

гемодиализа взятие сыворотки не проводилось в связи с неоднократной инфузией свежезамороженной плазмы и цельной крови.

Таким образом, при ГЛПС возможно развитие летального исхода в ранние сроки (до 14-го дня болезни) вследствие поражения гипофиза, обусловленного кровоизлиянием. При этом клинико-лабораторные проявления почечного синдрома могут не достигать критических показателей, что требует дальнейшей разработки методов прогнозирования и профилактики развития этого осложнения. В обоих описанных выше случаях также имело место специфическое поражение легких, что может быть расценено как проявление так называемого хантавирусного легочного синдрома, летальность при развитии которого может достигать 50%. С учетом возраста больных можно предположить иммуно-обусловленное поражение вследствие повторного инфицирования, которое наблюдается при других геморрагических лихорадках (геморрагический шок при лихорадке Западного Нила, геморрагической лихорадке Крым—Конго, синдроме шока Денге).

УДК 617.576:616.71—007.234—073.75

Р.Ф. Акберов, А.Р. Зарипова, А.А. Гайбарян (Казань). Возможности цифрового рентгеновского аппарата в количественной диагностике остеопороза в дистальном отделе предплечья

В настоящее время возобновляется интерес к фотоденситометрии как методу диагностики и количественной оценки остеопороза. В цифровом рентгеновском аппарате (ЦРА) вместо рентгеновской пленки используется полупроводниковый детектор, представляющий собой линейку фотодиодов в 1024 элемента. Детектор и рентгеновская трубка объединены в единую маятниковую систему. Посредством аналогово-цифрового преобразователя информация с фотодиодной линейки поступает в компьютер, где подвергается просмотру и обработке.

Для исключения эффекта мягкой ткани мы применили специальный контейнер, заполненный водой, который обеспечивает постоянную толщину водного слоя в плоскости снимка. В контейнер помещают исследуемую конечность и клин-эталон. Алюминиевый ступенчатый клин, помещенный в водную среду, оказывается примерно в таких же условиях, что и кость в окружении мягких тканей. В области предплечья мягкие ткани достаточно однородные и количество их относительно небольшое. Конусообразность конечности выравнивается постоянной толщиной водного слоя. Зонай интереса в нашем исследовании был выбран дистальный отдел лучевой кости, что обусловлено тем, что кость в этой области представлена в основном трабекулярной тканью, метаболически более активной. Остеопоротические сдвиги в трабекулярной ткани проявляются быстрее. Предложенный метод исследования дистального отдела предплечья прост в исполнении и не требует специального дорогостоящего оборудования. Напротив, найден новый практический подход к более полному использованию рентгеновского аппарата, находящегося в эксплуатации. Поскольку облучаются только предплечье и кисть, то с учетом принципиально сниженных доз на данном аппарате лучевую нагрузку на пациента можно считать ничтожно малой, что позволяет обследовать больных в динамике и оценивать эффективность лечения.

На ЦРА с помощью описанного выше метода нами были обследованы больные с ревматоидным артритом (РА) различной стадии, активности и длительностью приема гормональной терапии. Обследована 71 женщина, 39 из которых были в возрасте до 45 лет. В контрольной группе было 20 молодых здоровых женщин.

Данные минеральной плотности костной ткани (МПК), полученные в миллиграммах на квадратный сантиметр, пересчитывали в соответствии с рекомендациями ВОЗ в Т-критерий, отражающий снижение МПК относительно возрастного пикового значения. Средний показатель Т-критерия в обследованной группе больных составил $-1,76$ SD. У 32,4% больных РА выявлен остеопороз ($< -2,5$ SD), у 33,8% — остеопения ($-1,0$ — $-2,5$ SD). В группе молодых женщин, больных РА (до 45 лет), средний показатель Т-критерия составил $-1,24$ SD. Остеопороз был обнаружен у 21,1% женщин, остеопения — у 31,6%. В целом минерализация периферического скелета у молодых женщин с установленным РА оказалась на 12,6% меньше, чем у здоровых, что связано, видимо, как с самим заболеванием, так и с проводимой при нем глюкокортикоидной и цитостатической терапией. Разница между группой больных РА до 45 лет и контрольной группой была статистически высоко достоверной ($P < 0,01$). Наибольшая распространенность остеопороза обнаружена в старшей возрастной группе (47—70 лет): частота остеопороза — 43,8%, остеопения — 37,5%, а средний показатель Т-критерия составил $-2,3$ SD ($P < 0,001$).

