

го отдела подвздошной кишки, ущемленной в баугиниевом жоме (6 больных), а у остальных была тонкокишечная инвагинация, которую на начальном этапе применения лапароскопии мы не пытались расправить.

У 4 детей после дезинвагинации под контролем оптики были выраженные вторичные изменения со стороны червеобразного отростка: отек, интрамуральные гематомы. Всем им выполнена аппендэктомия комбинированным способом. Для этого в точке Мак-Бурнея в брюшную полость вводили троакар 5 или 10 мм (в зависимости от возраста ребенка и толщины передней брюшной стенки). Под контролем оптики захватывали червеобразный отросток и вместе с троакаром выводили его наружу. Для уменьшения натяжения брыжейки червеобразного отростка устраняли пневмоперитонеум. Выполнялась типичная лигатурная аппендэктомия и после повторного создания пневмоперитонеума культя червеобразного отростка мигрировала в брюшную полость. Простота и надежность такого метода аппендэктомии позволяет считать ее операцией выбора при инвагинации.

Ни в одном из наших наблюдений не было технических осложнений в процессе дезинвагина-

ции, вторичных осложнений от неправильной оценки тяжести циркуляторных изменений тканей ущемленной кишки.

У одного мальчика в правой подвздошной области, в точке введения манипуляционного троакара, через 1 мес. выявилась небольших размеров вентральная грыжа. Выполнена в плановом порядке операция по ушиванию мышечного дефекта размером примерно 8 мм. Содержимым грыжи была верхушка червеобразного отростка.

Сравнение техники дезинвагинации под контролем лапароскопа с ее традиционным проведением с использованием рентгеноскопии свидетельствует о преимуществах первого метода:

- отсутствует лучевая нагрузка;
- возможна исходная визуальная оценка состояния тканей, что снимает широкий перечень противопоказаний для дезинвагинации без лапаротомии;
- более объективный контроль за качеством расправления инвагината и состоянием тканей кишки после устранения непроходимости;
- возможность попутной (по показаниям) аппендэктомии и фиксации купола слепой кишки;
- перспектива устранения тонкокишечной инвагинации.

LAPAROSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN

V.N. Stalmakhovich

(Department of pediatric surgery, University of postgraduate medical education)

44 cases of intestinal intussusception in children were analysed. In all cases laparoscopy was used for diagnosis and treatment. In most cases (32) we had good results. We revised contraindications for conservative treatment. Signs of peritonitis and intestinal ileus are the indication for laparotomy.

Литература

1. Баиров Г.А. Срочная хирургия у детей. – СПб., 1977.

2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И. Лапароскопия в лечении кишечной инвагинации у детей // *Анналы хирургии*. – 1996. – №1, С.77-81.

© БАРАБАШ И.В. –
УДК 616.1:616.728.2

ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

И.В. Барабаш.

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – член-корр. РАМН А.А. Дзизинский, кафедра травматологии, ортопедии и В.П.Х., зав. – Лауреат Государственной премии РФ, заслуж. деятель науки и техники РФ, д.м.н., проф. А.П. Барабаш)

Резюме. Проведен анализ ЭКГ у 117 больных с различной патологией тазобедренного сустава, лечившихся методом тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в 3-х возрастных группах: 1 группа – от 20 до 40 лет (33 чел.), 2 – от 41 до 60 лет (68), 3 – от 61 года и старше (16) до операции, на 1, 10, 20, 30 сутки, через 6 месяцев и год после неё. Описаны наиболее типичные изменения на ЭКГ с учетом сопутствующей соматической патологии, как до операции, так и развивающиеся в ответ на воздействие факторов операционной агрессии. Выявлены критические сроки возникновения осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (вплоть до развития инфаркта миокарда) и сроки восстановления возникших нарушений после операции. Полученные данные помогут терапевтам поликлиник выработать совместную

с ортопедами-травматологами тактику ведения данной категории больных на амбулаторном этапе.

