

LONG JOINT PERFUSION AS METHOD OF THE TREATMENT OF CHRONIC SYNOVITIS AT OSTEOARTHRITIS

L.N.DOLGOVA, I.G.KRASIVINA, A.S.NOSKOVA, E.A.SAVINOVA

Summary

The purpose of this studies was a comparative estimation short-term results using two methods local therapy beside osteoarthritic patients with chronic synovitis of knee joint: long joint perfusion (LJP) and intraarticular injection of glucocorticosteroides (GKS). The procedure of LJP realized in accordance with requirements of the patent №2197192. It is proved that manipulate of LJP have the analgetic action comparable, but on row parameter exceeding local injection of GKS beside OA patient with persistently recidive gonarthritis. The manipulate of LJP can be the alternative to GKS-therapy, in events chronic persistently current synovitis of knee joint.

Key words: chronic synovitis, glucocorticosteroides

УДК 616.34-071-089

ФОНО-БАЛЛОНОЭНТЕРОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОЦЕНКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ КИШЕЧНИКА

Г.М. ДАЛГАТОВ, У.З. ЗАГИРОВ, Н. М. ЗАГИРОВА,
З. М. МАГОМЕДОВ, М.А. САЛИХОВ*

Проблема диагностики различных форм послеоперационной кишечной непроходимости (КН) обусловлена сложностью их патогенетических механизмов, трудностью выявления свойственных им симптомов при обширной клинической информации [3, 5–6]. Более того, послеоперационная механическая непроходимость нередко скрывается парезом, что приводит к сглаживанию остроты ее симптоматики. В то же время подход к лечению этих патологических состояний кардинально отличается. Лечение динамической КН в основном консервативное, прибегать к оперативному вмешательству следует когда консервативная терапия безуспешна. А в случае послеоперационной механической КН необходимо раннее оперативное вмешательство, что предотвращает возникновение тяжелых осложнений.

Общеклиническая симптоматика не всегда позволяет дифференцировать разные формы послеоперационных двигательных нарушений кишечника. По данным [1, 8], эффективность рентгенологического исследования в диагностике послеоперационной кишечной непроходимости оценивается в пределах 60–92%. Четкие различия в рентгенологических признаках функциональной и механической КН, характерные для ранних этапов патологического процесса, становятся весьма условными и общими для поздних стадий, осложнившихся синдромом кишечной недостаточности [2, 4, 7]. В связи с этим нередко релапаротомии выполняют поздно, на фоне развивающегося перитонита, что всегда оказывает неблагоприятное влияние на исход лечения. С другой стороны, любая необоснованная релапаротомия у пациентов с послеоперационной функциональной КН сама по себе связана со значительным риском утяжеления состояния и развитием новых осложнений. Эти обстоятельства обуславливают необходимость своевременной дифференциации генеза КН у больных в послеоперационном периоде.

Анализировали результаты лечения 127 больных с послеоперационными моторно-эвакуаторными нарушениями кишечника, развившимися после экстренных операций на органах брюшной полости. В первой группе (79 больных) проведен стандартный диагностический подход с использованием общеклинических, лабораторных и рентгенологических методов исследований. В этой группе у 74 (93,7%) пациентов своевременно установлен правильный диагноз; из них у 66 пациентов имелась функциональная КН и у 8 больных – механическая КН.

В то же время у 5 (6,3%) пациентов своевременно не установлен генез послеоперационных моторно-эвакуаторных нарушений кишечника; двум больным с подозрением на механическую КН на 4–5 сутки после первой операции произведена не-

обоснованная релапаротомия, на операции выявлена картина разрешающегося перитонита и послеоперационного пареза кишечника (ПК). У 3-х больных с послеоперационной КН механического генеза повторная операция выполнена через 1–2 суток. При релапаротомии у одного из них выявлена спаечная КН, у второго – межпетельный абсцесс.

