

тканесберегающим эффектом с помощью «Versajet» позволяет эффективно в короткие сроки подготовить раневую поверхность к аутодермопластике или достичь самостоятельной эпителизации ран.

А.И. Левента, С.М. Кузнецов, Д.А. Шукин

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКТА ГОРНОКОЛОСНИКА ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ КОЖНОЙ ЛИНЕЙНОЙ РАНЫ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

В клинической практике придается большое значение срокам заживления ран. При этом важную роль играет их закрытие первичным или вторичным натяжением. Применяются различные факторы местного и общего воздействия, для ускорения эпителизации, предупреждения осложнений.

Цель исследования: в эксперименте провести сравнительную оценку воздействия различных фармакопрепаратов и препаратов растительного происхождения из местных природных ресурсов (горноколосника колючего) на эффективность первичного заживления послеоперационных ран.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Экспериментальная работа проводилась на 15 беспородных кроликах, содержащихся в условиях вивария экспериментальной кафедры фармакологии Иркутского государственного медицинского университета. Клинические наблюдения процессов заживления экспериментальных ран проводили на 1, 3, 7, 14, 21-е сутки (до полного заживления ран). Оценивали визуальное состояние ран, характер и качество грануляций, брали мазок с раны для цитологического исследования. Для гистологического исследования брали ткань раны и окружающей здоровой кожи до 1 см². Раны наносили кроликам на спину под местной анестезией до 2 см длиной и до собственной фасции, накладывали швы до полной адаптации краев. После этого накладывали на раны повязки, на 3 препарата сравнения (1-я рана — фузимет, 2-я — левомеколь, 3-я — ланолин с вазелином). На 3 другие наносили те же препараты с добавлением горноколосника колючего в соотношении 1:9, и седьмая рана считалась контрольной, накладывалась повязка с физиологическим раствором.

ВЫВОДЫ

Добавление экстракта горноколосника колючего в аппликационные повязки при заживлении ран сказывается положительно на их динамике, визуально перифокальное воспаление минимальное, факторы местного неспецифического иммунитета выражены более активно. Во всех наблюдениях отмечено первичное заживление без осложнений с реорганизацией рубца.

С.Н. Леонова, А.В. Рехов, А.Л. Камека

НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику метода управляемого чрескостного остеосинтеза у больных с переломами большеберцовой кости, осложненными хроническим травматическим остеомиелитом, сроки лечения остаются длительными.

Цель исследования: сократить сроки лечения больных с переломами большеберцовой кости, осложненными хроническим травматическим остеомиелитом, путем применения новых методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа основана на анализе собственных результатов лечения 132 пациентов с переломами большеберцовой кости, осложненными хроническим травматическим остеомиелитом. Средний возраст пациентов составил 37—38 лет. У 57 пациентов перелом осложнился локальной (ограниченной, концевой) формой хронического травматического остеомиелита, когда некротически-гнойный процесс локализовался в области концов отломков большеберцовой кости. У 75 пациентов имела место

распространенная форма остеомиелита с поражением по ширине и длиннику большеберцовой кости. Остеомиелитический процесс у всех больных находился в фазе неполной ремиссии.

Среди пациентов с локальной формой хронического травматического остеомиелита 33 выполнена стандартная операция: ревизия перелома, удаление нежизнеспособных тканей, моделирующая резекция концов отломков большеберцовой кости, их адаптация и фиксация чрескостным аппаратом. 24 пациентам, кроме стандартной операции, выполняли внеочаговую костную аутооттрансплантацию, заключающуюся в том, что после фиксации отломков кости в проксимальном метафизе большеберцовой кости формировали канал диаметром не более 10 мм в косо-поперечном направлении к продольной оси голени и вводили в сформированный канал аутооттрансплантат соответствующего диаметра длиной до противоположной кортикальной пластинки большеберцовой кости (патент РФ № 2311144, разрешение на применение новой медицинской технологии ФС № 2008/118).

