

физиологических потребностей в жидкости и в зависимости от показателей гемодинамики (степени сердечно-сосудистой недостаточности), почечной дисфункции, степени метаболических нарушений, анемии. Основной инфузионной средой являлись растворы глюкозы с концентрацией 12,5%, препараты ГЭК - рефортан.

Антибактериальная терапия проводилась в предоперационном периоде, раннее назначение карбопенемов и цефалоспоринов IV поколения, существенно снизило частоту и тяжесть послеоперационных осложнений. Искусственная вентиляция легких занимает отдельное место в интенсивной терапии новорожденных, некоторые больные требовали применения ИВЛ с момента рождения, в предоперационном и в послеоперационном периоде. В отделении применялась продленная ИВЛ с увлажнением и подогревом дыхательной смеси, с постепенным переходом к экстубации через триггерный режим и СРАР, с жесткими параметрами ИВЛ у больных с высоким внутрибрюшным давлением до 30 см. вод. ст. В послеоперационном периоде интенсивная терапия включала в себя адекватное обезболивание (титрование фентанила от 5-10 мкг/кг/час от 2 до 5 суток в зависимости от патологии в сочетании с продленной ИВЛ), респираторную поддержку с акцентом на оптимизацию параметров вентиляции для раннего ухода от ИВЛ, коррекцию анемии, диспротеинемии, КЩС. Нутритивная поддержка Обеспечение питательными и энергетическими ингредиентами проводилось уже через сутки после операции с применением частичного парентерального питания с использованием аминокислот (аминоплазмаль), жировые эмульсии (липофундин). Энтеральное питание начинали после нормализации перистальтики кишечника, ликвидации застойных явлений в желудке, появлением отделяемого по стулу или стула. В нашей больнице для повышения эффективности лечения аспирационной пневмонии, в комплексную терапию было включено применение экзогенного сурфактанта. В качестве экзогенного сурфактанта использовали препарат свиного сурфактанта "КУРОСУРФ", который максимально содержит активное поверхностное вещество, стимулирует выработку эндогенного сурфактанта, обладает бактериостатическим эффектом, что делает возможным его использование при тяжелой пневмонии. С применением «Куросурфа» удавалось значительно уменьшить подаваемую концентрацию кислорода, снизить параметры ИВЛ (PIР, РЕЕР), быстро купировать симптомы дыхательной недостаточ-

ности, что облегчало ранний перевод больного на самостоятельное дыхание.

Применение экзогенного сурфактанта в комплексном лечении новорожденных с атрезией пищевода и аспирационной пневмонией является высокоэффективным способом лечения тяжелой дыхательной недостаточности, которая позволяет ускорить сроки разрешения воспалительного процесса, сократить время проведения ИВЛ и пребывания больного в отделении реанимации. В пери- и послеоперационном периоде как элемент контроля за эффективностью интенсивной терапии проводился мониторинг: гемодинамики; газов крови, КЩС; электролитов; глюкозы крови.

Послеоперационная летальность с 2001 года снизилась с 83,3 % до 18,2 %, коэффициент выживаемости снизился до 16,7 % в 2001 г. до 81,8 %.

Вывод:

Факторами, способствовавшими улучшению результатов лечения детей с пороками развития, явились: оптимизация и новый подход к интенсивной терапии, и реанимации новорожденных с хирургической патологией, адекватная организация неонатальной хирургической помощи; преемственность в работе коллектива; совершенствование реанимационной помощи новорожденным; применение современных препаратов (куросурф, тахокомб, рефортан, иммуно-модуляторов (ронколейкин) и антибиотиков последнего поколения; улучшение материально-технической базы отделения и хирургической службы и дальнейшая модернизация оборудования (инкубаторы, столы с подогревом, аппараты ИВЛ, небулайзеры, перфузионные насосы, шовный материал); повышение квалификации специалистов в ведущих центрах хирургии и реанимации новорожденных.

Литература:

1. Гомелла Т. Неонатология - 1998г.
2. Шабалов Н.П. Справочник терапии в неонатологии-2000г
3. Фомичев М. Респираторная поддержка в неонатологии - 2002г
4. Шабалов Н. Иванов С. Боль и обезболивание в неонатологии. Интенсивная терапия в неонатологии. - 2003г.
5. Белобородов В. Антимикробная терапия тяжелых инфекций в стационаре-2003г.
6. Горелик К.Д. Энтеральное и парантеральное питание в неонатологии. - 2005г.

УДК 616.728.2+615.477.22

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

О.В. Дыриев

НИИ травматологии и ортопедии, г.Астана

Summary

Application of the technique of kinesitherapy with passive mechanic on the unit Artromot early after arthroplasty in 54 patients with fractures and pseudarthrosis of the femoral neck allowed us to obtain 36.3% of patients excellent, in 52.8% good and 7.5% - satisfactory functional results.

Тазобедренный сустав – важнейший сустав для опоры и передвижения человека. Формирование деформирующего артроза тазобедренного сустава влечет за собой ухудшение функционирования опорно-

двигательного аппарата. В последние годы одним из наиболее эффективных и перспективных методов хирургического лечения данной патологии является эндопротезирование тазобедренного сустава. При нерацио-

нальной методике ведения больных после эндопротезирования возможно формирование контрактур и развитие стойкого ограничения движений, миграция большого вертела и вывих эндопротеза. На важное значение периода реабилитации при операции эндопротезирования указывают многие ведущие ортопеды (Загородний Н.В., 1998; Callaghan J. et al., 2007; Munin M., Majerske C., 2007).

