

The Diagnosis of Hydatid Liver Disease

The results of X-ray, nuclear imaging, thermography, iridoscopy, CT scanning, sonography in diagnosis and description of hydatid cysts are discussed along with the results of several laboratory tests. Sonography has been the leading method of imaging in these cases. A morphosonographic classification of hydatid cysts is worked out which includes 6 main types. Besides the diagnosis sonography allows to find out the details of cyst's contents and topography, precisely predict the operative findings. In 12 cases of recurrent or multifocal liver hydatidosis the intraoperative option has been used which is less traumatic, quick and enables complete removal of the cysts in all cases.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милонова О. Б. Сов. мед., 1980, 4, с. 90.
2. Толуа Ф. Н., Помелов В. С., Люлинский Д. М. Сов. мед., 1989, 4, с. 90.
3. Esfahani F., Rocholamini S. A., Vessal K. J. Ultrasound med., 1988, 7, 443.
4. Lolo G. Rev. Med. Chir., 1988, 116, 337.
5. Moir I. L., Ho-Yen D. O. Scott. Med. J., 1989, 34, 466.

УДК 616.718.4—001.5

С. Д. Тумян, Э. С. Гарибян, А. К. Зарацян, Л. Г. Григорян, М. Г. Маркарян

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Переломы шейки бедра, наиболее часто наблюдающиеся у лиц пожилого и старческого возраста [1, 2, 4, 6], являются наиболее тяжелым повреждением опорно-двигательного аппарата.

При переломах кровообращение в области головки и шейки бедра оказывается недостаточным [7, 8]. Поэтому медиальные переломы шейки бедра со смещением ввиду отсутствия надкостницы и нарушения кровоснабжения в большинстве случаев без оперативного вмешательства не срастаются [3, 5, 7]. Следовательно, определение состояния сосудистой сети указанной области имеет важное прогностическое значение и является решающим при выборе метода лечения.

Вертельные переломы могут заживать и при консервативном лечении, которое, однако, имеет ряд недостатков: приковывает больных к постели на длительный срок, что чревато рядом осложнений (пролежни, застойная пневмония, нарушение функций жизненно важных органов и т. п.) и обострением имеющихся у них до травмы хронических заболеваний [5, 6]. Все вышеизложенное привело к необходимости расширения показаний к оперативному лечению вертельных переломов.

С целью подбора металлических конструкций, обеспечивающих стабильную фиксацию и компрессию между отломками, нами прове-

дено 5 серий экспериментов на бедренных костях трупов пожилых людей с использованием пучка спиц, двух металлических винтов (диаметром 4 мм), Г-образной пластинки, специальной компрессирующей конструкции и разработанного нами устройства, которое состоит из винта диаметром 20 мм с резьбой на одном конце и шестигранным сечением на другом. В винте имеется канал, проходящий через всю длину. В канал вводится болт-стяжка для создания компрессии. На проксимальном конце винта имеется паз, в который входит головка болта-стяжки, предотвращающая его ротационные движения. На дистальный конец болта-стяжки надевается металлическая пластинка, которая одним или двумя винтами крепится к диафизу бедра. С помощью гайки на дистальном конце болта-стяжки создается компрессия между отломками шейки бедра.

После забора верхней трети бедренной кости и ее скелетизирования с помощью электродрели производилась межвертельная остеотомия с последующей фиксацией отломков вышеуказанными конструкциями. Каждый из фиксаторов применялся на обоих бедрах одного трупа. Степень устойчивой фиксации отломков различными конструкциями проверялась на специальной машине для испытаний на растяжение и сжатие (10/9) Фирц Хеккери в Институте механики АН Республики Армения. В результате экспериментов установлено, что при остеосинтезе спицами отломки шейки бедра выдерживали нагрузку до 61, винтами—до 86, Г-образной пластинкой—до 151 кг. Наилучшие результаты достигнуты при остеосинтезе специальной компрессирующей конструкцией (США), когда для расхождения отломков потребовалось усилие в 153 кг. Вполне удовлетворительные результаты достигнуты при остеосинтезе нашим устройством, при котором для расхождения отломков необходимо приложить усилие до 149 кг.

Таким образом, результаты проведенных экспериментов свидетельствуют, что наибольшая стабильность и одновременная компрессия между отломками достигалась с помощью специальной компрессирующей конструкции (США). Второе место по устойчивости занимает Г-образная пластинка, не обладающая компрессирующими свойствами. Третье место отводится устройству нашей конструкции, которая по устойчивости уступает первым двум, но в отличие от Г-образной пластинки имеет компрессирующие свойства. Последующие два места занимают металлические винты и пучок спиц. В каждом конкретном случае, исходя из общего состояния больного, необходимо рекомендовать для применения в клинике один из вышеприведенных фиксаторов.