Во второй группе у 48 больных наряду со стандартными общеклиническими, лабораторными и рентгенологическими исследованиями в дифференциации послеоперационных моторно-эвакуаторных нарушений использована мониторинговая фоно-баллоноэнтерография (ФБЭГ) с помощью предложенного нами устройства (положительное решение заявки на полезную модель №2005115210 (017434) от 18.05.2005г.). Оно представляет собой хлорвиниловую трубку, разделенную перегородкой по всей длине на три просвета. На проксимальном конце трубки один из просветов сообщается с эластическим резиновым баллоном и служит для регистраций перистальтических колебаний стенки кишки. Второй просвет служит для определения уровня внутрикишечного давления, а также дренирования тонкого кишечника (по типу назоинтестинальной интубации). Дистальные концы обоих просветов соединены через зажимы с устройством для определения уровня водяного столба. Через третий просвет проведен соединительный электрический провод, к которому на проксимальном конце присоединен датчик для внутрикишечной фонографии, а на дистальном конце трубки этот провод подключен к устройству для записи звукового сигнала (рис.1). При анализе итогов ФБЭГ критериями оценки характера двигательных нарушений кишечника являлись показатели мощности перистальтических шумов кишечника, уровень внутрибаллонного давления (ВБД) и внутрикишечного давления (ВКД).

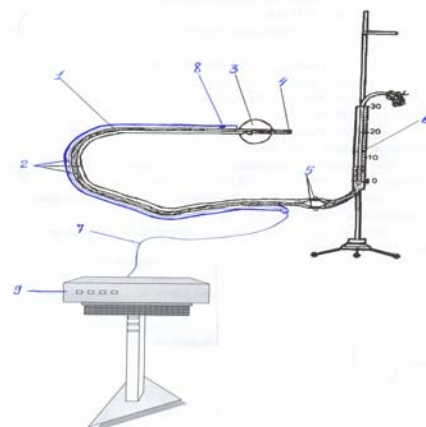


Рис. 1. Схема устройства для фоно-баллоноэнтерографии

У 34 больных из второй группы своевременно установлен диагноз ПК. На ФБЭГ у этих пациентов ПК характеризовался резким снижением мощности перистальтических шумов (мощность звукового сигнала 2,3 дБ) и одинаково высокими цифрами ВБД (42 мм вод. ст.) и ВКД (38 мм вод. ст.) с минимальной их разницей (4 мм вод. ст.). Повышение мощности шумовых сигналов и увеличение разницы давлений в пользу ВБД (свыше 12 мм вод. ст.) подтверждает тенденцию к разрешению ПК. На фоне проведенной инфузионной терапии и стимуляции кишечника у этих пациентов к началу 3 суток после операции наблюдалось нарастание мощности перистальтических волн, повышение разности показателей ВБД и ВКД (более 12 мм вод. ст.) в пользу первого. Изменения показателей ФБЭГ регистрировались в среднем на 6 часов раньше клинических проявлений ПК (рис.2).

У 14 больных наблюдалось затяжное течение функциональной КН по типу послеоперационного паралича кишечника. У них на ФБЭГ регистрировалось резкое снижение сократительной активности тонкой кишки, повышение ВБД до 39 мм вод. ст. и ВКД до 38 мм вод. ст.; при этом их разность приближалась к нулю. На фоне адекватного лечения со стимуляцией кишечника у этих пациентов мощность перистальтических шумов увеличилась до 3,5 дБ, разность ВБД и ВКД оставалась низкой, что говорило о начальных проявлениях эвакуаторной деятельности кишечника, хотя клинически у них все еще сохранялась симптоматика паралича. При дальнейших динамических исследованиях у 11 из этих пациентов на фоне высоких показателей ВБД снижился

* Дагестанская госмедакадемия, г. Махачкала Кафедра хирургии педиатрического, стоматологического факультетов

уровень ВКД, что давало увеличение разности этих двух давлений и свидетельствовало о функциональном генезе КН и эффективности консервативной терапии. Следовательно, паралич кишечника характеризуется резким снижением мощности перистальтических шумов и одинаково высокими цифрами в ВБД и ВКД с минимальной их разницей (<4–6 мм вод. ст.). Повышение мощности перистальтических шумовых сигналов и рост их разницы в пользу ВБД подтверждают тенденцию к разрешению паралича кишечника (рис.3).

