

В среднем срок фиксации локтевой кости составил от 70 до 95 суток. По данной методике пролечено 8 пациентов. Достигнуты хорошие анатомические и функциональные результаты.

Таким образом, предложенная конструкция аппарата внешней фиксации для лечения поврежденных Монтеджа позволяет совместить фиксацию костных отломков локтевой кости и раннюю функцию поврежденного сегмента.

А.С. Моторыкин, А.В. Карпович

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯЗВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

В настоящее время при эндоскопической оценке степени устойчивости гемостаза широко используются только субъективные критерии без использования объективных методов оценки состояния слизистой в области язвенного дефекта.

ЦЕЛЬ

Разработать объективный метод прогнозирования риска рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв основанный на исследовании микроциркуляции слизистой в области язвенного дефекта, позволяющий определить наиболее подходящую лечебную тактику.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При выполнении гастроскопии у пациентов с язвой гастродуоденальной зоны после состоявшегося кровотечения в случае отсутствия признаков продолжающегося кровотечения через тубус эндоскопа проводят гибкий датчик аппарата ЛАКК-01. Запись показателей микроциркуляции проводят дважды в течение 3 мин. каждое с поверхности слизистой последовательно сначала на границе с язвенным дефектом, а затем отступив 3–4 см от его края в интактной области без дополнительного медикаментозного и механического воздействия на слизистую. За основное в оценке микроциркуляции принимают среднее арифметическое значение показателя микроциркуляции (М), измеряющееся в перфузионных единицах. Для нивелирования воздействия системных факторов на показатели микроциркуляции слизистой у исследуемых пациентов рассчитывают относительный коэффициент рецидива кровотечения ($K_{РК}$), на основании которого определяют степень риска рецидива язвенного кровотечения, равный отношению среднего арифметического значения показателя микроциркуляции на границе язвенного дефекта (M_1) к среднему арифметическому значению показателя микроциркуляции в интактной области (M_2), расположенной на расстоянии 3–4 см от края язвенного дефекта. При значении коэффициента рецидива кровотечения более 0,8 прогнозируют незначительный риск рецидива язвенного кровотечения, при значении $K_{РК}$ в пределах от 0,5 до 0,8 — умеренный риск рецидива, а при значении менее 0,5 — высокий риск рецидива кровотечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Предлагаемым способом обследовано 19 пациентов, у 8 пациентов язвенный дефект был локализован в дистальном отделе желудка, у 11 — в луковице ДПК; размер дефекта варьировал от 1 до 2,5 см в диаметре. По результатам проведенного исследования показатель $K_{РК}$ имел значительный разброс от 1,1 до 0,4. Всем пациентам была назначена консервативная терапия, включавшая назначение гемостатических и антисекреторных препаратов, проводилось тщательное динамическое наблюдение с эндоскопическим контролем при отрицательной динамике в объективном статусе.

В результате наблюдения у двоих пациентов с показателем $K_{РК}$ 0,48 и 0,45 (у обоих язва локализовалась в луковице ДПК) отмечен рецидив кровотечения в первые 2 часа, при этом полностью остановить кровотечение с помощью эндоскопических методов лечения не удалось, что потребовало выполнения резекции S желудка по Бильрот-1. Еще у 4 пациентов с показателем $K_{РК}$ в пределах 0,51–0,78 отмечено нарастание анемии, что потребовало выполнения контрольной гастроскопии. У этих пациентов было выявлено рецидивное кровотечение, которое удалось остановить с помощью эндоскопической электрокоагуляции. У этих, а также у остальных 13 пациентов со значением показателя $K_{РК}$ 0,5–1,1 дальнейшего ухудшения состояния как клинически, так и по данным инструментальных исследований выявлено не было.

Таким образом, при ретроспективном анализе все пациенты разделены на следующие группы:

1) с показателем $K_{РК}$ более 0,8 (7 пациентов), ни у кого из них на фоне консервативной терапии не наступил рецидив кровотечения;

2) с показателем K_{PK} в пределах от 0,5 до 0,8 (10 пациентов), у 4 из них возник рецидив кровотечения, которое было успешно остановлено с помощью эндоскопических методов гемостаза;

3) с показателем K_{PK} менее 0,5 (2 пациента), при этом у обоих пациентов в сроке до 6 часов после исследования возник рецидив язвенного кровотечения, потребовавший выполнения экстренной операции.