Стойкая тенденция роста дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава, не только у лиц пожилого и старческого возраста, но и у молодых ставит вопрос о необходимости поиска путей устранения уже наступивших анатомических изменений в тканях сустава. В ряде случаев завершающим этапом лечения данной категории больных является операция тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС). При этом недостаточно учитывается то обстоятельство, что абсолютное большинство больных подходит к этому этапу лечения с отягощенным анамнезом как в плане патологии тазобедренного сустава, так и соматически. Причем это касается всех возрастных групп. Соматическая патология встречается у данной категории больных в 93% случаев. Причем преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы, что, по нашим данным, составляет 35% [1], а по данным Н.В. Корнилова с соавт. – 65,4% [4]. Соматическое состояние этих больных также отягощается предшествующей хирургической агрессией (нередко неоднократными операциями, наркозом, гемотрансфузиями, медикаментозным лечением и т.д.). Вмешательство на тазобедренном суставе создает предпосылки развития шокогенных реакций и может спровоцировать в послеоперационном периоде обострение сопутствующих заболеваний. Возникающие при этом гипоксия и дисбаланс электролитов оказывают отрицательное влияние на сердечно-сосудистую систему.

Проведение оперативного вмешательства на тазобедренном суставе наиболее благоприятно, когда не наблюдается обострений соматических заболеваний. Поскольку оперативное лечение данных больных осуществляется в плановом порядке, целесообразно больным с отягощенным анамнезом перед поступлением в клинику амбулаторно проводить курсы подготовительной терапии, что будет способствовать более благоприятному течению операции и послеоперационного периода, сократит сроки пребывания в стационаре.

В литературе описано, что оценка эффективности оперативного лечения методом ТЭТС оценивается по следующим критериям: исчезновению болевого синдрома, достигнутой опороспособности конечности, стабильности компонентов эндопротеза, при этом не уделяется должное соматическому состоянию больного. Ортопедо-травматологов не заботят вопросы прогрессируют ли после хирургической агрессии хронические заболевания у данных больных, ухудшилось ли в целом качество их жизни даже при благополучном состоянии в тазобедренном суставе. В ряде случаев больные просто остаются без должного внимания специалистов, в помощи которых они еще продолжают нуждаться довольно длительное время. Роль диспетчера в этом вопросе должен

выполнять терапевт. Но, к сожалению и терапевты недостаточно осведомлены в вопросах патогенетических изменений: происходящих в организме и сроках восстановления по органам и системам после столь тяжелой хирургической агрессии как ТЭТС, которая сопровождается кровопотерей от 13% до 48%. Улучшение же исходов лечения в целом во многом зависит не только от резервов компенсаторных механизмов больных, но и от правильной оценки соматического состояния на амбулаторном этапе, начиная с отбора и подготовки к операции, а также и от своевременной коррекции состояния в послеоперационном периоде.

Цель работы – выявить изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с патологией тазобедренного сустава до и после операции ТЭТС и нацелить терапевтов поликлиник на выработку совместной с ортопедами-травматологами тактики ведения данной категории больных на амбулаторном этапе.

Алгоритм ведения больных с патологией тазобедренного сустава, лечившихся методом эндопротезирования был опубликован нами ранее [3]. В этой работе мы остановились на изменениях со стороны сердечно-сосудистой системы, которые происходят до и после ТЭТС у больных различных возрастных групп, на основании анализа ЭКГ у 117 больных.

Материалы и методы

ЭКГ у 117 больных записывали в 12 общепринятых отведениях с помощью электрокардиографа Bioset 6000 (производство Германия) до операции, на 1, 10, 20, 30 сутки, через 6 месяцев и год после нее. Анализировались следующие показатели ЭКГ: зубцы P, R, S, T, изменения комплекса QRS, интервалов P-Q, R-R, ST, QRST, сократительная способность миокарда оценивалась по формуле Базеда. Для оценки результатов исследования все больные в зависимости от возраста были разделены на группы: I группа – от 20 до 40 лет (33 чел.), II – от 41 до 60 лет (68), 3 – от 61 года и старше (16).

Результаты и обсуждение

Учитывая наличие сопутствующих соматических заболеваний у больных I группы (табл.1), 18 из 33 больным в течение 10 дней проводилась предоперационная подготовка, направленная на санацию хронических очагов инфекции и коррекцию психического статуса.