Наши наблюдения охватывают 69 больных с переломами шейки бедра (женщин—41, мужчин—28 в возрасте 60—85 лет и более). Чрезвертельные переломы шейки бедра имелись у 31, медиальные—у 38 больных. Чаше остеосинтез производился пучком спиц (28). Как наименее травматичный метод он применялся в основном у больных старческого возраста с тяжелым общим состоянием. При поступлении больных производилась иммобилизация поврежденной конечности деротационной гипсовой повязкой. Мы отказались от скелетного вы-

тяжения в предоперационном периоде. На 3—4-й день после поступления и обследования в операционной на ортопедическом столе под местной или эпидуральной анестезией производилась одномоментная репозиция отломков. Под рентгеновским контролем отломки фиксировались 4-5 спицами. Изогнутые концы спиц оставались под мягкими тканями. Конечность иммобилизовалась деротационной гипсовой повязкой. Активизация больных (полусидячее положение, дыхательная гимнастика, поколачивание по спине, движения в здоровой конечности) предпринималась со второго дня. К исходу 3—4-й недели больным разрешалось ходить на костылях без нагрузки на оперированную конечность. В одном случае, связанном с техническими погрешностями, две спицы сломались и мигрировали в брюшную полость. Они были удалены лапаротомией. Отломки шейки бедра не срослись, шейка бедра рассосалась. Больному была произведена операция Мак Маррея, приведшая к сращению отломков и восстановлению функции конечности.

У 11 больных с менее тяжелым общим состоянием остеосинтез производился 2 винтами. Последние ввинчивали через разрез в подвертельной области длиной в 5—6 см. Осложнений не наблюдалось. Остеосинтез Г-образной пластиной у 10 больных с компенсированным общим состоянием производился при отсутствии специального компрессирующего устройства для остеосинтеза шейки бедра (США) и нашей конструкции. После репозиции отломков производился разрез длиной до 12—14 см. В шейку и головку бедра вводились 2—3 спицы. По одной из них в шейку бедра вводилась короткая бандаж, а длинная—с помощью винтов укреплялась к диафизу бедра. До- и послеоперационное ведение больных идентично вышеописанному. Ходить разрешалось через две недели после операции. В двух случаях имел место перелом большого вертела, в одном—поверхностное нагноение, которые не повлияли на исход лечения—отломки срослись. У всех больных функция конечности восстановилась.

Операция конструкцией для остеосинтеза с компрессирующим устройством (США) произведена 6 больным с компенсированным общим состоянием. С помощью специального угломера в шейку бедра проводилась спица. На нее насаждался специальный фрез, и создавался канал в шейке и головке бедра. Затем по той же спице в шейку бедра вводилась съемная часть конструкции (винт). Ножка конструкции насаждалась на дистальный конец винта, крепилась к диафизу бедра, после чего производилась компрессия между отломками. Данная методика позволяла перейти к ранней активизации больных. Через 10—12 дней они ходили без нагрузки на конечность. Осложнений в данной группе не наблюдалось.

Остеосинтез медиального перелома шейки бедра предложенной нами конструкцией произведен 4 больным с общим компенсированным состоянием. Под эпидуральным обезболиванием после репозиции отломков на ортопедическом столе в вертельной области производили разрез длиной 5—6 см. Через обнаженное основание вертела проводили 2—3 спицы. Одна из них входила в вертлужную впадину и предотвращала возможное смещение головки в момент введения

конструкции. По наиболее центрированной спице с помощью фрезы, насаждаемого на нее, в шейке бедра создавался канал. Спица удалялась, и ввинчивался гвоздь с болтом-стяжкой внутри. Затем удалялись остальные спицы. На дистальный конец болта надевалась металлическая пластинка, которая винтами крепилась к диафизу бедра. С помощью гайки, надеваемой на дистальный конец болта-стяжки поверх пластинки, создавалась компрессия между отломками. Конечность иммобилизировалась дератационной гипсовой повязкой. Больные активизировались со второго дня, через неделю им разрешалось сидеть с опущенными ногами. При отсутствии противопоказаний общего характера через 12—14 дней больным рекомендовали ходьбу на костылях без нагрузки на конечность в течение 4—5 недель. Осложнений не наблюдалось. Ближайшие результаты лечения хорошие.

Мы также располагаем 5 наблюдениями, где остеосинтез производился трехлопастным гвоздем при медиальных переломах шейки бедра. Из них у 3 больных имела место миграция гвоздя с образованием ложного сустава. В этих случаях гвоздь был удален, произведена остеотомия по Мак Маррею. Переломы срослись. В одном случае больная отказалась от операции. Лишь в одном случае миграция гвоздя не повлияла отрицательно на исход лечения, так как она имела место после сращения отломков. Причину миграции гвоздя и несращение перелома мы объясняем невозможностью создания компрессии между отломками, а также тем, что гвоздь фиксируется к диафизу бедра. Поэтому мы не рекомендуем применение этого метода при наличии других компрессирующих или стабильно фиксирующих конструкций.

