«Инновационные медицинские технологии», Россия (Москва), 20-22 ноября 2012 г.

Медицинские науки

ПЕРЕЛОМЫ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ – ОСТЕОСИНТЕЗА ПЛАСТИНОЙ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ

Гарбуз И.Ф.

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, e-mail: travorto.tir@mail.ru

Стремительное развития техники и способов применения различных накостных фиксаторов в травматологии и ортопедии, методики их установки, при переломах трубчатых костей различной локализации постоянно усовершенствуются с целью улучшения жизни больного.

Травматологическое отделение располагает скромным опытом применения пластин с угловой стабильностью при лечении переломов трубчатых костей различной локализации, не требующих длительной и громоздкой наружной иммобилизации гипсовыми повязками. Система пластин с угловой стабильностью относительно новый тип имплантатов в травматологии, которая требует нового типа мышления в отношении общепринятых концепций накостного остеосинтеза.

Стабильная фиксация перелома, осуществлённая в ходе хирургического вмешательства, позволяет обеспечить двигательную функцию как мышц так и суставов травмированной конечности, исключает нарушение трофики зоны повреждения. Сращение перелома, восстановление полноценной функции конечности – основная задача травматолога при лечении переломов длинных трубчатых костей различной локализации.

Цель исследования: показать положительный эффект при применении пластин с угловой стабильность при лечении переломов трубчатых костей различной локализации.

Материалы и методы: В нашей больнице производились операции при переломах различного типа по классификации АО плечевой кости у 9 больных; переломы костей предплечья различного типа у 11 больных; переломы бедренной кости у 13 больных; переломы костей голени у 9 больны. Примененили пластины с угловой стабильностью у всех 42 больных. Женщин 19, мужчин 23. Возраст больных колебался от 24 лет до 65.

Во всех операциях использовалась методика открытой репозиции костных отломков и остеосинтез металлической пластиной с угловой стабилизацией, пластина подбиралась строго под место перелома и соответственно во время операции придавали нужную форму.

Все операции производились под проводниковой анестезией при травме верхней конечности и спинномозговой анестезией при переломе костей нижней конечности. Для определения качества репозиции и уровня проведения винтов использовался рентгенография в классических двух проекциях. Основной принцип оперативного вмешательства – восстановления анатомической формы поврежденной кости с прочной фиксацией костных отломков металлической пластиной с угловой стабильностью. Эта методика заключалась в подготовки места для пластины, примерка и моделирования пластины с последующей установкой её на кость и пробной фиксацией костных отломков. После рентгенологического контроля, производилась окончательная фиксация винтами для угловой стабилизации.

Среднее время операции составляло 40 минут. После операции, на конечность (зону оперативного вмешательства) производилось нетугое наложение повязки эластичным бинтом и на 1-е сутки после операции конечность укладывалась на возвышенное положение. На 2-е сутки мы разрешали вставать больным и передвигаться на костылях без нагрузки на оперированную конечность. Дополнительной внешней фиксации не требуется.

Снятие швов выполняли на 12–14-е сутки с момента операции, эластичное бинтование после операций на конечностях или специализированного компрессионного трикотажа, применяли до 6 недель.

При выписке рекомендовали верхней конечностью не нагружать, нижняя конечность – ходьбу при помощи костылей (без нагрузки) до 2,5 месяцев, рентгенологическое обследование через 2,5–3,0 месяца для решения вопроса о возможности полной нагрузки конечности или замены костылей на трость при травме нижней конечности.

В амбулаторных условиях возможно применение различных физиопроцедур (УФО, грязелечение, ультразвуковая терапия, УВЧ – терапия, электростимуляция мышц и т.д.), лечебной гимнастики, направленных на укрепления мышц и разработку движений в смежных суставах конечности.

Из всех оперированных больных изучены отдаленные результаты с глубиной до 5 лет у 28 больных. Хорошие результаты с полной восстановленной функцией нижней конечно-

сти были у 25 больных. Удовлетворительные результаты (у больных явления посттравматического деформирующего артроза голеностопного сустав) у 3 больных.

Выводы

1. Применение металлических пластин с угловой стабильностью исключает длительную и громоздкую внешнюю иммобилизацию травмированной конечности.

