

заболевших составляет в среднем 46,2%, причем в возрасте до 3 лет заболевают в 1,9—3,4 раза ($P < 0,01$) чаще, чем от 3 до 7 лет, и в 8,6—12,4 раза ($P < 0,01$) чаще, чем от 7 до 14 лет. В течение всех лет развернутого строительства городов частота заболеваний в дошкольных учреждениях была выше, чем у «неорганизованных» детей: у посещающих ясли — в 3,5—5,7 раза, детские сады — в 1,8—3,6 раза. В последние годы уровень заболеваемости «организованных» детей превышает средний общегородской показатель лишь в 2,9 раза, тогда как у «неорганизованных» — в 8,9 раза.

В связи с недостаточной эффективностью общепринятых мероприятий по борьбе с дизентерией и высоким уровнем заболеваемости ею в детских коллективах, нами были внедрены дополнительные профилактические мероприятия. В целях предупреждения заноса инфекции в детские учреждения была предпринята попытка оценить эффективность организации карантинизации вновь поступивших и длительно отсутствовавших (5 дней и более) детей. Функционирование карантинных групп не сопровождалось существенным влиянием на годовые показатели заболеваемости детей дизентерией. Карантинизация в целом нецелесообразна, и ее можно заменить тщательным наблюдением за клиническим проявлением кишечного заболевания у детей в первую неделю пребывания их в физиологических группах.

В детских яслях и ясельных группах детских комбинатов было проведено сезонное профилактическое фагирование детей и персонала адаптированным дизентерийным бактериофагом с пектиновым покрытием. Препарат применялся в наиболее неблагоприятных по дизентерии учреждениях в течение всего летне-осеннего периода. Среди получавших фаг 2085 детей и сотрудников детских учреждений уровень заболеваемости дизентерией был в 3,3 раза ниже, чем в детских коллективах, где фагирование не проводилось ($P < 0,001$).

В результате анализа эпидемиологической обстановки в детских дошкольных учреждениях и уровня санитарно-гигиенических знаний обслуживающего персонала установлено, что обычно проводимая санитарно-просветительная работа существенно не влияет на состояние санитарно-эпидемиологического режима в данных коллективах. Это обстоятельство обусловило необходимость разработки специальных учебных планов и программ дифференцированного гигиенического обучения различных категорий работников детских дошкольных учреждений. Такая форма обучения, осуществляемая в течение трех лет в 7 детских комбинатах, способствовала значительному улучшению их санитарно-гигиенического состояния и снижению уровня заболеваемости в 1,8 раза ($P < 0,01$). Представленные данные заслуживают, на наш взгляд, внимания органов здравоохранения при разработке и проведении комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий по борьбе с дизентерией и прежде всего в организованных детских учреждениях.

Поступила 5 ноября 1984 г.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.728.3—007.274—009.12—089.222

ЛЕЧЕНИЕ СГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР И АНКИЛОЗОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА АППАРАТОМ ДИСТРАКЦИОННО-КОНТРАКЦИОННОГО ДЕЙСТВИЯ

В. С. Муругов

Кафедра травматологии и ортопедии (зав. — проф. А. Л. Латыпов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Недостаточная эффективность общепринятых консервативных методов устранения стойких сгибабельных контрактур коленного сустава вынуждает в процессе лечения переходить от одного метода к другому вплоть до применения операций, связанных с резекцией костей. Однако резекция участков костей, укорачивающая конечность, нефизиологична и не может удовлетворить ни хирурга, ни больного. Лечение сгибабельных контрактур должно, по-видимому, основываться на щадящем и бескровном удлинении всех укороченных мягких тканей. Опыт удлинения нижних конечностей показывает, что удлинение мягких тканей без нарушения их функционально-физио-

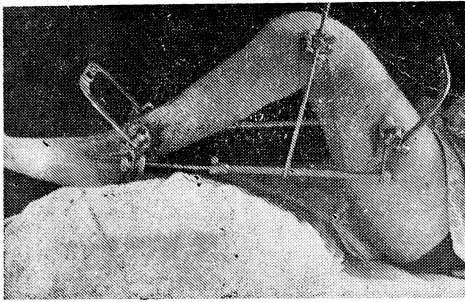


Рис. 1. Дистракционно-контракционный аппарат, наложенный на коленный сустав больной Г.

рованный на базе аппарата Илизарова. Основным функциональным свойством предложенного аппарата является совмещение дозированной дистракции в одной плоскости с дозированной контракцией в другой (рис. 1).

Устранение сгибательной контрактуры коленного сустава нашим аппаратом осуществляется следующим образом: через средние трети бедра, голени и через мышечки бедра проводится по одной спице во фронтальной плоскости. Концы спиц фиксируются к трем скобам и натягиваются. Концевые скобы соединяются с боков растяжными стержнями, которыми осуществляется дозированная дистракция. Крючководные стержни проводятся через отверстия отводов средней скобы, а изогнутые концы стержней крепятся к раздвижным стержням концевых скоб. Вращением винтов крючководных стержней обеспечивается дозированная контракция.

Совмещение дозированной дистракции с дозированной контракцией способно исправить постепенно и бескровно контрактуру коленного сустава любой степени и этиологии вплоть до костного анкилоза в порочном положении. Применение аппарата избавляет больных от укорачивающих резекций и остеотомий. Нам удалось полностью устранить артрогенные контрактуры при артрогриппозе (у 4 чел.) и хондродистрофии (у 3). Больные были в возрасте от 11 до 15 лет.

Особый интерес представляет лечение 4 больных с анкилозами коленных суставов на почве бывшего туберкулезного гонита (3) и бывшего остеомиелита (1). Угол сгибания в коленных суставах у этих больных колебался от 85° до 120° .

