

тического и инфекционного процессов стопы, что потребовало выполнения дополнительных оперативных вмешательств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, включение в комплексную терапию внутриартериального введения модифицированных аутолимфоцитов, позволяет более эффективно влиять на патологический процесс и добиваться положительных результатов в лечении трофических язв на фоне СДС.

Е.И. Астафьева, В.Е. Воловик

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ГРУБЫМИ ФОРМАМИ СКОЛИОЗА

**ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева (г. Хабаровск)
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (г. Хабаровск)**

Под нашим наблюдением находились 39 больных в возрасте от 7 до 38 лет со сколиозом III и IV степени, которые подверглись оперативному лечению, носившему достаточно травматичный характер, связанный с многоэтапностью хирургических вмешательств: сочетанием различных видов торакопластики, корригирующих и стабилизирующих оперативных приемов, как на дорзальных, так и на вентральных отделах позвоночника, преимущественно с применением различных металлических конструкций.

Исследование системы гемостаза у больных проводилось поэтапно: I этап — перед операцией, II этап — первые сутки после операции, III этап — 5–7 сутки после операции. Всем больным методом анкетирования проводилось исследование возможных нарушений сосудисто-тромбоцитарного (первичного) гемостаза с применением специально разработанной типовой анкеты.

Проведенные исследования показали, что в дооперационном периоде у 33 больных показатели гемостаза были в пределах нормы, а у 7 больных была выявлена умеренная гипокоагуляция без клинических проявлений. В первые сутки послеоперационного периода изменения в системе гемостаза проявлялись в виде снижения активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) на 11,6 % по сравнению с исходными данными, незначительного увеличения процента фибриногена (на 10,3 %), угнетения фибринолитической активности на 20,4 %.

Кроме того, нами были выявлены положительные паракоагуляционные тесты, наличие которых может свидетельствовать о появлении в кровотоке активного тромбина, образовании растворимых фибрин-мономерных комплексов в ответ на наличие тромбина.

На 5–7 сутки показатели гемостаза нормализовались у 30 больных, у 7 больных сохранялась умеренная гипокоагуляция на фоне нормальных показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза без наличия специфических клинических проблем.

Таким образом, совокупность изменений плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза говорит о том, что обширное оперативное вмешательство может способствовать развитию у больных внутрисосудистого свертывания, которое при адекватной коррекции носит компенсированный характер.

С.Ф. Багненко, А.Н. Тулупов, Ю.Б. Шапот, О.В. Балабанова, А.В. Лапицкий

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕМОТОРАКСА

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург)

На основании многолетнего опыта оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим с изолированной и сочетанной травмой груди нами разработаны основные принципы использования эндовидеохирургических операций при такой патологии:

1. Определение очередности проведения эндовидеохирургических и других оперативных вмешательств в строгом соответствии с принципом доминирования повреждений.
2. Проведение всех эндовидеохирургических вмешательств только под общим обезболиванием с интубацией трахеи.
3. Использование видеоторакоскопии только с учетом результатов лечебно-тактического прогнозирования (Цибин Ю.Н. с соавт., 1976) — при прогнозе, благоприятном для проведения оперативных вмешательств.