

Ռ. Չ. 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 վիրա-
հատական միջամտության ցուցումները:

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

S. J. Tounian, E. S. Gharibian, A. K. Zaratsian, 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 met-
hod is osteosynthesis with a bundle of spokes and two screws. At com-
pensated conditions of the patients it is recommended to conduct osteo-
synthesis by a special compressing construction (USA) or the compres-
sing 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, кото-
рые, по нашим данным, составляют около 7% от числа травм опорно-

двигательного аппарата. Анализ причин, вызывающих длительную нетрудоспособность после переломов костей голени, показывает, что в большинстве случаев она является следствием контрагирования коленного и голеностопного суставов [1, 2, 4], которое возникает из-за применения гипсовых повязок, фиксирующих на продолжительное время эти суставы.

Клиническая практика свидетельствует, что для нормальной консолидации отломков при консервативном лечении переломов трубчатых костей неперенным условием является хорошее кровообращение в конечности, что может быть достигнуто при ранних движениях в крупных суставах поврежденной конечности. Длительное обездвиживание конечности иммобилизующей повязкой и отсутствие функциональной нагрузки на конечность способствуют развитию остеопороза, контрактуры суставов и длительному отеку после снятия гипсовой повязки. Во избежание таких последствий необходимо консервативный иммобилизационный метод заменить функциональным, пересмотрев размеры гипсовых повязок, сроки фиксации и нагрузки, а также сроки ранней разработки крупных суставов поврежденной нижней конечности.

Исходя из данных литературы об успешном применении при переломах костей голени укороченных функциональных гипсовых повязок [3, 5—8], мы с 1985 г. начали применять их у детей с переломами нижней и средней трети голени, включая при этом обязательную раннюю нагрузку на конечность по оси и активные движения в коленном суставе. При этом задний край гипсовой повязки должен доходить до подколенной ямки, давая возможность свободно сгибать ногу, спереди—до нижнего полюса надколенника. Отломки костей удерживаются в правильном положении по оси и длине окружающими мягкими тканями и точно подогнанной и смоделированной гипсовой повязкой. Важным преимуществом наложения укороченной гипсовой повязки является полное исчезновение отека, наличие которого грозит вторичным смещением отломков.

Под нашим наблюдением в травматологическом отделении IV детской клинической больницы г. Еревана находилось 307 больных с переломами нижней или средней трети костей голени, из коих у 68 был поперечный, а у остальных 239—косой перелом со смещением и без смещения отломков. В 11 случаях было наложено скелетное вытяжение за пяточную кость, в 96—произведена закрытая репозиция отломков с фиксацией спицами Киршнера, у 9 детей произведена открытая репозиция отломков с фиксацией их спицами Киршнера, в остальных случаях наложен гипсовый лонгет до средней трети бедра.

В случаях наложения скелетного вытяжения по прошествии отека и нормализации положения отломков на 9—15-й день скелетное вытяжение снималось и накладывалась функциональная гипсовая повязка. В остальных 296 случаях гипсовый лонгет, наложенный в первый день, на 4—5-й день замещался укороченной функциональной гипсовой повязкой после полного исчезновения отека.

В течение первой недели после наложения функциональной гипсовой повязки больному разрешалось ходить с двумя костылями с частичной нагрузкой на больную ногу, а со второй недели—с одним костылем. Полная нагрузка разрешалась к концу 4-й недели после травмы. С первого дня наложения функциональной гипсовой повязки начинали производить движения в коленном суставе. Ранняя разработка движений в коленном суставе, производимая в укороченной гипсовой повязке, давала возможность сократить сроки лечения в среднем на 20 дней. Средний срок пребывания в клинике—12,5 дней, гипс снимали через 4—5 недель после травмы. С целью полной реабилитации конечности (устранение ограничения подвижности в голеностопном суставе, атрофии мышц голени) назначали лечебную гимнастику, массаж, физиотерапевтические процедуры.

Из всех наблюдаемых нами больных с переломами нижней и средней трети костей голени, которым была наложена функциональная гипсовая повязка, только в 7 случаях произошло вторичное смещение отломков, по поводу чего эти больные были оперированы.