2. Ранняя активизация пациентов и разработка движений в смежных суставах позволяет исключить гиподинамию и контрактуры суставов.

3. Конструкция пластины обеспечивает надёжную и стабильную фиксацию отломков.

4. Стабильная фиксация отломков, естественный срок консолидации переломов, косметический эффект – основные достоинства методики, улучшающих качество жизни пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ

[1]Гарбуз И.Ф., [2]Кравцова А.Г.

[1]Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь;
[2]Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: med.fac.pediatrics@mail.ru

В 60–80 гг. XX в. в неонатологии появились современные техногенные и медикаментозные технологии, применяемые для реанимации и интенсивной терапии. Это способствовало как увеличению выживаемости доношенных и недоношенных детей, так и ухудшения здоровья детей в популяции, что привело к обязательному созданию условий, обеспечивающих здоровьесберегающие технологии новорождённым и детям первого года жизни. Здоровье детей составляет фундаментальную основу трудового потенциала и национальной безопасности общества.

До недавнего времени среди педиатров преобладало традиционное, годами сложившиеся отношение к новорожденному ребёнку как к пациенту, которого обязательно нужно обследовать с момента рождения, туго пеленать, обрабатывать дезинфицирующими средствами, содержать отдельно от матери, докармливать молочными смесями по причине кажущегося отсутствия грудного молока у матери в первые дни жизни ребёнка, кормить строго по расписанию. Подобная практика перинатального ухода нарушает физиологическую адаптацию родившегося малыша, формирует у ребёнка чувство тревоги.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности внедрения современных технологий в перинатологии на базе ГУ «РЦМиР» г. Тирасполь.

Материалы и методы. Оценка физического, нервно-психического развития новорожденного производилась путем клинического их осмотра, лабораторных (общий анализ крови, общий анализ мочи), инструментальных методов исследования (электрокардиография, нейросонографическое исследование мозга, ультразвуковое исследование внутренних органов) и консультации узких специалистов (невропатолога, окулиста, ортопеда). Полученные данные статистически обрабатывались по общепринятой методике.

За период с 2008 по 2011 года в ГУ «РЦМиР» нами было обследовано 6962 новорожденных детей, составивших 2 группы:

I группа (без применения современные перинатальных технологий) – 3316 новорожденных детей, родившихся в 2008–2009 гг., из них в удовлетворительном состоянии в 2008 году – 90 % и 2009 г. – 91 %.

II группу (с применением современных перинатальных технологий) – 3646 ребенка, родившийся в 2010–2011 гг., в том числе в удовлетворительном состоянии 3419 (93 %) новорожденных детей

Результаты**.** С 2009–2010 г. весь персонал акушерского стационара ГУ РЦМиР г. Тирасполь прошел курсы усовершенствования рекомендованные ВОЗ и ЮНИСЕФ, отвечающие современным технологиям развития перинатальной медицины, а полученные знания внедрены в практику акушерского и детского стационара отделений новорожденных ГУ «РЦМиР».

Учитывая рекомендации ВОЗ, нами был принят широкий спектр мер, направленных на не нарушение физиологической адаптации новорожденного.

Так, с 2010 г. в 99 % случаев детей (II группа исследования), родившихся в удовлетворительном состоянии, были приложены к груди матери, и находились на животе матери в первые 30–120 минут жизни (контакт «кожа к коже») пока женщина находилась в родильном зале, а затем вместе с ней в сопровождении медицинского персонала следовали в послеродовое отделение. До 2010 года лишь 80 %, родившихся в удовлетворительном состоянии детей прикладывали к груди в первые часы жизни, а кормление по требованию с 2007 по 2010 гг. составляло всего 20-30 %, т.к. дети кормились преимущественно по часам.

С 2010 г. в 100 % случаев детей в удовлетворительном состоянии находились на совместном пребывании, из них 98 % вскармливались по требованию грудным молоком, и только в 2 % случаев, в связи со стойкой гипогалактией матери, дети вскармливались детской адаптированной смесью. Часть детей в отделении новорожденных находилась на смешанном вскармливании, что составило 430 детей (11,2 %) – это дети в среднетяжелом и тяжелом состоянии (2010–2011 гг.).

В связи с внедрением в неонатальную практику современных технологий ухода за ново-