Клинически начало устранения деформации мы отмечали во всех наблюдениях в период между 21 и 24-м днями, которые представляли собой время «подготовки» костной ткани для соответствующей перестройки структуры. Процесс исправления деформации в сторону разгибания являлся, очевидно, результатом изменения структурных особенностей костной ткани на уровне анкилоза в месте действия сил дистракции и контракции.

Для решения вопроса о характере изменения костных структур на уровне анкилоза нами произведены рентгенофотометрические исследования всех наблюдений до операции и в динамике на 21 и 35-й дни после наложения аппарата. Применялся вариант сравнительной рентгеноостеомикрофотографии. Линии фотометрии проводились по рентгенограммам боковой проекции на 4 уровнях. На 23-й день (рис. 2) после наложения аппарата появились признаки исправления деформации. На фотографии отмечено снижение плотности костной ткани по задней поверхности коленного сустава, что свидетельствует о разрежении того участка.

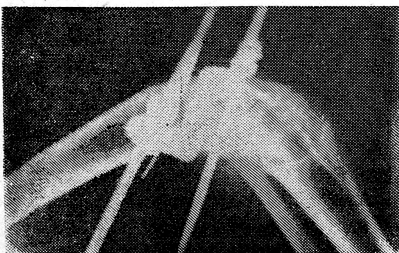


Рис. 2. Анкилоз коленного сустава с наложенным аппаратом на 23-й день. Видно уменьшение угла сгибания.

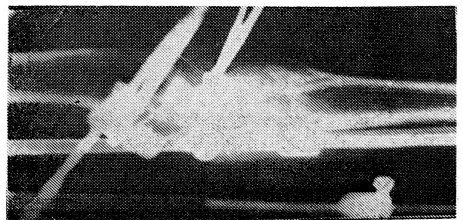


Рис. 3. Полное исправление порочного положения анкилозированного коленного сустава через 6 нед.

Анализ всех полученных фотограмм показывает, что при постепенном исправлении деформации по задней поверхности коленного сустава появляется участок разрежения, расширяющийся по протяженности и степени разрежения в зависимости от полноты исправления деформации. В дальнейшем этот участок принимает форму треугольной полосы, постепенно превращаясь в зону клиновидного дистракционного диастаза с основанием, направленным к задней поверхности сустава (рис. 3). Полное исправление деформации наступало в сроки от 6 до 7 нед после появления первых клинических признаков исправления.

ВЫВОДЫ

1. Предложен аппарат дистракционно-контракционного действия, способный исправить сгибательные контрактуры коленного сустава любой степени и этиологии, включая и костные анкилозы в порочном положении, без вмешательства на костях.

2. Фотометрические исследования показывают, что при постепенном исправлении костного анкилоза коленного сустава в положении сгибания по задней поверхности коленного сустава появляется участок разрежения, который постепенно превращается в зону клиновидного дистракционного диастаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Илизаров Г. А. Чрескостный компрессионный остеосинтез аппаратом автора (экспериментально-клиническое исследование). Автореф. докт. дисс., Курган, 1968.— 2. Русецкий И. И. Контрактуры конечностей. М., Медгиз, 1954.

Поступила 4 февраля 1985 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

О. С. Кочнев. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. Изд-во Казанского ун-та, 1984, 268 стр.

Книжная полка практического врача-хирурга пополнилась ценным пособием. В рецензируемой книге 7 глав, посвященных неотложной хирургии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишок, печени и желчных путей, острому панкреатиту и кистам поджелудочной железы, закрытым повреждениям живота, дренированию грудного лимфатического протока и лимфосорбции.

Техника и показания к применению таких современных методов диагностики, как лапароскопические манипуляции, термография жидкими кристаллами, электромиография, вмешательства на грудном лимфатическом протоке и др., подробно обсуждены при многих заболеваниях.

Кроме состояний, требующих неотложной помощи, описаны дивертикулы пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, грыжи пищеводного отверстия, диафрагмы, стенозы большого дуоденального соска, механическая желтуха, кисты поджелудочной железы. Вопросы диагностики и лечения этих заболеваний чрезвычайно трудны, в них много спорного.

Выскажем некоторые наши соображения по рекомендациям автора. При пилоропластике по Гейнке—Микуличу мы предпочитаем разрез длиной не менее 10 см. Меньшая длина разреза ведет в дальнейшем к сужению просвета вследствие рубцевания. Практически при любой пилоропластике и гастродуоденоаномозе мы производим мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру, что уменьшает натяжение швов. Автор не описывает методику Финнея — наиболее широкую пилоропластику. В то же время мы полностью согласны с автором в том, что если привратник пропускает широкий желудочный зонд, то разрушать его не стоит при условии выполнения в дальнейшем селективной проксимальной ваготомии. Для иссечения или прошивания язв двенадцатиперстной кишки мы пользуемся дуоденотомией с последующей дуоденопластикой (по типу Гейнке—Микулича).

При экстренной эндоскопии по поводу желудочного кровотечения обращаем внимание на сосуд в язве. Даже если он не кровоточит, необходима срочная операция. Мы не рекомендуем метод В. А. Картавина — прошивание язвы вслепую, без гастро-томии.

В разделе, посвященном острой кишечной непроходимости, автор не упоминает о сифонных клизмах, и это правильно. Следует подчеркнуть их нецелесообразность и вред до того момента, пока не исключена острая кишечная непроходимость. Полезным было бы указание на то, что при обширном спаечном процессе нередко причиной непроходимости может быть опухоль толстой кишки, о чем необходимо помнить при субоперационной диагностике.