

осложнений. Способ торакопластики прост и не требует в дальнейшем сложных внешних устройств различных конструкций для удержания грудно-реберного каркаса в положении коррекции до полного их сращения. Отсутствие рецидива, катанез до 3-х лет, дают основание рекомендовать указанный метод в практику.



До операции
Рисунок 3



после операции (через 8 месяцев)
Рисунок 4

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А., Фокин А.А. // Ортопед. Травматол. – 1984. - № 4. – С. 1-5.
2. Дмитриев М.Л., Баиров Г.А., Терновой К.С., Прокопова Л.В. Костнопластические операции у детей. - Киев, 1974. С.216-246
3. Тимошенко В.А. Металлостернохондропластика при врожденных и приобретенных деформации грудной клетки у детей: Дисс. ... д-ра мед. наук.-М., 1995.
4. Бойко Л.И. Хирургическая и аппаратная коррекция деформации грудной клетки у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- М., 1992.
5. Жила Н.Г. Варианты моделирующей торакопластики при килевидной деформации грудной клетки у детей// Детская хирургия, Москва, 1999, №5 С 7-10.
6. Бектаев Е.Т., Нарходжаев Н.С. Устройство для определения рессорной силы резецированных ребер при торакопластике килевидной деформации грудной клетки// Вестник ЮКГМА №3(44) 2009г, С. 73-75.

УДК 616.28-008.14(574)

ФАРМАКОФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ КРОВОТОКА В ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЯХ

М.А. Файзиева

Южно-Казахстанский областной консультативно-диагностический медицинский центр г. Шымкент

ТҮЙІН

Мақалада эндоуралды фонофорезге кавинтон қосып емделгенде аурулардың сенсо-невралды есту қабілетінің емдеу тиімділігінің жақсырталғаны анықталды.

SUMMARY

This article shows the efficacy of endourallic cavington photoelectrophoresis in the complex with the basic therapy when treating the patients with sensoneurolic bradyacusia.

Одной из актуальных проблем оториноларингологии в настоящее время является лечение сенсоневральной тугоухости, которая составляет 2% ЛОР патологии. Среди причин возникновения сенсоневральной тугоухости, одно из ведущих мест занимает нарушение кровообращения в вертебробазиллярном бассейне. Сосуды внутреннего уха принадлежат к единой мозговой артериальной системе и подвержены тем же регуляторным влияниям, что и сосуды вертебробазиллярного бассейна, из которых они исходят.

Решение проблемы сенсоневральной тугоухости тесно связано с успехами лечения и профилактики сосудистых заболеваний. Для лечения этого заболевания используются препараты различных групп, такие как:

активаторы биоэнергетического метаболизма, ноотропные средства, витамины группы В как неспецифические стимуляторы метаболизма, средства улучшающую синаптическую передачу, антигипоксантаы, антиоксиданты, вазоактивные средства. Несмотря на то, что возможности фармакологической коррекции достаточно широки и включают огромное количество препаратов, лечение не всегда достигает желаемого результата. Поэтому мною была внедрена новая комплексная терапия, включавшая сочетание физиотерапии с применением новых, лекарственных препаратов, улучшающих церебральную гемодинамику, для эффективной и рациональной медикаментозной терапии сенсоневральной тугоухости.

В комплексной терапии сенсоневральной тугоухости важная роль принадлежит физическим факторам. При физиотерапевтических методах можно подвести энергию непосредственно к области сосудистых нарушений и рассчитать ее взаимодействие с поляризованными структурами. Кроме того, физические факторы усиливают действие лекарственных средств или создают благоприятный фон, при котором применение лекарственных препаратов более эффективно.

