

мышцелковых переломов приходится на лето — 44 %, осень — 30 %, на зиму и весну — по 13 %. Соотношение больных из города и больных из района — 1,5:1 (61 % и 39 % соответственно).

Средние сроки давности заболевания составляют: а) до 6 часов — 65 % (31); б) от 7 до 24 часов — 10 % (5); в) больше 24 часов — 25 % (12).

Все больные были разделены на две основные группы: первая группа — 96 (64,9 %) пациентов, которым проведено консервативное лечение, включающая закрытую репозицию под внутривенным наркозом, иммобилизацию гипсовой лонгетой, УВЧ и магнитотерапию короткими курсами, прием препаратов кальция и витаминов. Вторую группу составили 52 (35,1 %) пациента, которым было проведено хирургическое лечение. В послеоперационном периоде также проводилось физиолечение: магнитотерапия, УВЧ, ЛФК, массаж.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 96 детей первой группы 85 поступили в стационар с давностью заболевания до 6 часов. В 11 случаях пациенты поступили позже 24 часов после травмы. Во всех случаях на догоспитальном этапе они были адекватно иммобилизованы транспортной шиной, обезболены. Средний срок их стационарного лечения составил 10,2 койко-дня.

Во второй группе из 52 больных 49 поступили позже суток после получения травмы, при этом практически у всех выявлены дефекты транспортной иммобилизации. Средний срок лечения составил 21,4 койко-дня.

Таким образом, у детей, госпитализированных позже 24 часов от момента получения травмы, в 81,7 % случаев проводилась открытая репозиция отломков, тогда как у детей обратившихся за медицинской помощью в первые 6 часов оперативное лечение применено только в 3,4 %.

Посттравматическая контрактура локтевого сустава развилась у 22 (14,9 %) пациентов, все они перенесли оперативные вмешательства, из них у 2 — фиксированная контрактура.

ВЫВОДЫ

Выбор тактики лечения напрямую зависит от качества медицинских мероприятий на догоспитальном этапе и давности травмы. Раннее поступление пострадавших позволяет выбирать менее травматичные методы лечения, что позволяет не только сократить сроки стационарного лечения, но получать относительно лучшие функциональные результаты в отделенном периоде травмы.

Ц.Б. Цыденова

ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТА «БАЛИЗ» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Целью исследования явилась оценка влияния препарата «Бализ» на иммунную систему у женщин с бактериальными вагинитами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование произведено у 40 женщин с бактериальными вагинитами. При посевах из влагалища высеивались протей и золотистый стафилококк.

Диагностика вагинита включала: тщательный сбор анамнеза, осмотр, бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Оценивались также следующие показатели: лейкоцитарная формула, количество Т- и В-лимфоцитов (CD_3 , CD_4 , CD_8 , CD_{22} , CD_{16}), иммунорегуляторный индекс (ИРИ) — CD_4/CD_8 , уровни сывороточных иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG), циркулирующих иммунных комплексов.

Во влагалище вводился аппликатор, обильно смоченный раствором «Бализ», 1 раз в день в течение 5 дней. Контрольное обследование было проведено через 5 дней после клинического выздоровления.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Иммунный статус у женщин с острыми бактериальными вагинитами характеризовался снижением общего числа Т-лимфоцитов с первых дней ($CD_3 = 47 \pm 13,45$ %, норма — $67,3 \pm 1,21$). В наших исследованиях отмечалось резкое снижение CD_4 клеток ($30 \pm 12,8$ %). Содержание CD_8 клеток изменялось незначительно на протяжении всего заболевания и в среднем составляло $35,6 \pm 11,85$. Отмечен дисбаланс хелперов и супрессоров в сторону повышения супрессорной активности ($CD_4/CD_8 = 0,93 \pm 0,46$; при норме — 1,2–2,5). Количество В-лимфоцитов имело тенденцию к повышению ($CD_{22} = 28,4 \pm 8,8$ %, при норме $8,2 \pm 0,88$). Изучение уровня иммуноглобулинов также позволило выявить определенные особен-

ности их изменения. Обнаружено незначительное повышение уровня иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG и его существенное увеличение при воспалительных осложнениях. Что свидетельствует о выраженном нарушении гуморального иммунитета и отражает наличие острого воспалительного процесса.