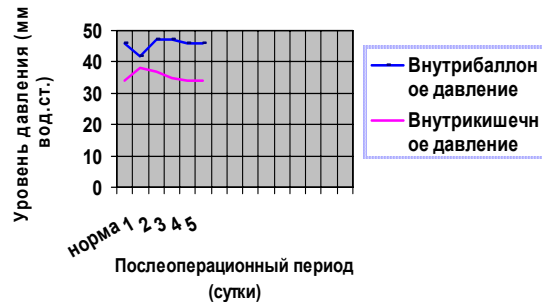


Рис. 2. Сравнительная динамика изменений показателей фоно-баллоноэнтерографии у больных послеоперационным парезом кишечника

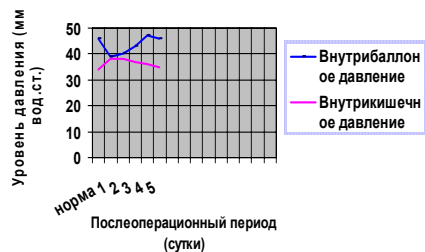


Рис. 3. Сравнительная динамика изменений показателей фоно-баллоноэнтерографии у больных послеоперационным параличом кишечника

У остальных трех больных симптоматика КН постепенно прогрессировала. У 2-х из них при мониторинговых исследованиях, на фоне максимально высоких показателей мощности перистальтического сигнала (4,2 дБ) и ВБД (49 мм вод. ст.), уровень ВКД прогрессивно повышался до 53 мм вод. ст., что создавало отрицательную разницу показателей ВБД и ВКД в пользу последнего («минус» 4 мм вод. ст.), более того у них возникали дизритмии (изменение частоты и ритма кишечных волн) и маятникообразные повышения ВБД и ВКД за счет развития антиперистальтических движений кишечника. Уменьшение разницы уровней ВБД и ВКД на фоне возрастающей мощности шумовых сигналов свидетельствует о возможности механической КН. Выравнивание или отрицательное соотношение показателей ВБД и ВКД в пользу последнего, особенно на фоне усиления перистальтических шумов и возникновения феномена тахизентерии или дизритмии, сигнализирует о развитии наиболее неблагоприятных и тяжелых двигательных нарушений кишечника и необходимости хирургического вмешательства (рис.4).

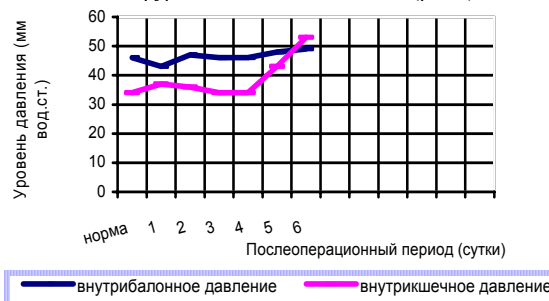


Рис. 4. Сравнительная динамика изменений показателей фоно-баллоноэнтерографии у больных с послеоперационной механической кишечной непроходимостью

У всех этих больных при релапаротомии подтвержден механический характер КН: у двух выявлена спаечная КН, у одного причиной стойкой КН явился межпетельный абсцесс.

Оперативное устранение причины, поддерживающей явления КН, привело к восстановлению двигательной активности

кишечника. Таким образом, разработанные нами устройства для ФБЭГ, совместно с другими традиционными методами исследований, позволяет своевременно и объективно оценить характер послеоперационных моторно-эвакуаторных нарушений кишечника и определить адекватную тактику лечения больных.

