

ной кости и состоящего из традиционной декомпрессии костной кисты, санации полости с использованием иммунокорректора, дренирования и отслойки надкостницы улучшает результаты и сроки лечения КК до 3–7 месяцев.

Этот способ уменьшает кровоснабжение локально на пораженном участке диафиза за счет уменьшения притока крови; обеспечивает улучшение кровообращения в зоне кисты за счет формирования периостально-медулярных анастомозов, что радикально изменяет гемодинамику (приток — отток) в зоне поражения одновременно и после пункционного лечения, приводит к нормализации внутрикостного давления; стимуляции регенераторного процесса в истонченной кортикальной пластинке.

Данный метод применен у 30 больных с КК, при локализацией патологического процесса в плечевой, бедренной, большеберцовой и лучевой кости. У всех больных через 2–3 месяца КК инактивировались и еще через 1–4 месяца отмечалась стадия восстановления.

Значительно быстрее достигнута положительная динамика КК от активной стадии до стадии восстановления у 18 больных, которым уже на первом этапе лечения произведена отслойка надкостницы. Через 1 месяц после отслойки надкостницы кортикальная пластинка увеличивается в размерах за счет периостального и эндостального образования костной ткани и приобретает другую форму.

При использовании комбинированного пункционного лечения больных с КК улучшается, нормализуется регионарное кровообращение в конечностях, так же возбудимость и проводимость нервного импульса по нервным стволам, о чем свидетельствуют данные фоновой реовазографии и стимуляционной электромиографии.

Таким образом, разработанная ими методика комбинированного пункционного лечения с иммунокоррекцией, дренированием и отслойкой надкостницы позволяет через 1 месяц от начала лечения достичь снижения активности патологического процесса и через 3–7 месяцев стадии восстановления костной структуры.

Так же мы полагаем, что феномен влияния отслойки надкостницы на репаративный процесс в кистозной полости клинически апробирован, работа в этом направлении будет продолжаться как в клинике, так и в экспериментальных условиях.

И.А. Алтухов, Д.В. Хабаров, М.В. Кочеткова, Е.В. Шевцова

ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕГИОНАРНОЙ ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГУ НИИ КиЭЛ СО РАМН (г. Новосибирск)

ВВЕДЕНИЕ

Одним из наиболее частых (около 70 % пациентов с сахарным диабетом) и серьезных осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы (СДС). Лечение трофических расстройств на фоне синдрома диабетической стопы по-прежнему является трудноразрешимой проблемой современной медицины.

В патогенезе развития СДС ведущую роль играют три компонента: нейропатия, ангиопатия и инфекция. Выраженный энергетический дефицит при СД снижает адаптационный потенциал организма и приводит к нарушениям клеточного и гуморального иммунитета, недостаточности факторов неспецифической резистентности организма. Таким образом, наличие выраженных патологических изменений на различных уровнях регуляции (межсистемном, органном, местном) обуславливает трудность коррекции данных нарушений.

МЕТОДИКА

В клинике НИИКиЭЛ СО РАМН успешно применяется способ лечения, основанный на использовании регионарной клеточной терапии. Суть метода: проведение лимфоцитафереза на сепараторе клеток крови AS-TEC 204 фирмы «Fresenius». Полученные аутолимфоциты в концентрации 400–1000 клеток/мл модифицируются иммуномодулятором (глутоксимом) и вводятся пациенту в бедренную артерию пораженной ноги, а для усиления эффекта воздействуют не только регионарно, но и системно, посредством внутривенного введения данных аутолимфоцитов. Процедура лимфоцитафереза повторяется до трех раз с интервалом 48–72 часа, в зависимости от динамики заживления язвенного дефекта. В артериальное русло также вводится актовегин, антибиотик широкого спектра действия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 70 % случаев удалось добиться стимуляции репаративных процессов, в 55 % случаев трофическая язва или послеоперационная рана заживала. В 10 % случаев было отмечено прогрессирование некро-

тического и инфекционного процессов стопы, что потребовало выполнения дополнительных оперативных вмешательств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, включение в комплексную терапию внутриартериального введения модифицированных аутолимфоцитов, позволяет более эффективно влиять на патологический процесс и добиваться положительных результатов в лечении трофических язв на фоне СДС.

Е.И. Астафьева, В.Е. Воловик

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ГРУБЫМИ ФОРМАМИ СКОЛИОЗА

*ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева (г. Хабаровск)
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (г. Хабаровск)*

Под нашим наблюдением находились 39 больных в возрасте от 7 до 38 лет со сколиозом III и IV степени, которые подверглись оперативному лечению, носившему достаточно травматичный характер, связанный с многоэтапностью хирургических вмешательств: сочетанием различных видов торакопластики, корригирующих и стабилизирующих оперативных приемов, как на дорзальных, так и на вентральных отделах позвоночника, преимущественно с применением различных металлических конструкций.

Исследование системы гемостаза у больных проводилось поэтапно: I этап — перед операцией, II этап — первые сутки после операции, III этап — 5–7 сутки после операции. Всем больным методом анкетирования проводилось исследование возможных нарушений сосудисто-тромбоцитарного (первичного) гемостаза с применением специально разработанной типовой анкеты.

Проведенные исследования показали, что в дооперационном периоде у 33 больных показатели гемостаза были в пределах нормы, а у 7 больных была выявлена умеренная гипокоагуляция без клинических проявлений. В первые сутки послеоперационного периода изменения в системе гемостаза проявлялись в виде снижения активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) на 11,6 % по сравнению с исходными данными, незначительного увеличения процента фибриногена (на 10,3 %), угнетения фибринолитической активности на 20,4 %.

Кроме того, нами были выявлены положительные паракоагуляционные тесты, наличие которых может свидетельствовать о появлении в кровотоке активного тромбина, образовании растворимых фибрин-мономерных комплексов в ответ на наличие тромбина.

На 5–7 сутки показатели гемостаза нормализовались у 30 больных, у 7 больных сохранялась умеренная гипокоагуляция на фоне нормальных показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза без наличия специфических клинических проблем.

Таким образом, совокупность изменений плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза говорит о том, что обширное оперативное вмешательство может способствовать развитию у больных внутрисосудистого свертывания, которое при адекватной коррекции носит компенсированный характер.

С.Ф. Багненко, А.Н. Тулупов, Ю.Б. Шапот, О.В. Балабанова, А.В. Лапицкий

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕМОТОРАКСА

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург)

На основании многолетнего опыта оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим с изолированной и сочетанной травмой груди нами разработаны основные принципы использования эндовидеохирургических операций при такой патологии:

1. Определение очередности проведения эндовидеохирургических и других оперативных вмешательств в строгом соответствии с принципом доминирования повреждений.
2. Проведение всех эндовидеохирургических вмешательств только под общим обезболиванием с интубацией трахеи.
3. Использование видеоторакоскопии только с учетом результатов лечебно-тактического прогнозирования (Цибин Ю.Н. с соавт., 1976) — при прогнозе, благоприятном для проведения оперативных вмешательств.