Таким образом, можно полагать, что применение ЦРА и водной среды позволяет значительно повысить точность и воспроизводимость метода рентгенографической абсорбциометрии периферического скелета. Усовершенствованный метод является экономичной и безопасной альтернативой таким дорогостоящим методам диагностики остеопороза с высокой дозой облучения пациента, как двуэнергетическая абсорбциометрия и количественная компьютерная томография.

УДК 616.596—007.44—089.8

И.С. Малков, В.Н. Коробков (Казань). Лечение вросшего ногтя

Вросший ноготь I пальца стопы встречается у обратившихся к хирургу больных довольно часто — в 3—10% случаев. Причиной этого заболевания является анатомическая диспропорция между растущей ногтевой пластинкой и ногтевым ложем, что обусловлено особенностями роста ногтя. Острый край ногтевой пластинки врезается в мягкие ткани пальца и провоцирует развитие воспалительного процесса. Дополнительными факторами служат плоскостопие, давление тесной обуви (хроническая микротравматизация ногтя), неправильное глубокое обрезание ногтевой пластинки. Оперативным лечением вросшего ногтя являются резекция части ногтя или полное его удаление до иссечения гипергрануляций, кожная пластика и применение различных устройств для коррекции формы и роста ногтевой пластинки.

Под нашим наблюдением с 1993 по 2001 г. находился 91 больной с вросшим ногтем I пальца стопы. Пациенты были в возрасте от 14 до 82 лет, но чаще эта патология встречалась у лиц молодого и среднего возраста. Заболевание проявлялось постоянными болями в области пораженного пальца, гиперемией мягких тканей по ходу вросшего ногтя. У 48 (52,7%) больных отмечались изъязвления и гипергрануляции, высту-

пающие над поверхностью кожи, что значительно затрудняло ходьбу и ношение обуви. У 8 (9,9%) больных воспалительный процесс сопровождался образованием гнойного кармана в борозде между краем ногтя и околоногтевым валиком. У одного из них имелось гнойное расплавление подногтевого пространства с отслойкой ногтевой пластинки. У 36 больных рецидив заболевания выражался вялотекущим гнойно-воспалительным процессом в области ногтевой фаланги I пальца стопы.

Оперативное лечение проведено всем больным в связи с безуспешностью консервативного (ванночки и повязки с антисептиками, физиотерапия) или по поводу рецидивного характера патологии. Непосредственными показаниями к оперативному лечению считали наличие гипергрануляций, гнойного процесса (с образованием гнойных карманов или гнойного затека), глубокое врастание ногтевой пластинки, травмирующее ткани в области пальца и поддерживающее гнойно-воспалительный процесс.

У 55 больных была выполнена резекция части вросшего края ногтя на расстоянии 5—6 мм от бокового его края с целью разрушения той части матрикса, которая соответствовала резецируемому участку ногтевой пластинки. При наличии гипергрануляций их иссекали в пределах здоровых тканей, а при наличии гнойных карманов проводили тщательную санацию растворами перекиси водорода, йодиола, метиленового синего и дренирование. При наличии значительного количества гнойного отделяемого после обработки указанными растворами у 12 больных была использована методика вульнеросорбции: на рану в течение 3—5 дней накладывали повязки с пудрой-сорбентом, которая наряду с сорбционным эффектом обладала благодаря специальному составу значительным антибактериальным и иммуностимулирующим эффектами. В послеоперационном периоде рану не ушивали.

