

видно из представленных данных (см. табл.), средняя доза тромбоцитов, полученных в основной группе, существенно ($p < 0,05$) превышает таковую в группе сравнения. Кроме того, при использовании предложенных контейнеров и новых режимов центрифугирования всего за одну процедуру от одного донора при трехкратном тромбоцитаферезе заготавливается лечебная доза тромбоцитов (см. табл.). Усовершенствованные контейнеры признаны изобретением [2].

Как показала наша практика, трехкратный тромбоцитаферез с новыми контейнерами следует проводить у активных обследованных доноров с массой тела 65 кг и более и с числом тромбоцитов в крови не менее $220 \times 10^9/\text{л}$, так как после процедуры имеет место снижение числа тромбоцитов в периферической крови на $25-40 \times 10^9/\text{л}$. Нормальные показатели тромбоцитов у взрослого человека составляют $180-300 \times 10^9$ [3]. Повторный тромбоцитаферез у активных доноров мы проводим не ранее, чем через один месяц.

В заключение можно сообщить, что АКО «Синтез» планирует в дальнейшем серийный выпуск полимерных строенных контейнеров КП КМ 600/400/400.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А.И. III Всесоюзный съезд гематологов и трансфузиологов: Тез. докл. (октябрь 1991, г. Киров). - М., 1991. - Т.1. - С. 6- 7.

2. Сведенцов Е.П., Журавлев В.В., Каминская М.И., Плотникова Г.Н. Устройство для взятия крови./ Патент РФ на полезную модель №31964 от 10.09.2003 г.

3. Шевченко Ю.Л., Шабалин В.Н., Заривчакский М.Ф., Селиванов Е.А. Руководство по общей и клинической трансфузиологии. - СПб, 2003.

Поступила 27.01.04.

NEW PLASTIC CONTAINERS FOR OBTAINING THE THERAPEUTIC DOSE OF THROMBOCYTIC CONCENTRATE FROM A SINGLE DONOR

E.P. Svedentsov, V.V. Zhuravlev, M.I. Kaminskaya, G.N. Plotnikova

S u m m a r y

КР КМ 600/400/400 plastic tripled containers for thrombocytopheresis are developed. The plastic container with 600 ml of stabilized blood is placed into 750 mm glass container and is centrifuged with 880 g acceleration at $+22^{\circ}\text{C}$ during 8 min. For separation of thrombocytic concentrate from the plasma enriched by thrombocytes it is centrifuged with 3400 g acceleration, at $+22^{\circ}\text{C}$ during 15 min. Thrice-repeated thrombocytopheresis with the containers and centrifugation regimes suggested makes it possible to obtain the complete medical dose of thrombocytic concentrate equal to $4,17 \times 10^{11}$ blood plates during 1—1,5 h from one active donor with body mass not less than 65 kg.

УДК 617. 578 - 089. 844

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ БОКОВЫХ СВЯЗОК ПЕРВОГО ПЯСТНО-ФАЛАНГОВОГО СОЧЛЕНЕНИЯ КИСТИ

Г.Г. Неттов

НИЦТ "ВТО" (директор - чл.-корр. АН РТ, проф. Х.З. Гафаров), г. Казань

Первая пястная кость является наиболее мобильным сегментом кисти и часто подвергается травме. При падении на выпрямленный большой палец, излишне резком боковом его движении происходит подкожный разрыв боковой связки с лучевой или с локтевой стороны первого пястно-фалангового сочленения. Клинически это проявляется резкой болью, припухлостью, а спустя несколько дней появлением подкожной гематомы в области повреждения. Возникает нестабильность в первом пястно-фаланговом сочленении, при попытке выпрямления большой палец отклоняется в сторону, противоположную от места повреждения боковой связки.