Литература

1. Абдуллаев Э. Г. //СПб МАПО.– 1998.– С. 30.
2. Берсенева Э. А. // Тез. докл. Пленума комис. АМН СССР и Всесоюз. конф. по неотлож. хирургии.– 1999.– С. 18–20.
3. Васильев И.Т. и др. // Первый Моск. междунар. конгр. хир.– М., 2003.– С.123–125.
4. Красильников Д.М. и др. // Тез. 9-го Всерос. съезда хирургов.– Волгоград, 2000.– С. 180.
5. Потемкина Е.В. и др. // Хирургия.–1996.– № 9.– С. 48–53.
6. Balthazar E., George W. // AJR.–1994.– Vol.162.– P. 255.
7. Gore R. M. et al. (eds). Textbook of Gastrointestinal Radiology.– Philadelphia, W. B. Saunders, 1994.– P.52–55.
8. Meakins J.L., Marshall T. //Arch Surg.– 1996.– Vol. 121.– P. 197–201.

PHONOBALLONONENTEROGRAPHICAL MONITORING IN THE ESTIMATION OF POST-OPERATIVE INTESTINAL MOTOR DISORDERS

G.M. DALGATOV, U.Z. ZAGHIROV, N.M. ZAGHIROVA,
Z.M. MAGOMEDOV, M.A. SALIKHOV

Summary

A comparative estimation of effectiveness of monitoring phonoballoonenterography in differentiation of post-operative intestinal motor-evacuator disorders in 127 patients after different emergency surgical procedures in abdomen during peritonitis is given. Post-operative functional intestinal obstruction is characterized by decreasing of peristaltic sound power and high rate of intra-balloon and intra-intestinal pressures; during monitoring observation the rise of sound signals' power and the increase of the difference between the pressures in favour of the intra-balloon pressure confirm the tendency to the settlement of the process. Equalization or negative ratio of the indexes of intra-balloon and intra-intestinal pressures in favour of the latter especially with the increasing of peristaltic sounds like tachienteria or dysrhythmia signalizes of the development of motor disorders and shows the necessity of emergency surgical procedures.

Key words: post-operative intestinal motor-evacuator disorders

УДК: 618.14 – 007.415: 575.113

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

М.Л. ДОБРЫНИНА*, Ж.А. ДЮЖЕВ*, М.А. ЛИПИН*,
Д.М. ПОЛУМИСКОВ*, А.В. ПОЛЯКОВ**, И.Н. ФЕТИСОВА*

Введение. Частота эндометриоза достигает 10% среди заболеваний половой системы женщины и до 50% – нарушениях репродуктивной функции [1]. Доказана генетическая предрасположенность к этому заболеванию [2, 3]. Эндометриоз наследуется полигенно. В условиях недостаточной изученности этиологии, тонких механизмов патогенеза наружного генитального эндометриоза (НГЭ) поиск новых, в т.ч. генетических, факторов развития гетеротопий эндометрия представляется актуальным.

Цель работы – изучение полиморфизма генов фолатного обмена (MTRR, MTHFR) при НГЭ.

Материал и методы. Исследование полиморфизма генов фолатного обмена проведено у 54 женщин, страдающих НГЭ и нарушением репродуктивной функции. У 49 из них имело место эндометриоз-ассоциированное первичное бесплодие, у 5 была привычная потеря беременности ранних сроков. Контроль составили 52 репродуктивно здоровые женщины. Мультиплексную ПЦР проводили на с использованием ДНК-полимеразы *Termus aquaticus*. После амплификации фрагменты генов MTHFR C677T,

* ФГУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова РЗ 153731, г. Иваново, ул. Победы, д.20; e-mail: ivninf@ivnet.ru

** ГУ Медико-генетический научный центр РАМН, 115478, г. Москва, ул. Москворечье, д.1; e-mail: dnalab@online.ru