У 36 пациентов с рецидивирующим характером заболевания (ранее перенесших резекцию ногтя) был применен лазерный аппарат "Скальпель". С помощью фокусирования лазерного луча производили резекцию части ногтевой пластинки и расположенной рядом с ней гипергрануляции. Расфокусированным лазерным лучом тщательно обрабатывали всю поверхность образованного ногтевого ложа, но особенно тщательно — ростковый слой ногтя, то есть матрикс, с целью его разрушения. Таким образом, исключалась возможность повторного врастания патологического края ногтя в мягкие ткани пальца с развитием рецидива. Следует отметить также выраженный коагуляционный и бактерицидный эффекты лазерного луча, что, по-видимому, сокращало время и продолжительность послеоперационного периода.

У одного больного с гнойным затеком в подногтевое пространство и отслойкой ногтевой пластинки последнюю полностью удаляли. При отсутствии же гнойного затека ногтевую пластинку стремились частично сохранить. Известно, что после удаления всей ногтевой пластинки происходит деформация ногтевого ложа за счет рубцовой ткани, а это является, как правило, основой анатомического несоответствия между вновь растущей ногтевой пластинкой и ногтевым ложем.

Все оперативные вмешательства выполняли под местной проводниковой анестезией раствором новокаина: у 66 больных — в амбулаторных условиях и у 10 — в стационарных. В послеопера-

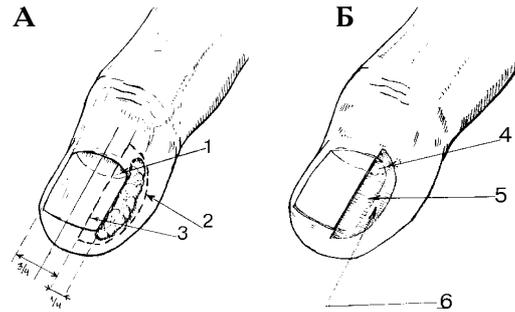


Рис. 1. А — схема резекции части ногтя и гипергрануляций с применением лазерного луча при вросшем ногте: 1 — зона проекции матрикса, 2, 3 — линия (пунктир) резекции ногтя и гипергрануляций; Б — зоны обработки лазером раневой поверхности после удаления части ногтя и гипергрануляций: 4 — матрикс, 5 — ногтевое ложе, 6 — поверхность после удаления гипергрануляций.

ционном периоде, кроме антисептиков, применяли начиная с 4—5-го дня растворы куриозина, мазевые повязки с метилурацилом, левомеколом, ускоряющими репаративный процесс. Помимо того, назначали физиотерапию (УВЧ), анальгетики, а лицам пожилого возраста — дополнительно сосудистые препараты (никотиновая кислота, пентоксифиллин, трентал, курантил). Лечебно-профилактические мероприятия включали правильное подрезание свободного края ногтевой пластинки, гимнастику для ног, использование супинаторов при плоскостопии, правильный подбор обуви, не стесняющей стопу. Общая продолжительность лечения составляла 2—4 недели.

На рис. 1 (А, Б) показаны схема резекции части ногтя и гипергрануляций с применением лазерного луча при вросшем ногте и зоны обработки лазером раневой поверхности после удаления части ногтя и гипергрануляций.

Наилучшие результаты лечения вросшего ногтя были получены у пациентов, у которых использовалось воздействие лазерного луча. У 36 больных после резекции ногтя лазерным лучом рецидивов не наблюдалось. Полагаем, что в значительной степени наилучшие результаты лечения больных этой группы обусловлены тремя факторами лазерного воздействия: минимальной травматичностью самого оперативного вмешательства, его мощным бактерицидным и значительным гемостатическим эффектом. Выздоровление при использовании лазера наступало в среднем на 12—15-й день, тогда как при использовании обычного хирургического метода — на 14—26-й. Кроме того, из 55 больных, леченных традиционно, у 15 (27,4%) пациентов через 6—10 месяцев после операции развился рецидив, что потребовало повторного вмешательства. При наблюдении в течение 3 лет за больными, перенесшими лечение вросшего ногтя с использованием лазера, рецидивов не наблюдалось.

Таким образом, применение CO_2 лазера в комплексном лечении вросшего ногтя позволяет сократить сроки лечения на 25—40% и дает основание надеяться на безрецидивное течение послеоперационного периода.