Без восстановления целостности поврежденной связки невозможно достигнуть нор-

мальной функции I пальца. Существующие способы лечения [1, 2], включающие погружной шов на связку, и последующая гипсовая иммобилизация, как правило, неэффективны в силу тех обстоятельств, что связка отрывается от места прикрепления к кости или у основания основной фаланги или у головки первой пястной кости, поэтому закрепить ее к кости обычным погружным сухожильным швом и получить высокую механическую прочность бывает невозможно. Стандартная гипсовая иммобилизация не исключает подвижности в пястно-фаланговом суставе, что ведет к перерастяжению и несостоятельности восстановленной связки.

Цель настоящего исследования: разработка эффективного способа восстановления поврежденной боковой связки первого пьст-

но-фалангового сочленения и нормальной функции I пальца.

Сущность разработанного нами способа лечения состоит в том, что конец поврежденной связки мобилизуют вместе с регенератом и прошивают его восьмьюобразным швом. Тягой за нить устраняют ретракцию связки, а от места ее отрыва в кости просверливают канал в косом направлении с выходом на противоположную сторону кости, через который проводят нити восьмьюобразного шва, и концы их с натяжением фиксируют над кожей на марлевом шарике. Разработанный нами способ осуществляют следующим образом. После обезболивания устраняют боковое отклонение I пальца и достигнутое правильное положение пальца трансартикулярно фиксируют спицей Киршнера. Из бокового доступа обнажают область повреждения связки, по контуру мобилизуют поврежденный конец связки вместе с регенератом и на него накладывают восьмьюобразный шов мононитью. Создавая тягу за свободный конец нити, устраняют ретракцию связки. У места крепления боковой связки к кости сверлом в косом направлении просверливают канал через всю кость с выходом сверла на противоположную сторону кости и проксимальнее (если это пястная кость) или дистальнее (если это основная фаланга). Свободные концы нити восьмьюобразного шва проводят через костный канал и создают натяжение таким образом, чтобы мобилизованный конец связки был плотно фиксирован к кости. После этого концы нити фиксируют с противоположной стороны над кожей на марлевом шарике. Накладывают послойные швы на рану, спиртовую, а затем гипсовую повязки до заживления раны. Спицу и фиксирующий связку шов удаляют через 4 недели. Далее проводят ЛФК, тепловые процедуры до восстановления функции в пястно-фаланговом суставе.

Предлагаемым способом было прооперировано трое больных с хорошими результатами.

Д. 43 лет, поступила 28.12.99 г. с диагнозом: застарелое повреждение боковой связки по локтевому краю первого пястно-фалангового сустава левой кисти трехмесячной давности.

Из анамнеза: 3 месяца назад на улице упала на I палец левой кисти, в результате произошел подкожный разрыв боковой связки I пальца с его отклонением в лучевую сторону. После 20-дневной гипсовой иммобилизации деформация пальца не была устранена. 28.12.99 г. в отделении хирургии кисти произведена операция по описанной выше методике (рис. 1). Результаты получены через 2 месяца (рис. 2).

В предлагаемом нами способе лечения повреждения боковой связки I пальца продоль-



Рис. 1.



Рис. 2.

ная тяга за свободные концы восьмьюобразной нити позволяет устранить ретракцию боковой связки. Сохранение регенерата на мобилизованном конце связки обеспечивает большую площадь соприкосновения конца связки с местом прикрепления, трансоссальная фиксация нити повышает механическую прочность крепления связки к кости. Использование съемного сухожильного шва исключает длительное пребывание инородного тела в капсульно-связочной ткани, что препятствует излишнему разрастанию грубой рубцовой ткани вокруг шва и возникновению лигатурных свищей.

Предлагаемый способ прост в исполнении, устраняет деформацию I пальца, улучшает его функцию и может быть использован в клинической практике специализированных отделений хирургии кисти.

Поступила 18.05.04.

TREATMENT METHOD OF INJURIES OF LATERAL LIGAMENTS OF FIRST METACARPOPHALANGEAL HAND JOINT

G.G. Nettov

S u m m a r y

The effective method of recovery of the injured lateral ligament of first metacarpophalangeal joint and normal function of thumb is developed. The method is simple, removes deformation of thumb, improves its function and can be used in clinical practice of specialized departments of hand surgery.