

тов лечения больных с ПВГ в сочетании с СББ с 42,9 до 7,5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патент РФ № 2126694.
2. Патент РФ № 2150897.
3. Патент РФ № 2150897.
4. Патент РФ № 2159082.
5. Патент РФ № 2169531.
6. Патент РФ № 2216362.

Поступила 23.06.04.

PREVENTION OF ADHESIVE DISEASE OF PERITONEUM IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

R.R. Shavaleev, V.V. Plechev, P.G. Kornilov,
S.A. Pashkov, S.E. Donyushkin

S u m m a r y

New intraoperative methods and devices for prevention of adhesive process in peritoneum not causing

significant increase of intraabdominal pressure, increasing the choice of hernioplasty methods under tensometric control of tension of hernia defect edges, using transplants and surgical suture tissue with antiadhesive and antibacterial effect are developed. Using above-mentioned methods during last 9 years 374 patients with postoperative ventral hernias were operated: the rate of unsatisfactory results of the treatment estimated by hernia relapse rate and manifestations of adhesive peritoneal disease decreased from 42,9% to 7,5%.

УДК 616. 718. 5 - 001. 59 - 003. 93 - 089. 8

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ С ДЕФЕКТАМИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

А.Н. Решетников

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор - проф. И.А. Норкин), г. Саратов

Ложные суставы с дефектами большеберцовой кости составляют от 15 до 50,6% среди других последствий повреждений опорно-двигательного аппарата. В настоящее время при их лечении чаще всего применяется чрескостный остеосинтез по Илизарову. Однако при этом многие авторы указывают на длительное время перестройки дистракционного регенерата [3, 11].

С целью активизации репаративной регенерации костной ткани одни авторы применяют консервативное лечение [6, 12]. Другие используют стимуляторы, например факторы роста, находящиеся в фетальной костной ткани [9, 10]. В клинической практике также применяется ее близкий аналог по структурной организации - брешоткань [1, 4, 5].

В настоящей статье мы сообщаем об эффективности применяемых в нашей клинике способов стимуляции репаративной остеорегенерации, включающих применение брешопластики при замещении костного дефекта и использование в послеоперационном периоде препарата

«Дона» (патент RU № 2180534) или лазерного излучения. Входящий в состав «Дона» глюкозаминсульфат ...способствует отложению кальция в костной ткани [7], а лазеротерапия активизирует остеорегенерацию за счет усиления микроциркуляции [2, 8].

В клинике с 1963 по 2004 г. на лечении находились 117 больных в возрасте от 16 до 57 лет. Женщин было 22, мужчин - 95. При операциях применялись брешоттрансплантаты из Самарского тканевого банка. Больным назначали «Дону» со второго дня после операции внутрь по 1,5 ежедневно 2 месяца или лазеротерапию на область брешопластики (длина волны - 0,89 мкм, частота - 3000 Гц, мощность - 1 Вт, время - 5 мин, 10 сеансов).

Основную группу больных составили 20 человек, получавших остеостимулирующее лечение (14 - лазерное облучение, 6 - «Дону»). В контрольную группу вошли 97 человек, у которых не применяли стимуляцию. Темп удлинения был до 1 мм в день. Брешопластику выполняли при слабой плотности регенерата (по данным

рентгенографии): через разрез мягких тканей длиной 1-1,5 см в его середину вводили от 3 до 5 брешотрансплантатов размером 5-10S2 мм на глубину 1,5-2 см с помощью зажима типа «москит». Мягкие ткани ушивали.

Динамику костеобразования оценивали клинически (стихание болевого синдрома, способность управлять оперированной конечностью, восстановление осевой нагрузки и объема движений в смежных суставах) и путем анализа рентгенограмм области операции, на которых изучались признаки сращения в виде упорядоченного расположения костных балок. При оценке результатов лечения подсчитывали индекс фиксации [13] и срок лечения пациента (время с момента операции до полного костного сращения, когда демонтировали аппарат).

В основной группе больных была ускоренная динамика стихания болевого синдрома, снижение интенсивности которого после операции происходило в среднем на 5-7 дней раньше, чем у пациентов контрольной группы. Появление положительной функциональной пробы (пациент мог ходить и нагружать оперированную конечность не испытывая при этом боли) наступало у больных основной группы на 10-14 дней раньше, чем у пациентов контрольной. Число повторных госпитализаций для проведения физиофункционального восстановительного лечения мышечно-суставного аппарата оперированной конечности уменьшилось с трех до одной по сравнению с таковыми у больных контрольной группы.

Отдаленные результаты лечения были изучены у 14 больных основной группы и у 68 контрольной в сроки от одного года 2 месяцев до 11 лет. Срок лечения больных основной группы по сравнению с контролем уменьшился в 1,4 раза, а индекс фиксации - в 2,7 раза (см. табл.). В основной группе не выявлено осложне-



а

б

в

г

д

е

Рис. 1. Больной А., 16 лет. Ложный сустав с дефектом 7 см диафиза правой большеберцовой кости, укорочение голени на 10 см: а - рентгенограмма после получения травмы; б - при поступлении в клинику; в - во время лечения (замещен дефект большеберцовой кости, выполнена брешопластика остеорегенерата); г - перед снятием аппарата; д - через 11 лет после операции; е - функциональный результат.

ний, связанных с применением osteo-стимуляции.

Приводим клиническое наблюдение.

