

сплантации. Животным второй группы ($n = 10$) за 96 часов до панкреатэктомии выполняли однократное введение трансплантата в брюшную полость в количестве 1 мл. В качестве трансплантата были использованы островковые клетки поджелудочной железы новорожденных поросят, а именно их суточная культура в концентрации 2×10^6 в 1 мл питательной среды. Течение пострезекционной гипергликемии оценивали по уровню глюкозы в крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У животных контрольной группы уже через час после панкреатэктомии отмечали высокую гипергликемию 26,2 (22,7 – 30,0) моль/л, которая имела стойкий характер. Через сутки наблюдения уровень глюкозы крови продолжал оставаться высоким 23,7 (22,6 – 24,8) моль/л, несмотря на проводимую инсулинотерапию в дозе 0,4 ед/кг. Летальность животных контрольной группы составила 100 % уже в первые сутки послеоперационного периода. Животные опытной группы наблюдались в течение 14 суток, им проводили определение уровня глюкозы крови и последующую оценку морфологической картины. Определение уровня глюкозы в крови животных проводили в динамике сразу после операции и каждый час на протяжении первых суток. Анализ полученных результатов показал, что у всех животных опытной группы отмечалось плавное снижение и нормализация уровня глюкозы крови без введения инсулина от 18,5 (17,8 – 19) моль/л в первый час и до 6,4 (5,8 – 7,4) моль/л в течение 10 часов после панкреатэктомии. Уровень глюкозы крови находился в пределах 6,4 (5,8 – 7,4) ммоль/л на протяжении всего последующего периода наблюдения (7 – 14 суток), что свидетельствует о функционировании трансплантированных островковых клеток и купировании пострезекционной гипергликемии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предлагаемый способ позволил добиться 100%-ной выживаемости экспериментальных животных после панкреатэктомии, в то время как летальность в группе контроля составила 100 %. Осуществление заявляемого способа позволило предупредить развитие пострезекционной гипергликемии после панкреатэктомии и обеспечить полную инсулинонезависимость животных на протяжении всего эксперимента.

Н.А. Астахова

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА У ПОДРОСТКА

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» (Хабаровск)

ВВЕДЕНИЕ

Компрессионные переломы позвоночника составляют от 2,2 до 5,2 % (Андрушко Н.С., Распопина А.В., 1977) от общего числа травм в детском возрасте и 9,2 % от числа больных с переломами костей. По наблюдениям Е.Н. Кондакова и И.А. Симоновой (2002), лишь в 55,6 % случаев диагноз, поставленный на догоспитальном этапе, совпадал частично с диагнозом, поставленным в стационаре, в 15,1 % — диагнозы совпадали полностью, в 13,5 % — диагноз не указывался, а в 15,8 % — травма не была диагностирована.

Следует отметить, что компрессионные переломы позвоночника у детей имеют недостаточно четкую симптоматику. Анамнестические данные не всегда помогают в диагностике, при этом общее состояние ребенка, как правило, удовлетворительное. В свою очередь запоздалое начало лечения резко ухудшает исходы травмы. Так, Nogal и соавт. (1972) при изучении отдаленных результатов лечения компрессионных переломов тел позвонков у 20 % детей выявили наличие остеофитов в области перелома. По данным Н.С. Андрушко и соавт. (1977), у 20 % детей наблюдаются различные нарушения осанки, у 36 % — изменения формы позвоночника, у 12 % — деформации позвоночника (сколиозы, кифозы).

Цель исследования: изучить отдаленные последствия компрессионного перелома позвоночника при поздней диагностике травмы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ истории болезни, результатов различных методов лучевой диагностики пациента с застарелым компрессионным переломом тела L₁.

Больной Сергей А., 15 лет, в сентябре 2009 г. был избит сверстниками. Родителями доставлен в травматологический пункт, где был выставлен диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей спины, поясницы, множественные ссадины. Находился на лечении в нейрохирургическом отделении. В дальнейшем получал лечение у невролога амбулаторно по поводу последствий черепно-мозговой травмы.

К ортопеду обратился в октябре 2010 г. в связи с жалобами на периодические боли в поясничном отделе позвоночника, проведена рентгенография и СКТ. Диагностирован застарелый компрессионный перелом тела L₁ позвонка I степени, перелом поперечного отростка L₁, грыжи межпозвонковых дисков L₁-II, L_{II}-III. Подросток госпитализирован в ортопедическое отделение, где проведен курс консервативной терапии. В дальнейшем в течение года периодически проводились курсы консервативного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При контрольном осмотре в ноябре 2011 г. на СКТ сохраняется клиновидность тела L₁ позвонка, размеры грыж межпозвонковых дисков не увеличились (рис. 1). Неврологических расстройств нет.