ВЫВОД

Предлагаемый способ прогнозирования рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв является высокоточным и объективным методом, позволяющим своевременно определить лечебную тактику и избежать рецидива кровотечения.

Н.Р. Мустафаев, И.А. Алтухов

ПРОВЕДЕНИЕ ЛИМФОСТИМУЛЯЦИИ В РЕГИОНЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН (Новосибирск)

В последнее время остеоартроз коленных суставов привлекает все больше внимания исследователей и практических врачей. Несмотря на открытие новых препаратов для его лечения пока не удается приостановить рост заболеваемости.

В развитии патологического процесса в суставах важное значение имеют изменения микроциркуляции, венозного и лимфатического оттока, что приводит к нарушениям трансудации и резорбции синовиальной жидкости, следовательно, к расстройствам метаболизма суставного хряща.

При обследовании пациентов с гонартрозом выявлены нарушения микроциркуляции, венозного и лимфатического оттока усиливающиеся в зависимости от стадии заболевания.

Для коррекции нарушений микроциркуляции, венозного и лимфатического оттока в регионе коленного сустава у пациентов с гонартрозом разработана методика лимфотропного лечения.

Для контроля эффективности проведенного лечения пациентам проводятся реолимфовазография и импедансометрия региона коленного сустава.

Лимфотропное лечение заключается в введении комплексной смеси лекарственных препаратов в жировое тело Гоффа, содержащее большое количество лимфатических коллекторов и находящееся непосредственно в переднем отделе коленного сустава. Курс лечения состоит из проведения пяти инъекций с интервалом в 48 часов.

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом 1 стадии после проведения курса лимфотропных лимфостимулирующих инъекций выявлено увеличение скорости лимфатического оттока на уровне верхней трети голени на 15,7 % (0,03 Ом/сек) и объема лимфатического оттока, на 14,3 % (0,04 Ом). В нижней трети бедра было выявлено увеличение скорости лимфатического оттока, на 17,4 % (0,03 Ом/сек), и объема лимфатического оттока, на 16,5 % (0,04 Ом). Скорость венозного оттока на уровне верхней трети голени увеличилась на 19,6 % (0,04 Ом/сек), объем венозного оттока увеличился на 17,7 % (0,04 Ом), на уровне нижней трети бедра увеличение скорости венозного оттока составило 20,3 % (0,04 Ом/сек), увеличение объема венозного оттока составило 19,9 % (0,05 Ом). Показатель активной составляющей удельного сопротивления мягких тканей на уровне верхней трети голени увеличился на 24,2 % (12,7 Ом), на уровне нижней трети бедра увеличение составило 27,7 % (14,2 Ом).

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом 2 стадии после проведения курса лимфотропных лимфостимулирующих инъекций на уровне верхней трети голени выявлено увеличение скорости лимфатического оттока на 18,9 % (0,04 Ом/сек), объема лимфатического оттока, на 18,5 % (0,05 Ом). В нижней трети бедра увеличение скорости лимфатического оттока составило 20,2 % (0,05 Ом/сек), увеличение объема лимфатического оттока составило 18,7 % (0,05 Ом). Увеличение скорости венозного оттока на уровне верхней трети голени составило 20,5 % (0,05 Ом/сек), увеличение объема венозного оттока составило 18,7 % (0,05 Ом), скорость венозного оттока на уровне нижней трети бедра увеличилась на 23,4 % (0,06 Ом/сек), объем венозного оттока увеличился на 20,9 % (0,05 Ом). Показатель импедансометрии на уровне верхней трети голени увеличился на 28,3 % (17,8 Ом), увеличение на уровне нижней трети бедра составило 31,3 % (19,5 Ом).

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом 3 стадии после проведения курса лимфотропных лимфостимулирующих инъекций на уровне верхней трети голени было выявлено увеличение скорости лимфатического оттока на 23,5 % (0,06 Ом/сек) и объема лимфатического оттока на 19,8 % (0,06 Ом). В нижней трети бедра увеличение скорости лимфатического оттока составило 27,3 % (0,07 Ом/сек) и объема лимфатического оттока на 24,4 % (0,08 Ом). Увеличение скорости венозного оттока на уровне