

Н.В. Алексеева, У.В. Пичугина, Н.И. Арсентьева

**СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ КИСТ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**ГОУ ВПО ИГИУВ (Иркутск)
ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)**

Проблема костных кист (КК) у детей и подростков остается актуальной до настоящего времени и современное лечение их основано на известных механизмах возникновения и развития этой патологии. Данные о дистрофическом характере этого заболевания, в основе которого лежит локальное нарушение гемодинамики, положили начало разработке щадящих функциональных методов лечения (Буркова Л.М., 1990; Волков М.В., 1997; Ивченко В.К. с соавт., 1993; Сивак Н.Ф., 1988; Тенилин Н.А., 1996; Волков М.В. с соавт., 1997), однако длительные сроки достижения положительного результата связаны с неизученными этиопатогенетическими моментами.

Делаются попытки обнаружить иммунологический «маркер», который бы позволил определить состояние патологического процесса. Но не было встречено сообщений о возможности одновременного воздействия на иммунологический статус, как всего организма пациента, так и локально на полость кисты.

Остается неизученным состояние кровообращения в зависимости от активности костных кист.

Отсутствуют сведения о способах лечения направленных на улучшение кровообращения в зоне костных кист. Это обусловило выполнение данной работы.

Работа основана на наблюдении и лечении 162 пациентов с КК. Прослежены отдаленные результаты оперативного лечения у 125 больных с КК, у которых проведено функциональное лечение различными способами: 1 – традиционное функциональное лечение, 2 – функциональное лечение с иммунокоррекцией и катетеризацией, 3 – комбинированное функциональное лечение с отслойкой надкостницы.

Клинико-рентгенологические признаки позволяют определить стадии течения патологического процесса: агрессивная стадия; активная, теряющая активность и пассивная стадия.

Клиническое изучение костных кист позволило установить, что мальчики болеют чаще, чем девочки в 2,3 раза. Наиболее уязвимы дети в период скачков роста. Чаще страдает плечевая кость. На всех костях патологическому процессу в основном подвержены метафизы с правосторонней локализацией.

Костные кисты характеризуется фазностью течения, отсутствием общеклинических проявлений. Процесс не переходит через надкостницу в мягкие ткани. Патологические переломы в 74 % случаев явились индикатором в диагностике КК и способствовали при активных и агрессивных стадиях дальнейшему прогрессированию в отличие от патологических переломов в неактивную стадию.

Содержимое кист представляет собой кровь гемолизированную или с неповрежденными эритроцитами, с встречающимися мелкими фрагментами некротизированной кости, участками миксоидной ткани, небольшими скоплениями лейкоцитов, плазматических клеток, эозинофилов, в неактивной стадии КК из полости кисты извлекалась только белковая жидкость.

Проведенное иммунологическое исследование периферической крови у 30 больных с КК и пунктиата КК показало, что у больных с КК иммунный статус характеризовался гипосуппрессией и гиперактивацией фагоцитов.

Традиционное функциональное лечение рекомендованное ЦИТО проведено 12 больным. У всех больных достигнут положительный результат, но в сроки от 2 до 8 лет от начала лечения. В дальнейшем 4 больным из этой группы проведено пластическое хирургическое лечение в неактивной стадии.

В зависимости от иммунологического статуса больного и кистозного содержимого наряду с декомпрессией КК, инактивацией фибринолиза и ингибирования протеаз 60 больным проведено соответственное иммунологическое лечение, которое в два раза ускорило переход КК из активной стадии в неактивную и в стадию восстановления.

Результаты проведенных исследований подтверждают участие иммунологических механизмов в патогенезе КК и дают основание для проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Достигаемая декомпрессия во время пункции улучшает кровообращение, снижается асимметрия данных РВГ по сравнению со здоровой стороной, но декомпрессия оказывается непродолжительной, а эвакуация содержимого кисты недостаточной.

Поэтому в комплекс функционального лечения 56 больных с КК мы включили постоянное дренирование кистозной полости путем катетеризации в течение 2–6 суток с сокращением интервалов между этапами лечения до 1–4 недели, т.е. форсированно. Потребовалось от 1 до 4 пункций для снижения активности КК и перехода в стадию восстановления.

