

Тренировка с контролем симметрии позитивно влияет на процесс реабилитации и значительно ускоряет его. Кроме того, пациенты, пережившие инсульт, значительно быстрее восстанавливают двигательные функции. На большой дисплей выводятся: время тренировки, скорость, уровень нагрузки (ватт), тонус мышц и ЧСС. По окончании тренировки результаты сохраняются на дисплее тренажера. Тренировка двигательного аппарата становится более эффективной. Мотивация пациента повышается. Тренажер активизирует тренировку пациента, учитывая частичный мышечный тонус в отличие от здорового человека с помощью мышечной поддержки. Асимметрические движения поддерживаются специальным маховым колесом. Практический опыт, а также научные исследования подтвердили эффективность использования для целей терапии и реабилитации.

В отделении восстановительного лечения Республиканской больницы тренажер «Теравитал» применяется в течение 9 месяцев. Прошли курс реабилитации 8 больных с диагнозом: рассеянный склероз, 8 – с полинейропатиями, 12 – с заболеваниями суставов (болезнь Бехтерева, деформирующий остеоартроз, коксартроз), 16 – с ОНМК, гемипарезами. Улучшение двигательной активности наблюдалось практически у всех пациентов. Повышалась переносимость физической нагрузки. Заметно увеличивался объем движений в паретичных конечностях за счет работы тренажера. Несколько увеличивалась частота пульса, но затем приходила в норму в зависимости от нагрузки. Ортостатических явлений не наблюдалось, передозировки силовой нагрузки не было. Больные очень легко и с удовольствием переносили работу на тренажере. Дозировалось время, частота оборотов, мощность в зависимости от исходного состояния пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Больная Ж., 30 лет, диагноз: постгипоксическая энцефалопатия, синдром Паркинсона. Болеет 5 лет. На 1-м занятии почувствовала уменьшение спастичности нижних конечностей, «потепление» нижних конечностей, улучшение общего самочувствия. Последующие 5 занятий переносила хорошо. Снижалась спастичность. В сочетании занятий на «Параподиуме» и «Теравитале» несколько улучшилась функция ходьбы. Несмотря на преобладающий положительный эффект, у двоих пациентов с рассеянным склерозом и полинейропатией отмечена негативная динамика, вызванная прогрессированием заболевания.

Стол-вертикализатор применяется на ранних этапах реабилитации больных с мозговыми нарушениями, в частности с ОНМК. Суть метода заключается в изменении положения тела в пространстве (перевод из горизонтального в вертикальное положение). Время процедуры подбирается индивидуально. Занятия с применением стола-вертикализатора могут быть подготовительным этапом к вставанию. Данный аппарат применялся в восстановлении 3-х пациентов. Ортостатических реакций получено не было.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в отделении восстановительного лечения с 2008 года стали использоваться современные прогрессивные методики кинезиотерапии («Динамический параподиум», «Теравитал» – многофункциональный тренажер с биологической обратной связью, стол-вертикализатор), позволяющие на более ранних этапах лечения начинать восстановление моторной функции. Это способствует ранней активизации больных, минимизации осложнений и обездвиженности. Прибор с биологической обратной связью позволяет воздействовать на психоэмоциональную сферу.

А.Н. Котельников, С.Н. Брягунов

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ С ПОМОЩЬЮ КАТЕТЕРА ФОЛЕЯ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Внедрение в практику лучевых малоинвазивных методов позволило существенно улучшить результаты лечения больных. Одним из таких методов является гистеросальпингография.

Гистеросальпингография – один из самых распространенных способов исследования состояния матки, маточных труб. С ее помощью можно получить информацию о контурах полости матки, проникновении контрастного вещества в брюшную полость, месте окклюзии труб. Используется для диагностики бесплодия, миомы матки, аденомиоза, аномалии развития половых органов и другой патологии (Арсланян К.Н. с соавт., 1993; Струтацкий В.М. с соавт., 1997.; Кулаков В.И., Адамян Л.В., 1998; Балашова И.И., Лушкина Р.Н., 2003).

В данной работе описывается модифицированная методика проведения гистеросальпингографии, поэтому решено не описывать подробно противопоказания и осложнения.