Местное назначение «Бализ» в виде орошений, аппликаций вызвало клиническое улучшение, а также улучшение в иммунограмме. После проведенного лечения достоверно увеличивалось количество Т-лимфоцитов до $CD_3 = 58 \pm 7,35 \%$, а также CD_4 клеток до $43,2 \pm 9,9 \%$. Однако сохранялся дисбаланс хелперов и супрессоров в сторону повышения супрессорной активности. Количество В-лимфоцитов также повышалось ($CD_{22} = 34,3 \pm 10,1 \%$).

ВЫВОДЫ

Препарат «Бализ» обладает иммуномодулирующим и иммунокорректирующим эффектом в лечении острых бактериальных вагинитов.

А.В. Чернышев

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ ИНВАГИНАЦИОННО-КЛАПАННОГО ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Цель исследования: изучение ближайших результатов хирургического лечения больных после различных вариантов оперативного лечения поджелудочной железы (ПЖ) с использованием методики инвагинационно-клапанного панкреатоеюноанастомоза, цистоеюноанастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе проведен анализ оперативного лечения поджелудочной железы (ПЖ) с использованием методики инвагинационно-клапанного панкреатоеюноанастомоза, цистоеюноанастомоза. Показаниями послужили: рак головки поджелудочной железы – 22, цистаденома головки ПЖ – 4, рак большого дуоденального сосочка – 6, хронический панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ – 8, калькулезный панкреатит – 4, кисты ПЖ – 4. Среди них были 32 мужчины и 16 женщин. Средний возраст пациентов составил 57,6 года (от 42 до 76 лет). 48 пациентам были выполнены оперативные вмешательства в объемах: панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника, поперечная резекция ПЖ, внутреннее дренирование кист ПЖ с использованием методики инвагинационно-клапанного панкреатоеюноанастомоза, цистоеюноанастомоза.

Во всех вариантах восстановительный этап операции включал: ниже связки Трейца на 10 см мобилизована и пересечена петля тонкой кишки. Дистальный конец подведен к культе поджелудочной железы позадиободно. Сформирован проксимальный инвагинационный цистоеюноанатомоз или панкреатоеюноанатомоз конец в конец (головка поджелудочной железы с тощей кишкой) 2-х рядным швом шириной 2 см. Внутренний ряд швов: проток (или стенка кисты) с подслизистой основой тощей кишки, наружный ряд швов: серозная оболочка тощей кишки с тканью поджелудочной железы. Ниже на 10 см сформирован инвагинационный клапан. Ниже на 5 см наложен межкишечный анастомоз по Ру 2-рядным швом. Дренирование брюшной полости производилось двумя силиконовыми трубками заведенными в малую сальниковую сумку к области панкреатоеюноанастомоза, цистоеюноанастомоза.

Таким образом, создается панкреатоеюноанатомоз за счет инвагинации культи поджелудочной железы в слизисто-подслизистый футляр отключенной по Ру петли тощей кишки «конец в конец», а формируемый клапан обеспечивает функцию арефлюксности, не позволяя агрессивному кишечному содержимому и желчи поступать в зону анастомоза и в панкреатический проток.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 48 оперированных пациентов в 6 (12,5%) случаях выявлен послеоперационный панкреатит с повышенным содержанием амилазы в отделяемом по страховочному дренажу. При этом не было клинических проявлений, фистул и поступления содержимого кишечника по дренажу.

ВЫВОДЫ

Способ инвагинационно-клапанного панкреатоеюноанастомоза обеспечивает близкое к физиологическим условиям функционирование поджелудочной железы и значительно снижает риск послеоперационного панкреатита и несостоятельности панкреатоеюноанастомоза, а в отдаленном послеоперационном периоде уменьшает вероятность рубцевания панкреатоеюноанастомоза, осуществляя тем самым профилактику возникновения внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы.