

(следить за временем продолжительности наложения жгута во избежание ишемии тканей!);

3) желательное применение электроножа с целью создания условий для абластичности и антибластичности проводимой операции. Электроэксцизия опухоли проходит более бескровно.

4) одним из главных принципов достижения абластичности во время иссечения опухоли является минимальная травматизация опухоли; сдавление, разминание и другие грубые манипуляции влекут за собой увеличение поступления опухолевых клеток в ток крови и лимфы; не следует брать опухоль пальцами или держалкой, прошитой через ее ткань, целесообразнее прошить кожу и неизменные ткани у полюсов опухоли и использовать эти лигатуры в качестве держалок для оттягивания всего блока тканей с опухолью, что облегчает иссечение опухоли в глубине ее ложа. При поверхностно расположенных опухолях или при прорастании в кожу, широкое иссечение кожи является обязательным.

Радикальное удаление опухоли проводится в пределах здоровых тканей. Главный принцип данной операции состоит в «трехмерном» ее иссечении. В процессе операции хирург не должен видеть опухоль, все манипуляции проводятся на неизменных (здоровых) тканях, отступая от пальпируемых границ опухоли на значительное расстояние. Удаление опухоли начинается с верхнего полюса с пересечением артерий и вен, входящих и выходящих из удаляемого блока. Окружающие мышцы удаляют полностью или частично в зависимости от степени поражения с удалением фасции, покрывающей остающиеся мышцы.

При опухолевом поражении костей производилось удаление или резекция кости в пределах здоровых тканей с обязательным полным удалением мягкотканых составляющих опухоли в пределах здоровых тканей.

С целью сохранения длины поражённых лучей проводилась первичная фиксация в аппаратах внешней фиксации Илизарова, Обухова, Катаева, Волкова-Оганесяна с проведением последующей костной пластики или замещением дефекта с проведением остеотомии и управляемого чрескостного остеосинтеза. При наличии небольших костных дефектов после установки трансплантатов проводилась умеренная компрессия в аппарате с целью ускорения репаративного процесса. При обширных дефектах трансплантат фиксировался к аппарату дополнительных спицами.

Результаты исследования и их обсуждение. Отдаленные результаты прослежены у 311 пациентов в сроки от одного до двадцати лет. Рецидивы опухолей в сроки от двух до десяти лет отмечены у 49 пациентов. Все они после проведения углублённого обследования вновь были оперированы. Вследствие генерализации процесса

умерло 13 больных в сроки от трех до девяти лет. У живых пациентов результаты лечения признаны хорошими и удовлетворительными.

Заключение. Результат анализа литературы по истории и современному состоянию проблемы лечения пациентов с опухолями костей кисти, а также собственный опыт авторов в лечении пациентов с патологией кисти позволил нам сделать ряд выводов:

1) онкологическая хирургия кисти оформляется как самостоятельная научно-практическая проблема со своими стратегическими, тактическими и техническими особенностями;

2) стратегической особенностью лечения больных с опухолями костей кисти нужно считать выделение их в особую категорию, требующую специализированного лечения, что обусловлено:

– особенностями кисти как сложнейшего по функции и анатомии органа человека;

– строго специфичными оперативными восстановительными приемами, доступными специально подготовленным хирургам;

3) применение аппаратов чрескостного остеосинтеза при лечении пациентов с костными новообразованиями кисти обеспечивает стабильную фиксацию, возможность ранней разработки движений для восстановления функции сухожилий и суставов;

4) первичные реконструктивно-восстановительные операции при опухолевых и опухолевидных заболеваниях костей кисти позволяют значительно сократить период лечения пациентов с данной патологией.

СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Гарбуз И.Ф., Гуменный В.Ф., Гайман Г.К.,
Мунтян В.М., Гуза Н.Д.

*Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко, кафедра травматологии,
ортопедии и ВПХ медицинского факультета,
Тирасполь, e-mail: travorto.tir@mail.ru*

Внутри- и околоуставные переломы дистального отдела костей голени составляют около 1% среди переломов всех локализаций и до 9% среди всех переломов большеберцовой кости [1, 2].

Одной из причин неудач при лечении переломов дистальной части костей голени является неадекватный подход к лечению, когда врачи ортопеды-травматологи пытаются лечить такие повреждения как переломы лодыжек.

Для адекватного восстановления поврежденных тканей при переломах дистальной части костей голени и в последующем восстановлении формы и функции голеностопного сустава в независимости от возраста и пола больного необходимо: Декомпрессия травмированных

мягких тканей; Удаление гематомы и сгустков крови с зоны перелома; Точная, щадящая, адаптация костных отломков и их нежная и прочная фиксация; Ранняя дозированная щадящая разработка функции поврежденного сустава; Нагрузка поврежденного сустава только при хорошем рентгенологически подтвержденном сращении костных отломков.