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности эндаурального фоноэлектрофореза кавинтона при лечении пациентов с сенсоневральной тугоухостью на фоне нарушений кровотока в позвоночных артериях в модификации с расположением второго электрода с вазоактивными препаратами на область шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. В ЛОР кабинете с 01 2009г. по 09 2009г. обследованы 20 пациентов с сенсоневральной тугоухостью без вестибулярных нарушений. Возраст больных от 16 лет до 64 лет, мужчин 13 человек, женщин -7. Всем пациентам проводили следующие виды обследования – дуплексная ультразвуковая диагностика брахиоцефальных сосудов, реоэнцефаллографию, рентгенография шейного отдела позвоночника. Исследование слуховой функции включало отоскопию, акуметрию тональную пороговую аудиометрию, некоторые надпороговые аудиометрические тесты. Все пациенты жаловались на одно- или двухстороннее, снижение слуха, высокочастотный шум в одном или обоих ушах. У всех пациентов жалобы развивались постепенно. Было зарегистрировано два типа аудиометрических кривых: пологониспадающий тип с постепенным понижением кривых в сторону высоких частот – у 67% пациентов, и тип с приблизительно равномерно расположенными кривыми, с небольшим уклоном в сторону высоких частот – 33% пациентов. Лечение пациентов с сенсоневральной тугоухостью проводилось по стандартным принципам. Терапию всем пациентам проводили с применением современного фармакофизического воздействия - эндоурального фоноэлектрофореза кавинтона в модификации, когда второй электрод с эуфиллином, никотиновой кислотой или милдронатом накладывался на воротниковую зону. Таким образом, этот метод способствовал непосредственному проникновению в полости внутреннего уха через гематолабиринтный барьер, а также оказывал положительное влияние на кровоток вертебробазиллярного бассейна через спазмолитическое и вазоактивное действие эуфиллина, никотиновой кислоты или милдроната.

Результаты и обсуждения. Через 4 недели проводили контрольные аудиологические исследования и гемодинамические исследования.

Результаты лечения: слух улучшился у 11 пациентов, шум исчез у 8 пациентов. Прежде всего на эффективность патогенетического лечения указывают выраженные изменения порогов слышимости: у большинства больных - 55 % пороги слуха значительно понизились по всем диапазонам частот. Устранение гемодинамических нарушений повлияло и на динамику субъективного шума. Так, к окончанию лечения шум исчез у 40 %больных.

Выводы: Применение эндаурального фоноэлектрофореза кавинтона в модификации, когда второй электрод с вазоактивными препаратами расположен на области шейного отдела позвоночника, вызывает изменение кровотока в позвоночной артерии и, как следствие, улучшение слуха. При лечении больных с сенсоневральной тугоухостью на фоне нарушений кровотока в позвоночной артерии для коррекции дисциркуляторных расстройств является целесообразным включение в базисную терапию фоноэлектрофореза кавинтона эндаурально в нашей модификации с расположением второго электрода с вазоактивными и спазмолитическими препаратами на область шейного отдела позвоночника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н.А. Преображенский. Тугоухость М.1978.
2. А.В Староха; Ю.А. Хандажапова. Фармакофизиотерапия в комплексном лечении нейросенсорной тугоухости. //Вестник оториноларингологии. 2007;4:4-6.
3. С.Я. Косяков; Г.З. Пискунов. Ушной шум. С28-36.
4. Н.В. Верещагин. Патология вертебрально-базиллярной системы и нарушения мозгового кровообращения. М. 1980.
5. С.В Морозова. Российский медицинский журнал. том 9; №15 2001;1-4.

УДК 616.832 – 007.253-053.2-07-089

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДИАСТЕМАТОМИЕЛИЕЙ

Г.М. Еликбаев
МКТУ им. Ясауи, г.Шымкент

ТҮЙІН

12 айдан 16 жасқа дейінгі диастематомиелиямен ауыратын 13 баланың тексерілу және емдеу нәтижелері сараптаудан өткізілді. Қыз балалар басым көпшілігін құрады. Аурудың алғашқы көріністері әртүрлі болып білінеді, ал ағымы жиі баяу өтеді. Диастематомиелия басқа даму ақауларымен қосарланып келген жағдайларда жиі сезімталдықтың, қозғалыстың және жамбас қуыс мүшелерінің ауыр бұзылыстарымен өтеді, тұрақты болады. Наукас жағдайының жақсаруы мен сауығу дәрежесі хирургиялық емді, дәрі дәрмектерді және калпына келтіру шараларын қолданып, кешенді емдеуге байланысты.

