

- ✦ расстояние от костной границы спинномозгового канала до передней ленты контрастного вещества;
- ✦ протяженность компрессии;
- ✦ ширину заполнения контрастом боковых ликворных пространств (резервных пространств).

После проведенного анализа миелограмм нами выделено три варианта или степени нарушения проходимости субарахноидального пространства:

- ✦ сужение субарахноидального пространства по вогнутой стороне дуги деформации;
- ✦ отсутствие проходимости по вогнутой стороне вершины дуги деформации;

- ✦ отсутствие проходимости по вогнутой стороне дуги на протяжении нескольких позвонков.

ВЫВОДЫ

1. Контрастирование субарахноидального пространства у больных сколиотической деформацией III – IV степени не представляет сложности.

2. Контрастирование субарахноидального пространства позволяет оценить его размеры на всем протяжении и выявить деформацию.

3. Варианты взаимоотношений субарахноидального пространства и спинного мозга в деформированном позвоночном канале возможно разделить по степеням, которые характеризуют нарушение ликвородинамики и возможные неврологические синдромы.

УДК 616.728.3:616-072.1

В.В. Самойлов, М.В. Бубенко, В.В. Доржеев

АРТРОСКОПИЯ, КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Читинская государственная медицинская академия (Чита)
Городская клиническая больница № 1 (Чита)

Авторы доказывают преимущество артроскопического метода лечения повреждений и заболеваний коленного сустава.

Ключевые слова: артроскопия, коленный сустав

ARTHROSCOPY AS A METHOD OF COMPLEX DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF INJURIES AND DISEASES OF THE KNEE JOINT

V.V. Samoylov, M.V. Bubenko, V.V. Dorzheyev

Chita State Medical Academy, Chita
City Clinical hospital N 1, Chita

The authors prove the advantages of arthroscopic method of treatment of injuries and diseases of the knee joint.

Key words: arthroscopy, knee joint

Артроскопия — это эндоскопическая методика исследования суставов, позволяющая детально изучить поверхностную морфологию хряща и уточнить диагноз с помощью проведения прицельной биопсии, выполнить малоинвазивные операции в полости сустава под контролем оптики, сочетая с внутрисуставным введением лекарственных препаратов. Современная артроскопия располагает широким арсеналом средств, позволяющих не только решать диагностические задачи, но и выполнять большинство самых сложных внутрисуставных вмешательств.

В работе проанализированы результаты применения лечебно-диагностической артроскопии у 450 больных с травмами и заболеваниями коленного сустава, лечившихся в клинике травматоло-

гии МУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Читы в период с 2001 — 2004 гг.

Артроскопия выполнялась после завершения традиционного клиничко-лабораторного и рентгенологического обследования, в том числе УЗИ и МРТ. Все артроскопии были выполнены в плановом порядке, вид обезболивания применялся строго индивидуально, однако преобладали внутривенный наркоз и проводниковая анестезия. Мужчин было в 2,5 раз больше, чем женщин. У 9 (2 %) больных артроскопии были диагностические. С острыми повреждениями внутрисуставных структур артроскопия выполнена у 35 (7,7 %) пациентов, в том числе, при внутрисуставных переломах — у 7 (1,5 %), при гемартрозе и повреждении менисков — у 28 (6,2 %) больных (табл. 1).

Таблица 1
Виды повреждений и заболеваний при выполнении артроскопии

Вид повреждения	Всего
Повреждение менисков	343
Внутриуставные переломы	7
Остеоартрозы	66
Артогенные контрактуры	3
Болезнь Гоффа	16
Повреждение ПКС	6
Диагностические артроскопии	9
Всего	450

В структуре повреждения преобладали разрывы менисков (343). Четко определялся вид разрыва, протяженность; выполнялись операции по сохранению менисков для обеспечения в последующем биомеханики в области сустава и предохранения хрящевых поверхностей от преждевременного износа, а значит, и профилактики остеоартроза. Пластика

передней крестообразной связки костно-сухожильно-костным аутотрансплантантом из собственной связки надколенника выполнялась у 6 (1,3 %) больных. Учитывая клинику и стадию развития артроза (66), у 7 больных выполнялись артротомии, направленные на удаление синовия и свободно лежащих хондроматозных тел. По нашим данным, предоперационный клинико-рентгенологический диагноз подтвердился только в 73,1 % случаях. В 28,7 % случаев были обнаружены дополнительные повреждения.

К безусловным преимуществам артроскопических операций следует отнести малую травматичность, потенцированную местную анестезию, отсутствие значимой кровопотери, высокий экономический и лечебный эффект. При артроскопии значительно сокращены средние сроки госпитализации и дни нетрудоспособности (в сравнении с традиционной схемой лечения): 2–4 дня и 17,6 дней соответственно; 14 дней и 1,5–2 мес. соответственно. Своевременно проведенные операции с правильным ведением послеоперационного периода способствуют раннему восстановлению функции коленного сустава.

УДК 616.361-005.1-07:616-072.1

В.В. Юрченко, Е.А. Ильичева

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРАНЗИТОРНОЙ ГЕМОБИЛИИ ЗА СЧЕТ АКТИВНОЙ АСПИРАЦИИ ЧЕРЕЗ НАЗОБИЛИАРНЫЙ ДРЕНАЖ

*Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича (Красноярск)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Предложен метод диагностики транзиторной гемобилии с помощью назобилиарного дренирования с активной аспирацией желчи. В результате проведенных исследований установлено, что данный метод диагностики является эффективным при данной патологии.

Ключевые слова: гемобилия, назобилиарное дренирование, эндоскопическая папиллосфинктеротомия

POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS OF TRANSITORY HEMOBILIA DUE TO ACTIVE ASPIRATION THROUGH NASOBILIAR DRAINAGE

V.V. Yurchenko, E.A. Ilyichiova

*City Clinical Hospital N 6 named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk
SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk*

The authors suggested the method of diagnostics of transitory hemobilia with the help of nasobiliar draining with active bile aspiration. In the result of conducted investigations it was established that this method of diagnostics is effective at this pathology.

Key words: hemobilia, nasobiliar draining, endoscopic papillosphincterotomy

Гемобилия является достаточно редко встречающимся в клинической практике синдромом (по данным разных авторов 0,7–1,1 % [1]). Как правило, она возникает на фоне травмы печени, оперативных вмешательств на ней, злокачественного ее поражения [1, 2]. Гемобилия может протекать как в постоянной форме, так и транзиторно. Постоянную форму не представляет труда диагностировать с помощью обычной дуоденоскопии (рис. 1). Немного сложнее диагностировать транзиторную

форму гемобилии, особенно, если у пациента имеют место другие потенциальные источники кровотечения — эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Попадающая на поверхность эрозий или язвы кровь может оставлять на ней следы гематина, имитирующего кровотечение с поверхности эрозивно-язвенного поражения. Обнаружить транзиторную гемобилию периодическими эндоскопическими осмотрами представляется достаточно проблематично. При