До операции вариант нормальной ЭКГ в I группе был выявлен у соматически практически здоровых больных и у II – с сопутствующим аутоиммунным тиреоидитом без нарушения функции щитовидной железы. Нижнепредсердный ритм сердца регистрировался у больной с вторичной симптоматической артериальной гипертензией на фоне почечно-каменной болезни. Синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) встре-

тился при следующих сопутствующих заболеваниях: болезни Бехтерева; хроническом необструктивном бронхите; кожных заболеваниях, при которых в 50% случаев сочетался с нарушениями процессов реполяризации в боковой стенке левого желудочка, а в других 50% – с неполной блокадой правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ). СРРЖ наблюдался при заболеваниях щитовидной железы, в 50% случаев сочетался с умеренными нарушениями процессов реполяризации в миокарде левого желудочка. Незначительные нарушения процессов реполяризации в миокарде левого желудочка и НБПНПГ были зарегистрированы у больных хроническим тонзиллитом, как проявление тонзиллогенной миокардиодистрофии. При нейроциркуляторной дистонии изменения на ЭКГ были весьма различны: от наличия НБПНПГ и феномена укорочения интервала PQ до нарушения процессов реполяризации и перегрузки левого желудочка. Перегрузка левых отделов сердца, НБПНПГ и снижение сократительной способности миокарда регистрировались при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Таблица 1

Сопутствующие заболевания у больных с патологией тазобедренного сустава в возрасте 20-40 лет

Сопутствующие заболевания	Количество больных	
	абс.	%
Заболевания щитовидной железы	4	12,1
Хронический тонзиллит	5	15,1
Хронический тонзиллит + хронический гастрит	2	6,1
Хр. тонзиллит + аутоиммунный тиреоидит	2	6,1
Нейроциркуляторная дистония	5	15,2
Симптоматическая АГ на фоне ПКБ	1	3,0
Хронический необструктивный бронхит	1	3,0
Хронический гастрит	2	6,1
Кожные заболевания	2	6,1
Болезнь Бехтерева	1	3,0
Практически здоровые	8	24,2

До операции наиболее часто регистрируемые на ЭКГ изменения в данной возрастной группе – это НБПНПГ, которая была выявлена у 1/3 больных, СРРЖ имел место у каждого четвертого, признаки перегрузки левого желудочка – у 6-7 больного, феномен укорочения интервала PQ – у 16.

С 1-ых суток после операции практически у всех больных I группы на ЭКГ регистрировалась синусовая тахикардия, как компенсаторная реакция на кровопотерю. В 50% случаев ритм нормализовался через 30 дней после операции, у остальных – через год. Операционная агрессия вызывала ухудшение метаболических процессов в миокарде левого желудочка. На 10 сутки ухудшение процессов реполяризации у 5 больных было