Функциональный метод лечения с применением укороченной гипсовой повязки высокоэффективен. Ранняя разработка движений в коленном суставе и адекватная осевая нагрузка на поврежденную конечность способствуют нормализации кровообращения тканей под гипсовой повязкой, особенно в области перелома голени, укреплению мышц голени и стопы. Консолидация с первых дней своего появления перестраивается соответственно линиям статической и динамической нагрузок. Метод прост и доступен, может быть рекомендован к широкому практическому применению в детской травматологической практике.

IV детская клиническая больница
МЗ Армении

Поступила 10/IV 1991 г.

Ս. Գ. Կարապետյան, Ա. Բ. Գևորգյան, Ա. Շ. Մինասյան

ՆՐԵՆԱՆԵՐԻ ՍՐՈՒՆԵՐԻ ՈՍԿԵՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ԳԻՊՍԱՅԻՆ ՎԻՐԱԿԱՊԵՐՈՎ ԲՈՒԺՄԱՆ
ՄԵՐ ՓՈՐՁԸ

Հսկողութեան տակ եղել են սրունքի վերին և ստորին երրորդների կոտրվածքներով հիվանդներ, որոնց մոտ լանդետը հանելուց հետո դրվել է կարճ ֆունկցիոնալ գիպսային կապ։ Սեզմենտների ֆունկցիան ալապիսի կապի մեջ նպաստում է ակրաիկոշտուկի արագ զարգացմանը, որը կարճացնում է բուժման ժամանակաշրջանը։

S. G. Karapetian, A. B. Gevorgian, A. Sh. Minassian

Our Experience of the Treatment of the Crus Bones Fractures by a Functional Plaster Bandage in Children

The results of the treatment of children with crus bones fractures with the shortened plaster bandages, carried out during the latest five

years are brought in the article. The advantages of this method are shown, allowing to shorten the terms of the treatment on 20 days. The method is rather simple, available and can be recommended for wide application in children in traumatologic practice.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. Травматология детского возраста. Л., 1975.
2. Корж А. А., Попсушайко А. К. Ортопед., травмат. и протезир., 1985, 4, с. 17.
3. Охотский В. П., Каулен В. Д. Ортопед., травмат. и протезир., 1985, 12, с. 34.
4. Скоблин А. П. Лечение переломов костей голени гипсовой повязкой. М., 1975.
5. Тумян С. Д. Лечение переломов голени гипсовой повязкой без иммобилизации коленного сустава. Ереван, 1984.
6. Рынденко В. Г., Попсушайко А. К. Ортопед., травмат. и протезир., 1986, 8, 43.
7. Sarmiento A., Lafta L. Closed functional treatment of fractures. Springer verlag, Berlin, 1981.
8. Sarmiento A. J. Bone St. Surg., 1977, 596.

УДК 616—006.6:612.1

А. П. Макарян, М. В. Арутюнян, Ар. М. Агавелян, А. А. Акопян,
А. М. Агавелян, А. С. Агабальян

АКТИВНОСТЬ КИСЛОЙ И ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗ В КРОВИ И ТКАНЯХ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Известно, что в опухолевых клетках активность большинства мембраносвязанных ферментов, осуществляющих транспорт веществ и определяющих состав клеточной поверхности и межклеточные взаимодействия, изменена. В то же время в настоящее время только немногие из ферментов являются в той или иной степени информативными для развивающегося процесса злокачественного перерождения. В этой связи круг ферментов, известных как опухолевые маркеры, значительно сузился. По данным Л. С. Бассалык с соавт. [1], перечень ферментов, как опухолепродуцируемых, так и опухолеиндуцируемых маркеров, для скрининга и обследования онкологических больных в лабораториях состоит из аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), креатинфосфокиназы (КФК), кислой фосфатазы (КФ), щелочной фосфатазы (ЩФ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), гексокиназы (ГК), альдолазы (АД). Ряд этих ферментов изучен также при патологиях толстой кишки: АСТ, АЛТ, ЛДГ, ГК, КФК, тогда как активность ферментов КФ и ЩФ при злокачественных новообразованиях толстой кишки практически не изучена [2—5].

В настоящее время к разряду диагностически эффективных ферментов наряду с КФК, ЩФ и ЛДГ относят также КФ (КФ 3.1.3.2) — фермент, неспецифически катализирующий гидролиз фосфорных эфиров. Вместе с тем в литературе имеются резко противоположные данные об активности этого фермента и его простатической изоформы при новообразованиях различных органов. Так, по данным биохими-