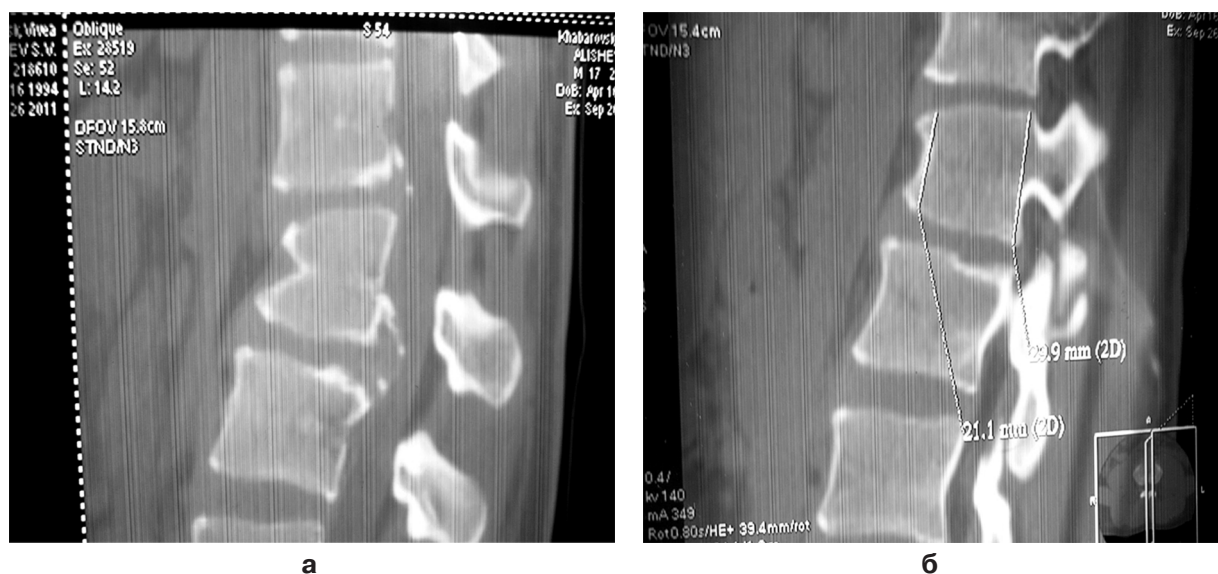


Рис. 1. СКТ больного Сергея А., 17 лет: **а)** клиновидная деформация тела L₁ позвонка; **б)** грыжи межпозвонковых дисков L₁-II, L_{II}-III, сужение спинномозгового канала на уровне грыж, обызвествление задней продольной связки.

Таким образом, данный пример иллюстрирует сложность диагностики компрессионных переломов позвоночника у подростков и ухудшение исхода травмы позвоночника в связи с поздним началом лечения.

Н.А. Астахова

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» (Хабаровск)

ВВЕДЕНИЕ

Количество повреждений позвоночника среди травм опорно-двигательного аппарата остается достаточно высоким и составляет, по мнению разных авторов, от 1,0 до 40 % (Фищенко Я.П., 1975; Янковский А.М., 2000; Епифанов В.А. и соавт., 2002; Костив Е.П., 2003; Игнатьев Е.Т., 2004; Фомичев Н.Г., Садовой М.А., 2004; Ульрих Э.В., 2005; Мельникова О.А., 2007; Валеев И.Е., 2010; Заверова М.С. и соавт., 2010; Щедренюк В.В. и соавт., 2010).

Ю.Т. Игнатьев (2003), анализируя данные литературы, отмечает рост детского травматизма на 9,6 %, при этом частота травм позвоночника в Российской Федерации составляет 28,3 на 10 000 детского населения, за рубежом — около 24,3 на 100 000 населения.

Из многочисленных методов консервативного лечения компрессионных неосложненных переломов тел позвонков наибольшее распространение получили следующие: метод одномоментной репозиции с последующим изготовлением гипсового корсета, метод постепенной репозиции с последующим изготовлением гипсового корсета и функциональный метод (Епифанов В.А., Епифанов А.В., 2008). Однако все эти методы мало учитывают специфику лечения пациентов детского возраста.

Цель исследования: изучить результаты консервативного лечения компрессионных переломов позвоночника у детей с использованием реклинирующих устройств собственной конструкции.