Для введения контрастного вещества традиционно чаще всего используется металлический конусовидный наконечник. Непременным условием ГСГ является создание хорошей герметизации, чтобы контрастное вещество не вытекало из матки во влагалище.

Нами предложена методика введения рентген-контрастного вещества с помощью 2-ходового катетера Фолея диаметром 4,7–5 мм.

В асептических условиях шейка матки фиксируется пулевыми щипцами тангенциально. После определения положения и длины полости матки по зонду внутриматочно вводится катетер, раздувается манжетка в объеме 2–3 см³, и затем шприцем вводится водорастворимый йодсодержащий препарат (верографин, урографин).

Оценка результатов проводилась по количеству введенного раствора, субъективным ощущениям пациентки (чувство распирания, растекания контрастного вещества в брюшную полость).

Снимки выполнялись сразу, затем через 10–15 минут и, при необходимости, через 24 часа. Основными преимуществами при данной методике проведения ГСГ являются: менее болезненное проведение процедуры в связи с меньшим количеством инструментов; 100% герметизация, препятствующая оттоку рентген-контрастного препарата во влагалище; четкий контроль за количеством введенного препарата, необходимого для проведения диагностической процедуры и, в связи с этим, высокое качество рентген-снимков; из-за отсутствия необходимости удерживать инструменты во время проведения рентген-снимков не происходит R-облучения врача, медсестры.

Данная методика проведения гистеросальпингографии применена у 10 пациенток и направлена в основном (70 %) на определение проходимости маточных труб как при первичном, так и при вторичном бесплодии, в одном случае для определения состояния оставшейся маточной трубы после внематочной беременности, в одном случае — для диагностики субмукозной миомы матки.

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТЕНОЗОВ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Одной из сложнейших проблем билиарной хирургии является лечение доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков. Причиной доброкачественных стенозов в подавляющем большинстве случаев является операционная травма. По данным У. Лейшнера [1] и К. Huibregste [4], в 80–95 % случаев рубцовые стриктуры являются следствием холецистэктомии и вмешательств на желчных протоках.

Несмотря на совершенствование хирургической техники и накопленный опыт, число поврежденных внепеченочных желчных путей не уменьшается. Напротив, с внедрением в широкую клиническую практику лапароскопической холецистэктомии число осложнений, приводящих к стенозированию желчных протоков, увеличилось. Так, частота рубцовых стенозов после открытой холецистэктомии составляет от 0,25 до 0,5 % [5], тогда как повреждение желчных протоков при лапароскопических операциях составляет 0,3–1,8 %, а в период овладения методикой — 3,4–3,6 %.

Причинами развития стриктур при выполнении холецистэктомии могут быть прямая травма протока, термокоагуляционное воздействие, неправильное наложение клипс, грубое зондирование желчных протоков для выявления камней, попытки проведения интраоперационной холангиографии, особенно при нормальных размерах протоков. После трансплантации печени рубцовые стриктуры развиваются в 10–30 % случаев [5]. Одной из частых причин доброкачественных стенозов является сдавление дистальных отделов гепатикохоледоха головкой поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Нередко стенозирование гепатикохоледоха является результатом длительного дренирования холедоха с помощью T-образной трубки. Реже причинами доброкачественных стенозов являются воспалительные изменения протоков (первичный склерозирующий холангит, синдром Мирицци), открытая и закрытая травма живота, а также оперативные вмешательства на других органах брюшной полости.

Лечение больных с доброкачественными стенозами желчных протоков представляет собой сложную проблему. Резкие изменения топографоанатомических взаимоотношений, обширный спаечный процесс, трудности и опасности препаровки анатомических структур в воротах печени, тяжелые рубцовые изменения стенок протоков, сложность наложения анастомозов сочетаются с тяжелым состоянием больных, у которых во многих случаях имеются длительная перемежающаяся желтуха и холангит, а нередко цирроз печени, портальная гипертензия и явления печеночно-почечной недостаточности.

Для восстановления желчеоттока у больных с доброкачественными стенозами применяют как хирургические, так и неоперативные методы лечения, что определяется характером стеноза, предшествующим хирургическим лечением, а также опытом и традициями клиники в лечении данной категории