связано либо с недовосполненным ОЦК, либо с обострением после операции сопутствующих заболеваний, а на 20 сутки – с расширением двигательной нагрузки. Явления ишемии были детерминированы наличием исходных предрасполагающих к этому факторов (сниженной сократительной способности миокарда), а также возникновением ишемии. Улучшение процессов реполяризации начиналось у 3/4 больных с 10 суток после операции. Выявленный до оперативного вмешательства СРРЖ, в первые сутки после операции не регистрировался ни у одного больного, но к 10 суткам он появлялся вновь и уже не исчезал ни на 20, ни на 30 сутки. Признаки перегрузки левого желудочка после операции исчезли у больных с исходной перегрузкой и появились у 4 больных, ранее ее не имевших, и к 10 суткам уже не регистрировались. У других 5 (16,7%) больных признаки перегрузки левого желудочка были зарегистрированы впервые на 10 сутки. Нарушение проводимости в виде НБПНПГ сохранялись на 1-ые сутки у 8 (23%) больных и впервые появились еще – у 4 (12%). К 10 дню нарушение проводимости по ножкам пучка Гиса было обнаружено у 13 (43,3%) больных, что на 6,3% больше, чем до операции. К 20 дню у половины больных нормализовались процессы проводимости. Такие нарушения ритма как единичные желудочковые и частые предсердные экстрасистолы были зафиксированы на 1 и 10 сутки после операции у различных больных с отсутствием в анамнезе отягчающей общее соматическое состояние сопутствующей патологии, являлись ЭКГ находкой, не вызывали субъективных ощущений у больных, носили пароксизмальный характер и к 10 суткам после операции у одних, и к 20 – у других исчезли и больше не возобновились. У больной с исходным нижнепредсердным ритмом после операции на короткий промежуток времени восстанавливался синусовый ритм, а к 10 суткам вновь становился нижнепредсердным, в последующем не меняясь. Кровопотеря в размере 25-35% ОЦК у лиц молодого возраста вызывала появление ишемии на 1 сутки после операции. У 4 больных на короткий период появился феномен укорочения интервала PQ, что свидетельствовало о функционировании у них добавочных атрионодальных или атриофасцикулярных путей и являлось прогностически неблагоприятным признаком, поскольку имела опасность возникновения нарушения ритма сердца. На 10-20 сутки феномен укорочения интервала PQ регистрировался только у тех же больных, что и до оперативного вмешательства. К 30 суткам после операции у лиц молодого возраста (I группа) показатели ЭКГ возвращались к исходным дооперационным. Через 6 месяцев и год после операции существенных изменений на ЭКГ в I группе по сравнению с 30 сутками не было выявлено.

Общеизвестно, что с возрастом у каждого индивида увеличивается количество сопутствующих заболеваний. Так, в наших наблюдениях во II возрастной группе установлено в 74% случаев одно-

временное сочетание нескольких заболеваний в различных комбинациях, в 23% – обнаружены проявления только одной какой-либо патологии и лишь в 3% были соматически здоровыми (табл.2).

Естественно, отягощенный в общесоматическом плане анамнез у больных с патологией тазобедренного сустава, сказывался на показателях ЭКГ. С возрастом на ЭКГ появлялись такие изменения как низкий, вольтаж зубцов в стандартных отведениях, рубцовые изменения в миокарде. В 2,8 раза чаще наблюдалась перегрузка левых отделов сердца и в 2,5 раза чаще – сниженная сократительная способность миокарда, чем в I возрастной группе. Зафиксированы также нарушения ритма, которых не было до операции у больных I группы. У 19 (27,9%) больных II группы регистрировалось только одно какое-либо изменение на ЭКГ.

Таблица 2
Распределение сопутствующих заболеваний у больных с патологией тазобедренного сустава в возрасте 41-60 лет

Сопутствующие заболевания	Количество больных	
	абс.	%
Заболевания ССС (ИБС, ГБ I, II, III стадии, симптоматическая артериальная гипертензия, нейроциркуляторная дистония, ревматизм, ревматоидный артрит)	36	52,9
Эндокринные (щитовидной железы, сахарный диабет, фибромиома матки, кисты яичников, болезнь Штейна-Левенталя, гипоталамический синдром)	15	22,0
Легочные заболевания	3	4,4
Заболевания желудочно-кишечного тракта	3	4,4
Заболевания почек	1	1,5
Заболевания нервной системы	1	1,5
Ожирение	6	8,8
Болезнь Бехтерева	1	1,5
Практически здоровые	2	3,0

Так, только нарушения процессов реполяризации без каких-либо других изменений встретились у 9 (14%) больных, а перегрузка левых отделов сердца – у 3 (4,4%), НБПНПГ – у 2 (3%), СРРЖ – у 4 (6%). Зачастую нарушения процессов реполяризации в миокарде левого желудочка сочетались или с перегрузкой левых отделов сердца, или с нарушением ритма и проводимости, или с низким вольтажом зубцов в стандартных отведениях, или со снижением сократительной способности миокарда, либо все изменения регистрировались одновременно.