В настоящие время стандартным подходом к лечению является тактика, базирующаяся на классификации АО [3, 4].

Современный остеосинтез при переломе костей голени в последнее десятилетие резко изменился и основное направление развития технологий являлось прочная фиксация костных отломков без применения дополнительной наружной громоздкой фиксации и раннее восстановление функции поврежденной конечности [5, 6]. Исторические успехи К.М. Сиваша, В.М. Демьянова, Л.Н. Анкина не удовлетворяют современных травматологов, которые все чаще и чаще прибегают к использованию зарубежных наконечных фиксаторов с блокирующими винтами – LCP пластины обеспечивая угловую стабильность при фиксации костных отломков. Эти металлические конструкции позволяют значительно улучшить качество жизни пациента путем лечения их без дополнительной иммобилизации с осуществлением ранней функции суставов, что является реалием сегодняшнего дня.

Необходимость в использовании металлических пластин с угловой стабильностью возникла из-за неудовлетворения результатами лечения обычными стандартными металлическими пластинами, где почти отсутствует жесткая фиксация при многооскольчатом переломе. Современные требования при многооскольчатом переломе это жесткая фиксация, ранняя функция и отсутствие дополнительной громоздкой наружной фиксации.

Материалы и методы. В травматологическом отделении Республиканской клинической больницы г. Тирасполь металлические пластины с угловой стабильностью для лечения переломов дистальной части костей голени используются с 2009 года. Прооперировано 52 пациента. Распределение больных следующее: Повреждения дистальной части костей голени различного варианта типа А – у 27 больных; типа В – у 14; типа С – у 11 больных.

Оперативные вмешательства выполнялись отсрочено, после обсуждения тактики в отделении и после обсуждения тактики лечения с больным с информацией о преимуществах металлической пластины с угловой стабильностью перед другими способами оперативного лечения данной патологии и после приобретения самой пластины. За время решения организационных вопросов проводилась предоперационная подготовка и нужное дообследование, в обязательном порядке включали: оценку состояния мяг-

ких тканей (наличие и выраженность отека), выполнение рентгенограмм в двух стандартных проекциях. КТ производилось по показаниям для оценки степени повреждения кости, определения количества основных фрагментов и их смещения, а также выраженности повреждения суставной поверхности большеберцовой кости.

Стандартом хирургического лечения при закрытых переломах является оперативное вмешательство, выполняемое из 2 доступов. Производятся отдельные доступы к малоберцовой и большеберцовой костям. Ключевыми моментами и задачами вмешательства являются: восстановление длины сегмента; создание осевых взаимоотношений; формирование целостности суставной поверхности дистального отдела большеберцовой кости; осуществление стабильного остеосинтеза.

Технология стандартного оперативного вмешательства подразумевает следующую последовательность действий: восстановление формы малоберцовой кости и ее стабильный остеосинтез; восстановление анатомии суставной поверхности большеберцовой кости; замещение образовавшегося костного дефекта костным аутотрансплантатом; фиксация фрагментов большеберцовой кости с использованием наконечной пластины в качестве опорной [3, 5, 6, 7].

Операция специфична тем, что она выполнена из 2 доступов. Вначале из доступа в проекции заднего края малоберцовой кости произведено открытая репозиция фрагментов малоберцовой кости, фиксация и стабилизация их 1/3 трубчатой пластиной LCP (2 + 2), далее переднемедиальный доступ к зоне повреждения большеберцовой кости. При ревизии зоны перелома уточняется наличие и количество свободных костных фрагментов. После сопоставления фрагментов эпифиза, производится превентивная фиксация спицами внутренней лодыжки с частью эпифиза большеберцовой кости. Затем произведен наконечный остеосинтез пластиной LCP, разработанной для фиксации данных переломов, отмоделированной по шаблону.

В послеоперационном периоде ведение этих больных имело следующие особенности: все пациента велись без дополнительной наружной фиксации; в ближайшем послеоперационном периоде (2–3 дня) конечность укладывалась на шину Белера; при исчезновении болевого синдрома начиналась ранняя разработка функции голеностопного сустава с лежачего положения.

У 24 больных прослежены отдаленные результаты с глубиной до 3-х лет. Из 24 больных хорошие результаты (восстановлена форма и функция сустава, нет болевого синдрома) у 18, удовлетворительные (восстановлена форма и функция сустава но имеются периодические боли) у 6 больных. У всех 6 больных рентгенологически и клинически явления деформирующего артроза.

Результаты и обсуждения. Ретроспективный анализ результатов лечения переломов дистальной части костей голени с применением металлической пластины LCP позволило проводить больному в послеоперационном периоде активно, без иммобилизации, что обеспечило ранней функциональной реабилитацией. Результаты лечения, учитывая сложность травмы, не плохие.