Материал и методы исследования.

Обследовано 54 пациентов с переломами и ложными суставами шейки бедренной кости, которым было произведено эндопротезирование тазобедренного сустава. По полу и возрасту больные распределились следующим образом: мужчин – 25, женщин – 29, соотношение мужчин и женщин 1:1,1; до 50 лет - 8 пациентов, 51-60 лет – 19, 61 и старше – 27 пациентов.

У 34 больных (средний возраст 71,4 года) были использованы монополярные эндопротезы головки бедренной кости Мура-ЦИТО и Zimmer, из них с цементной фиксацией – 12. Как правило, однополюсные эндопротезы применялись у ослабленных больных пожилого и старческого возраста.

У 20 больных применены тотальные эндопротезы различных систем, причем у 7 – с цементной фиксацией. Возраст больных колебался от 34 до 65 лет.

С целью достижения оптимальных функциональных результатов лечения мы применяем методику послеоперационной реабилитации больных, основанную на принципах разработок ведущих организаций мира, адаптированную к нашим условиям.

Основным элементом технологии послеоперационной реабилитации данных больных является кинезитерапия. В день оперативного вмешательства после пробуждения больным предлагалось выполнять дыхательную гимнастику и активные движения в голеностопных суставах с целью предупреждения тромбообразования.

Первые сутки после операции применялись движения в голеностопных суставах, изометрическое напряжение четырехглавой мышцы бедра и ягодичной мышцы. Больным разрешали сидеть в постели. В комплексе кинезитерапии подключали пассивную механотерапию

на аппарате «Артромот» (Германия). Пассивные движения применяли в доболевого диапазоне. На третьи сутки после операции подключалась ходьба с помощью костылей.

Из физиотерапевтических процедур со второго дня оперативного вмешательства применяли магнитотерапию на область послеоперационной раны. После заживления послеоперационной раны применялась электростимуляция ягодичной и четырехглавой мышц на стороне поражения.

Для определения функционального состояния опорно-двигательного аппарата применялась гониометрия, определялась окружность бедра, мышечная сила по пятибалльной шкале, способность больного к самообслуживанию и передвижению.

Результаты и их обсуждение

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет оценены у 32 больных. Боль отсутствовала у 27 больных (84,4%), у 5 сохранился незначительный переходящий болевой синдром (15,6%), который позволял больным передвигаться с помощью трости на значительные расстояния. У 9 больных (28,1%) отмечена хромота, которая в течение 1 года практически исчезла. Пользоваться общественным транспортом могли все больные. Умеренное ограничение движений в тазобедренном суставе отмечено у 3 больных (9,4%). Отличные функциональные результаты получены у 36,3% отличных, хорошие - 56,2%, - удовлетворительные - 7,5%.

Заключение

Таким образом, применение данной методики кинезитерапии в ранние сроки после эндопротезирования тазобедренного сустава позволило получить у 36,3% пациентов отличные, у 52,8% - хорошие и у 7,5% - удовлетворительные функциональные результаты. Рациональное применение системы восстановительного лечения у больных, перенесших операцию эндопротезирования тазобедренного сустава, является эффективным методом предупреждения развития послеоперационных осложнений и позволяет в сжатые сроки достичь максимально достижимого уровня функциональной и социальной реабилитации пациентов.

УДК 616.24-005.94+612.017.3

СЛУЧАЙ АНАФИЛАКТОИДНОЙ РЕАКЦИИ В ВИДЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО НА ИЗОФЛУРАН

А.И. Заднепровская

КНГК «Детская областная клиническая больница», г. Павлодар

Тұжырым

ИЗОФЛУРАН ҚОЛДАНҒАНДА ӨКПЕ ІСІНУІ БАЙҚАЛАДЫ АНАФИЛАКТИКАЛЫҚ РЕАКЦИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕСІНДЕ

Бұл анестезиологиялық қолдаманың клиникалық анализінің нәтижесіне сүйеніп, наркоз кезінде жағдайдың жылдам нашарлауы, асқынудың дамуы – өкпенің ісінуімен анафилактикалық шок изофлюранмен ингаляциялық анестетик қосқанда пайда болғаның болжамдауға болады. Бұл өз кезегінде өкпенің ісінумен жүретін анафилактикалық реакцияны тудырды. Емдеу шаралары дер кезінде тағайындалып, жоғарыда айтылғандай, газды – наркотикалық араласпа өшірілді, оксигенация, десенсибилизация және диуретиктерді қолдану шаралары жасалды. Өткізілген терапия адекватты болғандықтан, реакция анафилактикалық деп бағаланды. Өкпе ісінуі изофлюранмен ингаляцияға жауап ретінде болуы мүмкін, себебі, анафилактикалық реакцияның пайда болу уақыты, изофлюранды беру уақытымен сәйкес келеді.

Summary

THE CASE OF ANAPHYLACTOID REACTION IN THE FORM OF PULMONARY EDEMA IN A PATIENT ON ISOFLURANE

Clinical analysis on outcome of the anesthetic that rapid deterioration during anesthesia with terrible complications – anaphylaxis with otekom light began when hooked up inhalation anaesthetic izofluran that perhaps provoked anafilaktoidnuu reactions with further development of oteka light. Therapeutic activities were initiated in a timely manner and, as noted,