Учитывая отягощенный анамнез, 50 из 68 больных II группы была проведена предоперационная подготовка в течение 2-3 недель, направленная на коррекцию общего состояния, что позволило уменьшить количество послеоперацион-

ных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы в 3,7 раза по сравнению с группой (18 чел.) не леченных. Операционная агрессия вызывала практически у всех больных тахикардию, как и в I группе. Начиная с 10 суток, несмотря на сохраняющуюся умеренную тахикардию, у 4/5 больных наблюдалось урежение ЧСС. К 20 дню у 10 больных нарастала ЧСС и у 2 – появилась ишемия в передней стенке левого желудочка. На 30 сутки после операции только у половины больных восстановился сердечный ритм, у остальных – этот процесс затянулся до года. С 1-ых суток после операции у всех больных II группы ухудшались процессы реполяризации в миокарде левого желудочка за счет кровопотери и дисциркуляторной гипоксии, в 6% случаев развивался острый инфаркт миокарда (ОИМ) с последующим закономерным течением. У 1-го больного с диагностированным на 1-ые сутки после операции ОИМ на 20 сутки был констатирован рецидив инфаркта. У другой больной на высоте гиперкоагуляции на фоне возникшей послеоперационной ишемии на 20 сутки развился ОИМ, аритмический вариант. Снижение сократительной способности миокарда наблюдалось после операции у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, на фоне ишемии и инфаркта миокарда и свидетельствовало об электрической нестабильности миокарда. Улучшение метаболических процессов в сердце было зафиксировано у каждого 4-х из 5 больных, начиная с 10 дня. Нормализация процессов реполяризации в сердце более, чем у половины больных, зарегистрирована через месяц. Следует отметить, что операционная агрессия существенно не влияла на процессы проводимости. Зарегистрированное незначительное ухудшение на 10 сутки после операции внутрисердечной, атриовентрикулярной (А-В) и внутрижелудочковой проводимости по ножкам пучка Гиса мы связывали с влиянием сердечных гликозидов и антагонистов кальция, которые назначались больным с явлениями сердечно-сосудистой недостаточности. К 20 суткам после операции отмечено даже улучшение внутрижелудочковой и А-В проводимости. Выявлено, что после операции не увеличивалась перегрузка левых отделов сердца, а к 30 дню даже уменьшалась в 1,7 раза по сравнению с дооперационными данными. Не нарастало и число случаев аритмии. У больных с исходным нарушением ритма аритмия регистрировалась и после операции. Исключение составила 1 больная с наличием в анамнезе ишемической болезни сердца в сочетании с гипертонической болезнью II стадии и ревматоидным артритом, у которой до операции не было нарушений ритма, а к моменту выписки из клиники зафиксировано нарушение ритма в виде частой, ранней (Р на Т) предсердной экстрасистолы по типу триггемии. Низкий вольтаж зубцов в стандартных отведениях после операции регистрировался у тех же больных, что и до операции. СРРЖ, исчезавший после операции, вновь начинал регистрироваться к 10 суткам

у лиц, имевших его до операции, как и в I возрастной группе, и сохранялся в последующем в течение всего периода наблюдения.

Таким образом, нормализация сердечного ритма, исчезновение явлений ишемии, значительное улучшение процессов реполяризации в миокарде левого желудочка, уменьшение явлений перегрузки левых отделов сердца у лиц II возрастной группы в половине случаев, приходилось на 30 сутки после операции, в то время как в I группе ЭКГ данные нормализовались к этому сроку у всех больных. В отдаленные сроки (через 6 месяцев и год после операции) ЭКГ данные хуже, чем при выписке из клиники. Выявленные перегрузка левых отделов сердца, снижение сократительной способности миокарда, нарушение ритма и проводимости, ухудшение процессов реполяризации в миокарде левого желудочка были обусловлены неадекватным контролем за соматическим статусом больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, на амбулаторном этапе лечения. К году в 2,5 раза увеличилось количество случаев регистрации низкого вольтажа зубцов в стандартных отведениях по сравнению с дооперационными данными, что, по нашему мнению, можно связать с прогрессированием кардиосклероза, вероятно, спровоцированного операционной агрессией.

