваниями и повреждениями тазобедренного 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 проблематичнее 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