В 4 наблюдениях с субкапитальными переломами шейки бедра с нарушением кровоснабжения головки было произведено эндопротезирование головки и шейки бедра. В 2 случаях был использован цельнометаллический протез, в 2 других произведено эндопротезирование по видоизмененной методике Воронцова. Послеоперационное течение было гладкое. Через 2—3 недели больные передвигались с помощью костылей.

На основании экспериментов и клинических наблюдений мы считаем целесообразным больным пожилого и старческого возраста, находящимся в тяжелом состоянии, остеосинтез шейки бедра производить наименее травматичным методом—пучком спиц или двумя винтами. Больным, находящимся в компенсированном состоянии, остеосинтез целесообразно производить специальной компрессирующей конструкцией (США) или компрессирующим устройством, предложенным нами.

Обоснованное расширение показаний к остеосинтезу шейки бедра в пожилом и старческом возрасте позволяет предпринимать раннюю реабилитацию больных, что способствует значительному снижению тяжелых осложнений. Эндопротезирование целесообразно производить у больных с резким нарушением кровоснабжения головки бедра.

Ռ. Ջ. Թումյան, Է. Ս. Ղարիբյան, Ա. Կ. Զառացյան, Լ. Գ. Գրիգորյան, Մ. Գ. Մարգարյան
ԾԵՐԵՐԻ ԱԶԴԻՐ ՎՋԻԿԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ
ՄԵՏԱՂԱԿԱՆ ՏԱՐԲԵՐ ԿՈՆՍՏՐՈՒԿՑԻԱՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ

Դիակներին վերցված ազդրոսկրի վրա դրված փորձերի տվյալներից և ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածքի ձևից ելնելով մենք լայնացրել ենք վիրահատական միջամտության ցուցումները:

Հինգ շրուղերով (2 մմ տրամագծով) օստեոսինթեզը ցուցված ենք համարում ծանր ընդհանուր վիճակով հիվանդների մոտ: Համեմատաբար բավարար վիճակ ունեցող հիվանդների մոտ օստեոսինթեզը նպատակահարմար է կատարել երկու մետաղյա պտուտակներով (4 մմ տրամագծով): Կոմպրեսիոն օստեոսինթեզի համար արտասահմանյան և մեր կողմից առաջարկված հարմարանքները լավ արդյունք են տալիս փոխհատուցված ընդհանուր վիճակ ունեցող հիվանդների մոտ: Ազդրի սուբկապիտալ կոտրվածքների ժամանակ էնդոպրոթեզավորման պետք է դիմել այն դեպքում, երբ հիվանդի ընդհանուր վիճակը փոխհատուցված է և երակազիրը հայտնաբերում է գլխիկի անուցման խիստ խանգարում:

S. J. Toum'an, E. S. Gharib'ian, A. K. Zarats'ian, L. G. Grigorian,
M. G. Markarian

Indications for Surgical Intervention with Different Metal Constructions at the Fractures of the Neck of Femur at Elderly Age

It is established that in case of the fractures of the neck of femur at serious conditions of elderly patients the least traumatic surgical method is osteosynthesis with a bundle of spokes and two screws. At compensated conditions of the patients it is recommended to conduct osteosynthesis by a special compressing construction (USA) or the compressing device, suggested by the authors.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акрамов И. Ш. Ортопед., травмат. и протезир., 1978, 3, с. 59. 2. Гайко Г. В., Решетников А. А. Там же, 1979, 7, с. 23. 3. Гончаренко В. А., Лейкин М. Г. Там же, 1981, 12, с. 42. 4. Каплан А. В., Чернавский В. А. I съезд травматологов-ортопедов СССР. М., 1963, с. 48. 5. Каплан А. В. Закрытые повреждения костей и суставов. М., 1967. 6. Каплан А. В. Ортопед., травмат. и протезир., 1981, 4, с. 12. 7. Тумян С. Д., Микаелян М. Г. и др. Там же, 1973, 9, с. 33. 8. Фишкин В. И., Дядюгин С. И. и др. Там же, 1982, 3, с. 40.

УДК 616.718—053.2:615.463

С. Г. Карапетян, А. Б. Геворгян, А. Ш. Минасян

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКОЙ

Одной из актуальных проблем детской травматологии является лечение и реабилитация больных с переломами костей голени, которые, по нашим данным, составляют около 7% от числа травм опорно-