Клинически установлено, что в III возрастной группе в 93% случаев (I группа – 75,8%, II – 97%) имелась сопутствующая сердечно-сосудистая патология, которая в 27% случаев сочеталась с эндокринной патологией, в 7% – с хроническими очагами инфекции, в остальных случаях в различных комбинациях – с заболеваниями почек, легких, желудочно-кишечного тракта. Наличиеотягающей общее соматическое состояние сопутствующей патологии сказывалось на показателях ЭКГ как до операции, так и после нее. Ни у одного больного старше 61 года не наблюдалось нормальной электрокардиограммы, поэтому им проводилась предоперационная подготовка в течении 2-4 недель, направленная на коррекцию общего состояния. На 1 сутки после операции в III возрастной группе, как и в первых 2-х, возникала тахикардия. Урежение ЧСС начиналось с 10 суток, в то время как в половине случаев на 20 сутки снова нарастала тахикардия. Преобладание тахикардии сохранялось в данной группе до 30 суток. После операции ухудшение процессов реполяризации в миокарде левого желудочка наблюдалось у всех больных. У четверти регистрировалась ишемия и электрическая нестабильность миокарда. С 10 суток процессы реполяризации улучшались, как и в первых двух группах, однако более чем у четверти больных нарастала ишемия. У 1-го больного на 10 сутки после операции был диагностирован острый мелкоочаговый инфаркт миокарда боковой стенки левого желудочка, атипичный вариант. Практически у половины больных III группы к 30 суткам отмечено лишь незначительное улучшение метаболических процессов в миокар-

де. Несмотря на послеоперационную коррекцию метаболитами, дезагрегантами, вазодилататорами к этому сроку на ЭКГ у них сохранялись диффузные умеренные нарушения процессов реполяризации в миокарде левого желудочка при общем удовлетворительном состоянии. Нарастание перегрузки левых отделов сердца у 1/4 больных к 30 суткам, вероятно, связано с недостаточной адаптивной реакцией сердца пожилых к физической нагрузке. Ухудшение проводимости по ножкам пучка Гиса практически у четверти больных также наблюдалось в более поздние сроки (20 сутки) и было обусловлено приемом сердечных гликозидов и антагонистов кальция. СРРЖ также как и в 2-х предыдущих группах исчезал после операции у всех больных, и начинал вновь регистрироваться с 10 суток. Такие изменения на ЭКГ как желудочковая экстрасистолия, альтернации сердца и миграция водителя ритма носили кратковременный характер и на 30 сутки после операции уже не регистрировались. Через 6 месяцев и год после операции, изменения на ЭКГ у лиц III возрастной группы принципиально не отличались от дооперационных и зависели от состояния компенсации сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Некомпенсированная артериальная гипертензия, наличие приступов стенокардии вызывало ухудшение процессов реполяризации в сердечной мышце, приводило к нарастанию перегрузки левых отделов сердца, ухудшению функции проводимости.

Таким образом, изучение ЭКГ у больных с патологией тазобедренного сустава после эндопротезирования, показало, что при исходном нарушении возбудимости и проводимости, а также умеренных метаболических изменениях в миокарде левого желудочка операционная агрессия не приводила к существенным нарушениям ЭКГ [2]. Исключение составляли больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, у которых на ЭКГ до операции отмечались признаки ИБС. После операции у всех больных, независимо от возраста и объема операционной кровопотери, на ЭКГ появлялась синусовая тахикардия, как компенсаторная реакция на кровопотерю, ухудшались метаболические процессы в миокарде левого желудочка. У лиц молодого возраста в послеоперационном периоде в 12% случаев развивалось нарушение процессов проводимости (блокада правой или одной из ветвей левой ножки пучка Гиса) и в 4% – нарушение возбудимости (единичные предсердные или желудочковые экстрасистолы), в 11,5% – появлялась ишемия. У лиц старших возрастных групп при наличии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии в послеоперационном периоде помимо тахикардии и ухудшения метаболических процессов в миокарде нарастала систолическая перегрузка левого желудочка, возникала ишемия и электрическая нестабильность миокарда, что мы связывали с кровопотерей и циркуляторной гипоксией. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, вплоть до инфаркта

миокарда, у оперированных больных возникали в ближайшем послеоперационном периоде. У лиц более старших возрастных групп после операции

восстановительные процессы в сердце затягивались во времени и им требовалась соответствующая коррекция, но уже в амбулаторных условиях.

