

УДК 616-089+616-001.5+616-053

Р.Ю.Османов, Н.Ж.Махкамов, И.Р.Назаров, К.О.Эшонхужаев, Б.З.Худойбердиев, Н.Н.Акбаров

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНОГО ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧАСТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*Курс детской травматологии, ортопедии и нейрохирургии
Андижанского Государственного медицинского института, Узбекистан*

В настоящее время перелом дистального отдела плечевой кости занимает особое место ввиду своей сложности и малоэффективности в лечении среди переломов опорно-двигательной системы у детей.

В травматологическом отделении Андижанской областной травматологической больницы с данными переломами больные обращались в разное время - начиная с первых часов до 30 дней после полученной травмы. Выбор тактики лечения зависел от времени возникновения, возраста, степени и характера перелома. При благоприятном расположении осколков перелома гипсовая лонгета накладывалась на 2-3 недели. При переломовывиховых видах осколчатого перелома со смещением в ротационной головки плечевой кости - проведено оперативное лечение 44 больными.

При смещении осколчатого перелома головки плечевой кости во время оперативного вмешательства поверхности переломов приводились в исходное положение и укреплялись двумя спицами Киршнера. Для стабильного прикрепления спицы проводилась в противоположном направлении в диафизу плечевой кости сквозь его кортикальный слой. Спица Киршнера удалялась через 3-4 недели после операции.

Перелом внутреннего бугорка плечевой кости связан с вывихом локтевого сустава, где осколки оказываются между плечевыми и локтевыми костями. Тактика лечения зависела от характера и степени смещения. За период нашего наблюдения у 24 больных с внутрисуставной формой перелома внутреннего мыщелка плечевой кости проведена закрытая репозиция.

При осколчатых переломах внутреннего надмыщелка плечевой кости в положении ротации проводилось оперативное лечение с применением остеосинтеза спицами Киршнера, лишь у 18 больных остеосинтез проведен с помощью штифтовой спицы. Поражение локтевого нерва отмечалось у 5 больных, которым по показаниям проводилось оперативное лечение.

Оперативное лечение требуется при повреждении головки плечевой кости у детей и направлено на предотвращение тяжелого и осложненного течения заболевания при наличии варусных деформаций, парезах лучевых и локтевых нервов. Операция должна проводиться на высоком уровне, без повреждений с сохранением целостности мышечно-хрящевых волокон и сопоставлением осколков поврежденных костей. Для сопоставления осколков костей применялись 2-3 спицы Киршнера, которые снимались через 3 недели в зависимости от возраста и степени смещения перелома.

УДК 616.12-005.4:616.155.194]-053.9:612.451

Н.Д.Павлюкович, В.М.Ходоровский

ЗМІНИ ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОЇ ФУНКЦІЇ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ З СУПУТНІМ АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ У ХВОРИХ СТАРЕЧОГО ВІКУ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - проф. М.Ю.Коломось) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

У прогресуванні ішемічної хвороби серця (ІХС) та серцевої недостатності (СН) ключову роль відіграє активація нейрогуморальних систем так званого мобілізаційного спрямування. Метою нашої роботи було вивчення зміни глюкокортикоїдної функції надниркових залоз при ІХС з супутнім анемічним синдромом (АС) у хворих старечого віку.

Нами було обстежено 56 хворих на ІХС чоловічої статі, які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Обласного госпітально інвалідів війни (м. Чернівці). Середній вік пацієнтів склав 80,0±1,84 роки. Всі обстежувані були розподілені на чотири групи залежно від наявності АС: I група - хворі на ІХС без АС (Hb=141,67±4,64 г/л) - 8 чол., II група - хворі на ІХС з АС I ст. (Hb=106,32±1,96 г/л) - 31 чол., III група - хворі на ІХС з АС II ст. (Hb=83,78±3,32 г/л) - 9 чол., IV група - хворі на ІХС з анемією III ст. (Hb=60,50±2,50 г/л) - 8 чол. За анемію вважали рівень гемоглобіну менше 130 г/л (WHO's Recommendations, 2003). Рівень кортизолу в плазмі крові визначали з використанням стандартних наборів реактивів згідно уніфікованої методики. За норму вважали показник 150-600 нмоль/л. Рівень кортизолу в плазмі крові у пацієнтів з ІХС без анемії склав 390,83±52,67 нмоль/л, що знаходиться в межах фізіологічної норми. У хворих II групи середній показник кортизолу склав 688,55±45,45 нмоль/л, що свідчить про можливу активацію функції кори надниркових залоз у відповідь на гіпоксію, як стресовий фактор при анемії. Середній рівень кортизолу в хворих III обстежуваної групи становив 427,78±44,77 нмоль/л, а у пацієнтів IV групи - 266,25±38,75 нмоль/л, що свідчить про прогресуюче виснаження функції наднирників в міру збільшення ступеню АС.

Таким чином, при ІХС з супутнім АС I ст. у хворих старечого віку має місце збільшення секретії кортизолу у відповідь на гіпоксію. В міру збільшення ступеня важкості АС відмічається поступове виснаження глюкокортикоїдної функції кори надниркових залоз.