

ние по оси X (по длине) оказывается примерно в два раза большим.

4. С целью уменьшения смещения по оси отломка (ось X) при сохранении жесткости системы по другим направлениям на достигнутом уровне, было предложено несколько вариантов стержневых систем с углами установки стержней (углы между плоскостями проведения стержней), (угол наклона ближнего к месту перелома стержня, наклон к месту перелома), (угол наклона дальнего от места перелома стержня,

наклон к эпифизу), средний стержень проводится перпендикулярно оси костного отломка или с наклоном 30 – 45 градусов. Предложенные варианты позволяют уменьшить смещение по оси X в 1,5 – 2 раза и обеспечивают при этом практически одинаковую жесткость системы по трем основным направлениям.

5. В спицевой и смешанной спице-стержневой системах выявлены значительные деформации по сравнению с рассмотренными стержневыми системами.

А.М. Воробьев

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВРОЖДЕННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ

Кемеровская государственная медицинская академия (Кемерово)

Врожденная гидроцефалия (ВГ) является одним из наиболее сложных заболеваний детского возраста. Принципы диагностики и лечения к настоящему времени остаются почти неизменными, а прогноз после проведенного лечения – непредсказуем. Особенно интересным представляется изучение этого вопроса при сообщающихся формах, когда нормализация ликворного давления, достигнутого с помощью хирургического лечения, не всегда приводит к стабилизации гидроцефалии. Довольно часто встречаются осложнения в виде серозного и гнойного венрикулита или обструкции шунта.

Известно, что ликвородинамика зависит от функционального состояния и согласованной работы различных структур большого мозга, главными из которых являются нейроны и нейроглия.

Целью настоящей работы является изучение взаимосвязи клинических проявлений и нейроморфологических изменений в коре большого мозга при различных степенях ВГ, а также их отношение к прогнозу заболевания после хирургического лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для выявления клинико-морфологической связи были изучены неврологические расстройства до лечения и нейроморфологические изменения у 63 больных со средней и тяжелой степенью ВГ. Исследован биопсийный материал на светоптическом и электронномикроскопическом уровне, взятый до и во время хирургического вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что при средней степени тяжести ВГ нейроморфологические изменения на светоптическом уровне носят функциональный ха-

рактер и проявляются расстройством кровообращения, увеличением размеров тела нервной клетки, признаками хроматолиза и базофилией ядра. На ультраструктурном уровне в нейронах отмечается набухание зернистой эндоплазматической сети (ЗЭС), уменьшение количества рибосом на клеточных мембранах и снижение осмофилии ядра клетки. Неврологические расстройства при этой степени тяжести характеризуются умеренной пирамидной недостаточностью, глазодвигательными нарушениями в виде мелкокоразмашистого горизонтального нистагма и ангиопатией на глазном дне.

Тяжелая степень ВГ проявляется более грубыми структурными изменениями в коре большого мозга. На светоптическом уровне выявляются очаги клеточного выпадения во втором слое, а также нервные клетки с выраженными изменениями вплоть до их ишемического поражения и появлением «клеток-теней». Морфологическая картина на ультраструктурном уровне определяется появлением нейронов с набухшей и шероховатой ЗЭС, с выраженной осмофилией ядра в ряде случаев заканчивающейся сморщиванием нервной клетки. Неврологические расстройства при тяжелой степени ВГ проявляются грубым парезом – тетрапарезом, крупноразмашистым горизонтальным нистагмом, парезом взора, признаками суб- и атрофии дисков зрительных нервов. Изменения на ЭЭГ выражались задержкой элктрогенеза возрастного ритма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение результатов хирургического лечения показало, что компенсация и стабилизация ВГ при средней степени тяжести отмечена в 78 % случаев, тогда как при тяжелой степени – в 1,7 % случаев.

Клинико-морфологическими исследованиями установлено, что совокупность клинических и нейроморфологических данных может быть объективным критерием, объясняющим не только вто-

ричные изменения, связанные с внутричерепной гипертензией, но и первичные, которые могут быть обусловлены морфофункциональной незрелостью коры большого мозга.

Я.Х. Гилев, Ж.А. Тлеубаев, А.А. Пронских, А.Ю. Милуков

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АРТРОСКОПИИ

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (Ленинск-Кузнецкий)

Артроскопия как инвазивный метод таит в себе опасность осложнений. Различают осложнения, возникающие в процессе операции и в послеоперационном периоде. Осложнения, возникающие во время операции можно избежать с приобретением опыта, а так же за счет использования соответствующих инструментов и технологий. Для профилактики послеоперационных осложнений требуется комплекс мероприятий.

В зарубежной литературе описаны следующие послеоперационные осложнения артроскопии: тромбофлебит до 3,57 %, выпот в полость сустава (гемартроз, синовииит) от 1,15 до 75,54 %, инфекция до 1,19 %.

ЦЕЛЬ

Разработать комплекс мероприятий, направленных на снижение риска развития осложнений после артроскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 24.05.1994 по 31.12.2004 нами выполнены 1097 операции артроскопии. Коленный сустав — 958 операций, голеностопный сустав — 20, тазобедренный сустав — 24, плечевой сустав — 5.

С целью профилактики тромбозмембральных осложнений пациентам назначался гепарин по 5000 Ед, подкожно 2 раза в сутки, в течении 10 дней, ацетилсалициловая кислота по 125 мг 1 раз в сутки, в течение 10 дней. Пациентам, имеющим варикозное расширение вен, проводилось эластичное бинтование. С целью уменьшения количества гемартрозов во время операции пациентам внутривенно вводился этамзилат натрия в дозе 500 мг. При завершении операции (особенно после снятия жгута) полость сустава промылась физиологическим раствором хлорида натрия, до остановки кровотечения. В послеоперационном периоде на оперированный сустав помещался пузырь со льдом на 20 минут, назначался этамзилат натрия по 250 мг, внутримышечно, 4 раза в сутки в течение двух дней. При отсутствии противопоказаний назначался ортофен по 75 мг, 1 раз в сутки, в течение 7 дней. С целью про-

филактики инфекционных осложнений при проведении артроскопии плечевого, тазобедренного и голеностопного суставов за 30 минут до начала операции внутривенно вводились антибиотики цефалоспоринового ряда в профилактических дозах. В послеоперационном периоде при большом объеме вмешательства и длительности операции свыше двух часов назначался цефазолин по 1 г, внутримышечно, 2 раза в сутки, в течение 5 дней. При проведении артроскопии коленного сустава антибиотики не применялись, за исключением случаев восстановления связочного аппарата. Важным моментом профилактики инфекционных осложнений мы считаем своевременное выполнение пункции оперированного сустава с удалением скопившейся в полости сустава крови или синовиальной жидкости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на применяющийся комплекс профилактических мероприятий, нам не удалось полностью избежать выше перечисленных осложнений. У 4 пациентов после артроскопии коленного сустава развился тромбофлебит глубоких вен голени. У 30 % больных отмечался выпот в полость сустава после проведенной артроскопии. Для его купирования, как правило, требовалось от 1 до 3 пункций, что не повлияло на длительность пребывания в стационаре и общие сроки лечения пациентов. Среди инфекционных осложнений зарегистрировано 3 случая серозно-фибринозного артрита коленного сустава вызванного хламидиями. Во всех случаях, воспалительный процесс удалось купировать путем назначения консервативной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, несмотря на то, что артроскопия как инвазивный метод таит в себе опасность осложнений, применение предложенного комплекса профилактических мероприятий позволяет снизить риск развития и количество осложнений возникающих после операции.