CHANGES IN CARDIO-VASCULAR SYSTEM AFTER TOTAL HIP JOINT REPLACEMENT

I.V. Barabash

(Irkutsk State Institute Of Doctors Improvement)

The analysis ECG of 117 patients with a various pathology of a hip joint, treated by a method of total hip joint replacement in the 3-rd age groups is carried out: 1 group – from 20 till 40 years (33 person), 2 – from 41 till 60 years (68 person), 3 – from 61 years and older (16 person) up to the operation, on 1, 10, 20, 30 day, in 6 months and year after it. The most typical changes on the ECG are described, with taking into consideration the attendant somatic pathology, both up to the operation, and under the influence of the factors of operational aggression. The critical periods of origin of complications are detected on the side of cardiovascular systems (right up to development of a myocardial infarction) and terms of restoring the arisen disturbances after the operation. The obtained new knowledge will help therapists at polyclinics to work out joint tactics together with the orthopedists-traumatologists for the present category of patients at an out-patient stage.

Литература

1. Барабаш И.В. Изменения адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы при воздействии факторов операционной агрессии у больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 1997. – 27с.
2. Барабаш И.В. Состояние сердечно-сосудистой системы у больных деформирующим коксартрозом после эндопротезирования тазобедренного сустава // Травматология и ортопедия России. – 1996. – №3. – С.27-28.
3. Дзизинский А.А., Барабаш А.П., Барабаш И.В., Шендеров В.А., Попова В.С. Методические аспекты курации больных при эндопротезировании тазобедренных суставов // Бюллетень СО РАМН. – Новосибирск. – 1996. – №4. – С.48-53.
4. Корнилов Н.В., Войтович А.В., Машков В.М., Эпштейн Г.Г. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава. – С.-Пб., 1997. – 292с.

© СЕРГЕЕВА А.П., РЯЗАНЦЕВ С.В., АГАПОВА Е.Д., ПОХОЛКОВА Н.В. –
УДК 616.216-089.85:616-053.3/7

МИКРОБНАЯ ФЛОРА И ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОТОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

А.П. Сергеева, С.В. Рязанцев, Е.Д. Агапова, Н.В. Похолкова.

(Областная детская клиническая больница г. Иркутска, гл. врач – заслуженный врач РФ В.М. Селиверстов)

Резюме. В данной статье представлены результаты исследования микробной флоры и резистограм у детей с отогенными внутричерепными осложнениями с целью повышения эффективности антибактериальной терапии.

Наиболее тяжелыми гнойно-воспалительными процессами, с которыми приходится сталкиваться оториноларинтологу являются отогенные внутричерепные осложнения, которые возникают вследствие неблагоприятного течения среднего отита у детей.

Особенность анатомического строения системы среднего уха, наличие замкнутых пространств, создают условия для проявления вирулентности и патогенности имеющихся бактерий, которые способствуют проникновению инфекции гематогенно, лимфогенно или контактно, вызывая тяжелые поражения кости и мозга.

Несмотря на богатый арсенал методов исследования и лечения, смертность от отогенных внутричерепных осложнений остается по-прежнему

высокой и по данным различных авторов колеблется от 23% до 70% (М.И. Гаршина, 1990; Bradley P.J., 1984; Chin Hak Chun et al., 1986).

Это поддерживает интерес к этой проблеме, предъявляя высокие требования к назначаемому лечению. В связи с чем микробная флора у этих больных имеет существенное значение.

Целью нашего исследования явилось изучение микробного пейзажа и резистограм, а также оценка особенности антибактериальной терапии у детей с отогенными внутричерепными осложнениями.

Материалы и методы

С 1995 года под нашим наблюдением находилось 42 ребенка, это составило 5% от пролеченных с заболеваниями уха. Тенденции к снижению