Выводы

1. Применение металлической пластины с угловой стабильностью при оперативном лечении переломов костей голени в дистальной части улучшает качество жизни пациента, улучшает результаты лечения;

2. При оперативном вмешательстве необходимо соблюдать технологию выполнения остеосинтеза, обязательное достижение стабильного остеосинтеза с минимальной травматизацией мягких тканей;

3. В послеоперационном периоде необходимо возвышенное положение и ранняя активная реабилитация функции голеностопного сустава.

Список литературы

1. Wiss D.A. Master techniques in orthopaedic surgery. – Lippincott Williams & Wilkins, 2006. – 795 p.
2. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Травматология. Европейские стандарты. – М., 2005. – С. 432–438.
3. Ruedi T.P., Murphy W.M. AO Principles of fracture management. – Stuttgart; New York: Thieme-Verlag, 2000. – 865 p.
4. Ruedi T.P., Buckley R.E., Christopher G. Moran. AO Principles of fracture management. – Stuttgart; New York: Thieme-Verlag, 2007. – 948 p.
5. Голка Г.Г., Паламарчук В.В., Булавин К.А., Белостоцкий А.И. Наш опыт применения пластин с угловой стабильностью в лечении переломов // Травма. – 2010. – Том 11, № 2. – С. 171–173.
6. Корж Н.А., Романенко К.К., Горидова Л.Д., Прозоровский Д.В. Переломы костей голени на уровне дистального эпиметафиза (переломы pilon-a) и их последствия, диагностика и лечение // Травма. – 2011. – №2 (Том 12).
7. Chapman M.W. Chapman's Orthopaedic Surgery. – 3rd ed. – Lippincott Williams & Wilkins, 2001. – 4194 p.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕТОДИКА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ОРГАНИЗМА

Дешевых А.С., Дешевых С.М., Пареха А.Д.,
Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Процессы в межклеточных пространствах составляют основу жизнедеятельности организма. Здесь находятся истоки лимфатического русла (прелимфатики G. Casley-Smith и M. Földi), лимфатического региона (Бородин Ю.И., 2000). Нарушения его дренажа или эндэкологического пространства (по Ю.М. Левину), застойные явления приводят к возникновению патологии тканей и органов. В организации корневого лимфооттока явно преобладают экстравазальные факторы, их энергия определяется состоянием перивазальных тканей, лимфатического региона. Руки массажиста восполняют дефицит такой энергии при патологии – искусственный

фактор пассивного лимфотока (Петренко В.М., 2012). В последние годы растет понимание необходимости ранней диагностики и лечения разных заболеваний, в т.ч. лимфедемы, методами консервативной терапии.

За последние 30 лет нами была оказана помощь более 1000 семей, члены которой страдали заболеваниями органов разных систем, чаще всего – костной и мышечной (90%), нервной (30%), женской и мужской половых (в т.ч. бесплодие), сердечно-сосудистой. Пациенты получали комплексное лечение. Его основу составлял лимфодренажный массаж с элементами остеопатии, применением мази «Благо» и спиртовой настойки прополиса. Кроме того, для восстановления естественной нормальной жизнедеятельности организма пациентам настоятельно рекомендовался комплекс физических упражнений, который проводился пациентами самостоятельно. Главное в таком лечении – это глубокий массаж в комбинации с втиранием мази с целью восстановить нормальную циркуляцию жидкостей в тканевых каналах и лимфатический дренаж органов и целых областей тела. Корректирующая гимнастика направлена на устранение патологических деформаций тела и отдельных органов, которые нарушают их дренаж и питание. Настойка прополиса, ее наружное и внутреннее употребление направлены на коррекцию внутренней среды организма, ликвидацию очагов воспаления и патологических изменений. В зависимости от состояния организма, длительности, тяжести и природы заболевания улучшение самочувствия и купирование симптомов наступали уже после первых 1–2 сеансов лечения или через 1–3 месяца после его начала. Устойчивая компенсация и полное восстановление функций достигались в разные сроки, от 0,5–1 года до 4–8 лет.

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ – ИНГИБИТОР ТРИПСИНОПОДОБНЫХ ПРОТЕИНАЗ ИЗ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА

Дивоча В.А.

Государственное предприятие «Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта», Одесса, e-mail: divocha09@ukr.net

Ежегодно в Украине гриппом заболевает от 10 до 14 млн человек, что составляет 25–30% общей заболеваемости населения. Актуальными остаются вопросы поиска препаратов для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ, особенно на ранних этапах развития заболевания.

Цель работы. Выделить ингибитор трипсиноподобных протеиназ из промышленных отходов получения гамма-глобулина.

Материалы и методы. Для выделения ингибитора трипсиноподобных протеиназ использовали отходы через 24 и 48 ч. получения гамма-глобулина из донорской крови человека