Всем пациентам с распространенной формой хронического травматического остеомиелита было проведено стандартное оперативное лечение: сегментарная резекция большеберцовой кости или некрсеквестрэктомия, в результате которой были образованы дефекты костной ткани размерами от 5 до 14 см, фиксация чрескостным аппаратом и кортикотомия с остеоклазией верхней трети большеберцовой кости для замещения дефекта методом билокального остеосинтеза (замещение дефекта кости по Г.А. Илизарову). У 47 пациентов использовалась стандартная методика замещения дефекта кости, когда дистракцию начинали обычным темпом 1 мм в сутки, затем, ориентируясь на рентгенологическую картину формирующегося дистракционного регенерата, при необходимости снижали темп дистракции до 0,5 или 0,75 мм в сутки. 28 пациентам замещение дефекта большеберцовой кости проводилось по разработанной методике с использованием индивидуального темпа перемещения фрагмента большеберцовой кости, определяемого до начала дистракции и контролируемого 1 раз в неделю (заявка на изобретение № 2010132332 (045773), приоритет от 02.08.2010 г.). Темп дистракции изменялся от 0,5 до 0,75 или 1 мм в сутки в зависимости от показателя общего индекса состояния костной ткани в очаге костеобразования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительный анализ эффективности применения стандартных и разработанных методов лечения больных с переломами большеберцовой кости, осложненными хроническим травматическим остеомиелитом, показал следующее.

У больных с локальной формой хронического травматического остеомиелита при использовании внеочаговой костной аутооттрансплантации сращение перелома наступило в сроки от 3 до 5 месяцев, средний срок составил $4,29 \pm 0,2$ месяца. Была достигнута стойкая ремиссия гнойного процесса, полное заживление послеоперационных ран. Применение стандартного лечения позволило добиться сращения перелома в сроки $10,13 \pm 0,72$ месяца. Имелись случаи повторных госпитализаций через 1,5 – 2 месяца после выписки из стационара в связи с воспалением мягких тканей в области выхода чрескостных элементов и появлением свищей в зоне перелома.

У больных с распространенной формой хронического травматического остеомиелита при применении индивидуального, контролируемого темпа дистракции замещение дефектов костной ткани выполнялось в сроки от 7-ми до 8-ми месяцев, средний срок составил $7,56 \pm 0,76$ месяца. Этап дистракции выполнялся в течение $79,62 \pm 7,79$ суток, этап фиксации в аппарате внешней фиксации длился $147,1 \pm 18,13$ суток. Был сформирован полноценный дистракционный регенерат, восстановлена целостность костной ткани, опороспособность конечности, достигнута стойкая ремиссия гнойного процесса, полное заживление послеоперационных ран. При замещении дефектов костной ткани стандартным способом срок лечения составил в среднем $11,41 \pm 0,84$ месяца. Этап дистракции $78,44 \pm 4,97$ суток, этап фиксации в аппарате внешней фиксации — $256,2 \pm 26,11$ суток. В связи с формированием слабого дистракционного регенерата в данной группе вторая половина дистракции выполнялась в сниженном темпе. Выполнялись повторные оперативные вмешательства в связи с воспалением в зоне дефекта костной ткани и области выхода чрескостных элементов.

Таким образом, использование внеочаговой костной аутооттрансплантации позволило сократить сроки лечения переломов большеберцовой кости, осложненных локальной формой хронического травматического остеомиелита, в два раза и приблизить их к срокам сращения переломов, неосложненных гнойной инфекцией. Применение при лечении больных с распространенной формой хронического травматического остеомиелита индивидуального, контролируемого темпа дистракции позволило сократить сроки замещения дефектов большеберцовой кости голени от двух до пяти месяцев и добиться стойкой ремиссии некротически-гнойного процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение разработанных новых методов лечения больных с переломами большеберцовой кости, осложненными локальной и распространенной формой хронического травматического остеомиелита, способствует созданию оптимальных условий для регенерации и сокращению сроков сращения переломов и замещения дефектов костной ткани.