SUMMARY

The article shares examination and treatment of 13 children with diastematomyelie at the age of 12 months. to 16 years, which has dominated girls. The first manifestations of the disease is various, and often has been slow during progredientnym. Diastematomyelia when combined with other defects, often accompanied by grave-sensitive, motor, and pelvic disorders, which often have been resistant. Complete surgical, medical and rehabilitation treatment were determined regression status and degree of rehabilitation patients.

Диастематомиелия - это аномалия позвоночника, характеризующиеся наличием костного шипа, который вызывает образование сагиттальной щели, разделяющей спинной мозг на две половины.

По данным разных авторов у больных с диастематомиелией улучшения в после операционном периоде все еще низкая, и составляет - 15-40 % случаев [1, 2, 3]. После внедрения в диагностику неинвазивных методов интроскопии (КТ, МРТ), в литературе значительно увеличилось описания клинических наблюдений. Многие авторы полагают, что хотя хирургическое вмешательство у пациентов с диастематомиелией может стабилизировать и предотвратить прогрессирование неврологического и урологического ухудшения, но оно не может повлиять на нейроортопедические изменения, проявляющимся деформацией и асимметрией длины конечностей [4, 5].

Исследование Deepak Kumar Gupta, Ashok Kumar Mahapatra (2006) показывают, о необходимости операции у бессимптомных пациентов для предотвращения неврологического ухудшения в будущем, так как у детей с неврологическим дефицитом улучшение отмечалось только у 2 из 12 пациентов [6]. По-прежнему, актуальными остаются вопросы ранней диагностики и хирургической тактики в отношении бессимптомных детей с диастематомиелией.

Материал и методы. Изучены результаты обследования и лечения 13 больных детского возраста с диастематомиелией различной локализации, оперированных в ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова (Россия) и областной детской клинической больницы г. Шымкента (Казахстан) с 2000 по 2009 гг. Возраст больных колебался от 12 мес. до 16 лет. Основную группу составили дети школьного возраста – 6 (46,2%) наблюдений. Соотношение по полу – 1:5 с преобладанием девочек.

В 5 (38,5%) случаях диастематомиелия локализовалась ниже уровня L2 позвонка. У 3 (23,1%) больных патология была выявлена на уровне L1-2 позвонков, еще у 3-х (23,1%) – на уровне Th11-12 и в 2 (15,3%) наблюдениях аномалия обнаружена на уровне Th6-7 позвонков.

У 8 (61,5%) больных диастематомиелия сочеталась со spina bifidой, в 4 (30,8%) наблюдениях с синдромом фиксированного спинного мозга. С гидроцефалией, спинномозговыми грыжами диастематомиелия сочеталась у 4 (30,8%) больных, и по одному встречалось с мальформацией Киари и дермальным синусом (Рис.1).

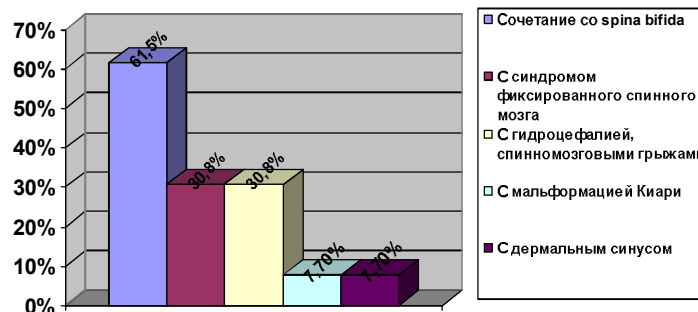


Рис. 1. Сочетание диастематомиелии с другими пороками развития головного и спинного мозга