Наиболее эффективной эта методика оказалась у больных с активными костными кистами леченных с самого начала с катетеризацией и иммунокоррекцией. У них стадия восстановления начиналась через 2–8 месяцев.

Включение в консервативную терапию КК способа комбинированного функционального лечения кист костей, предложенного нами, направленного на улучшение кровообращения патологически изменен-

ной кости и состоящего из традиционной декомпрессии костной кисты, санации полости с использованием иммунокорректора, дренирования и отслойки надкостницы улучшает результаты и сроки лечения КК до 3–7 месяцев.

Этот способ уменьшает кровоснабжение локально на пораженном участке диафиза за счет уменьшения притока крови; обеспечивает улучшение кровообращения в зоне кисты за счет формирования периостально-медилярных анастомозов, что радикально изменяет гемодинамику (приток – отток) в зоне поражения одновременно и после пункционного лечения, приводит к нормализации внутрикостного давления; стимуляции регенераторного процесса в истонченной кортикальной пластинке.

Данный метод применен у 30 больным с КК, при локализацией патологического процесса в плечевой, бедренной, большеберцовой и лучевой кости. У всех больных через 2–3 месяца КК инактивировались и еще через 1–4 месяца отмечалась стадия восстановления.

Значительно быстрее достигнута положительная динамика КК от активной стадии до стадии восстановления у 18 больных, которым уже на первом этапе лечения произведена отслойка надкостницы. Через 1 месяц после отслойки надкостницы кортикальная пластинка увеличивается в размерах за счет периостального и эндостального образования костной ткани и приобретает другую форму.

При использовании комбинированного пункционного лечения больных с КК улучшается, нормализуется регионарное кровообращение в конечностях, так же возбудимость и проводимость нервного импульса по нервным стволам, о чем свидетельствуют данные фоновой реовазографии и стимуляционной электромиографии.

Таким образом, разработанная ими методика комбинированного пункционного лечения с иммунокоррекцией, дренированием и отслойкой надкостницы позволяет через 1 месяц от начала лечения достичь снижения активности патологического процесса и через 3–7 месяцев стадии восстановления костной структуры.

Так же мы полагаем, что феномен влияния отслойки надкостницы на репаративный процесс в кистозной полости клинически апробирован, работа в этом направлении будет продолжаться как в клинике, так и в экспериментальных условиях.

И.А. Алтухов, Д.В. Хабаров, М.В. Кочеткова, Е.В. Шевцова

ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕГИОНАРНОЙ ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГУ НИИ КиЭЛ СО РАМН (г. Новосибирск)

ВВЕДЕНИЕ

Одним из наиболее частых (около 70 % пациентов с сахарным диабетом) и серьезных осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы (СДС). Лечение трофических расстройств на фоне синдрома диабетической стопы по-прежнему является трудноразрешимой проблемой современной медицины.

В патогенезе развития СДС ведущую роль играют три компонента: нейропатия, ангиопатия и инфекция. Выраженный энергетический дефицит при СД снижает адаптационный потенциал организма и приводит к нарушениям клеточного и гуморального иммунитета, недостаточности факторов неспецифической резистентности организма. Таким образом, наличие выраженных патологических изменений на различных уровнях регуляции (межсистемном, органном, местном) обуславливает трудность коррекции данных нарушений.

МЕТОДИКА

В клинике НИИКиЭЛ СО РАМН успешно применяется способ лечения, основанный на использовании регионарной клеточной терапии. Суть метода: проведение лимфоцитрафереза на сепараторе клеток крови AS-TEC 204 фирмы «Fresenius». Полученные аутолимфоциты в концентрации 400–1000 клеток/мл модифицируются иммуномодулятором (глютексимом) и вводятся пациенту в бедренную артерию пораженной ноги, а для усиления эффекта воздействуют не только регионарно, но и системно, посредством внутривенного введения данных аутолимфоцитов. Процедура лимфоцитрафереза повторяется до трех раз с интервалом 48–72 часа, в зависимости от динамики заживления язвенного дефекта. В артериальное русло также вводится актовегин, антибиотик широкого спектра действия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 70 % случаев удалось добиться стимуляции репаративных процессов, в 55 % случаев трофическая язва или послеоперационная рана заживала. В 10 % случаев было отмечено прогрессирование некро-