А., 16 лет, инвалид II группы, поступил в клинику с диагнозом: дефект диафиза правой большеберцовой кости 7 см; укорочение голени на 10 см; дефект мягких тканей правой голени (рис. 16). В автоаварии больной получил открытый перелом обеих костей правой голени с повреждением большеберцовой артерии (рис. 1а). Были выполнены аутовенная пластика артерии, ПХО раны, кожная пластика дефекта мягких тканей голени. Через 15 месяцев на правую голень был наложен аппарат Илизарова

Результаты применения методик остеосинтеза у больных с ложными суставами с дефектами большеберцовой кости

Показа-тели	Монолокальный компрессионный остеосинтез		Монолокальный дистракционный остеосинтез		Межберцовое синостозирование		Билокальный комбинированный компрессионно-дистракционный остеосинтез		Билокальный последовательный дистракционно-компрессионный остеосинтез	
	—мсо	+ мсо	—мсо	+ мсо	—мсо	+ мсо	—мсо	+ мсо	—мсо	+ мсо
СЛ	311,8	133,6	372,4	225	361,1	153,5	297,8	204,0	545,0	400,9
ИФ			47,4	25			61,5	20,8	66,0	18,8

Примечание: (— мсо) — без применения стимуляции остеорегенерации; (+ мсо) — со стимуляцией остеорегенерации; СЛ — срок лечения; ИФ — индекс фиксации.

и за 4 месяца замещен дефект большеберцовой кости. 18.01.93 г. была выполнена остеотомия мало-берцовой кости, проведены дополнительные спицы и брешо-пластика остеорегенерата нижней трети большеберцовой кости (рис. 1в).

Дистракция длилась 223 дня, фиксация - 322 дня. Аппарат был снят 22.03.94 г. (рис. 1г): дефект замещен полностью, общее удлинение составило 17 см, индекс фиксации - 18,9 дня. Осмотрен через 11 лет после операции: жалоб нет, ходит с полной нагрузкой на ногу, функция суставов в полном объеме (рис. 1 д, е). Большой работает автослесарем.

Таким образом, применение стимуляции репаративной регенерации костной ткани при лечении ложных суставов с дефектом большеберцовой кости позволило сократить срок лечения больных основной группы по сравнению с контролем в 1,4 раза, индекс фиксации - в 2,7 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волова Л.Т. Аллогенные деминерализованные костные матриксы и регуляция остеогенеза: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - М., 1997.
2. Вьялко В.В., Берглезов М.А., Угнивенко В.И. Низкоэнергетические лазеры в травматологии и ортопедии. - М., 1998.
3. Десятниченко К.С., Ковинька М.А., Талашова И.А. Новые технологии в медицине: Мат. науч.-практ. конференции с междунар. участием. - Курган, 2000. - С. 75-76.
4. Костандян Л.И., Подвальный А.Ю. Обьединенная научная сессия по вопросам профилактики травматизма в нефтяной промышленности, клиники и лечения заболеваний и повреждений суставов: Тез. докл. - Казань, 1967. - С. 148-149.
5. Котельников Г.П., Нагоза А.Г. Геронтология и гериатрия: Мат. науч. конф. - Самара, 1994. - С. 72-74.
6. Краснов А.Ф., Давыдкин Н.Ф., Цыганов Р.Г. и др. // Анн. травматол. и ортопед. - 1996. - № 3. - С. 70-76.

7. Лекарственные препараты в России: Справочник ВИДАЛЬ.- М., 1998.

8. Мазуркевич Е.А. Фото-лазеротерапия заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - СПб, 2001.

9. Малахов О.А., Миронов С.П., Сухих Г.Т. и др. VII съезд травматологов-ортопедов России: Тез. докл. - Томск, 2002. - Т. 1. - С. 443.

10. Омеляненко Н.П., Миронов С.П., Денисов-Никольский Ю.И. и др. // Вестн. травматол. и ортопед. - 2002. - № 4. - С. 85-88.

11. Попков А.В. // Новые технологии в медицине: Мат. науч.-практ. конф. с междунар. участием. - Курган, 2000. - С. 23-24.

12. Родионова С.С., Колондаев А.Ф., Соколов В.А., Марков С.А. // Вестн. травматол. и ортопед. - 2001. - № 4. - С. 41-46.

13. Шевцов В.И., Попков А.В. // Анн. травма-тол. и ортопед. - 1995. - № 2. - С. 23-27.

Поступила 01.10.04.

OPTIMIZATION OF REPARATIVE REGENERATION OF BONE TISSUE IN TREATMENT OF FALSE JOINTS WITH DEFECTS OF THE TIBIA

A.N. Reshetnikov

S u m m a r y

Efficiency of the use of the developed method of reparative regeneration stimulation of bone tissue in patients with false joints with defects of tibia is studied. The method is based on brephoplasty of bone defect and the use of the low intensive laser radiation or "Dona" peroral medication in postoperative period. It was shown that the use of the laser radiation or the "Dona" in postoperative period reduced the duration of treatment in the main group in comparison with the control group by 1,4, the fixation index — by 2,7 due to accelerating adhesion of bone fragments.

УДК 616.12 - 008.331.1- 085.851

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Р.Р. Набиуллина

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии (зав. - проф. А.М. Карпов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Артериальная гипертензия (АГ) - одно из самых распространенных и социально значимых заболеваний. Повышение артериального давления (АД) долго протекает бессимптомно и при отсутствии лечения приводит к сокращению продолжительности жизни из-за развития поражения сердца, мозга и почек. Длительное психоэмоциональное напряжение является пусковым моментом в ма-

нифестации АГ. Важную роль в развитии заболевания играют характерологические и психические особенности личности, которые определяют преимущественные формы эмоционального реагирования. Заслуживает внимания изучение сопутствующей психопатологической симптоматики у больных с АГ, приводящей к ухудшению течения и прогноза основного заболевания, снижению