

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 превалируют 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

и методы гельфильтрации на G-15 и аффинной хроматографии на трипсин-сефарозе 4В, вирус гриппа А/PR/8/34, белые мыши. Использовали вирусологические, биохимические и статистические методы исследования.

Результаты. Использование трипсина в качестве лиганда для аффинной хроматографии на сефарозе 4В позволило очистить ингибитор трипсиноподобных протеиназ от 157,47 до 282,95 раз по сравнению с исходным образцом белка. Из отходов материала через 24 часа (I стадия) получения гамма-глобулина выделен ингибитор трипсиноподобных протеиназ с максимальной активностью ингибитора $88,6 \pm 8,3$ мг/мл за 1 мин и процентом выхода 24,89%. Из отходов материала через 48 часов (II стадия) получения гамма-глобулина выделен ингибитор трипсиноподобных протеиназ с максимальной активностью ингибитора $122,4 \pm 11,58$ мг/мл за 1 мин, очищенным в 282,95 раза с высоким процентом выхода ингибитора – 97,14%. Ингибиторы трипсиноподобных протеиназ № 1 (м.м. 55 кДа) и № 2 (м.м. 66 кДа) в дозе 5 мг/мл обладали противогриппозным свойством и не были токсичными для экспериментальных животных. Лучшими лечебными свойствами обладал ингибитор № 2 с м.м. 66 кДа. Выздоровление животных, зараженных смертельной дозой вируса гриппа А, наступало раньше на сутки и большее количество белых мышей оставались живы.

МЕТОДИКА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА

Кадырова И.А.

*Карагандинский государственный
медицинский университет, Караганда,
e-mail: iriska441@yandex.kz*

Инсульт является одной из главных причин смертности в мире [2]. Сахарный диабет 2 типа (далее СД) значительно увеличивает риск развития инсульта [4]. Целью исследования явилась разработка математической модели прогнозирующей вероятность возникновения инсульта в социальных группах и у отдельных граждан в том числе и у больных СД.

В исследование включены 156 участников: 94 пациента имеющих СД (включены пациенты, имеющие нарушения мозгового кровообращения и участники с относительно нормальными показателями), 32 пациента с нарушением мозгового кровообращения, 30 человек составили контрольную группу. Были сформированы 2 группы: 1 – пациенты с нарушением мозгового кровообращения и контрольная группа, 2 – пациенты с СД. Такое распределение по группам необходимо для обозначения минимальной и максимальной вероятности возникновения инсульта.

Затем были определены следующие показатели: индекс массы тела (ИМТ), систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД), частота дыхательных движений (ЧДД) и частота сердечных сокращений (ЧСС). Определение уровня глюкозы крови (в этом и других анализах) утром натощак в стандартных условиях. Гликозилированный гемоглобин определялся иммунологическим методом при помощи реагентов Vital и спектрофотометра DR 2800 с длиной волны 443 нм. Исследования свертывающей системы крови (ПТИ, количество фибриногена, агрегация тромбоцитов, АПТВ) проводилось на одноканальном анализаторе параметров гемостаза Clot-1. Для определения биохимических показателей крови (холестерин, триглицериды, АЛАТ, АСАТ, общий билирубин, прямой билирубин, мочевины, креатинин, общий белок) использовались реагенты фирмы Vital с биохимическим анализатором BioSystemA-15. ЭКГ исследование проводилось в 12 отведениях на электрокардиографе BTL-088D, Великобритания 2011, а ЦДК б/ц ствола проводилось сканером MEDISON SONOACE X8. Линейный датчик 5–12 мГц.

Следующим этапом явилась статистическая обработка измерений, которую проводили согласно общепринятым методам в программе Statistica. Для получения коэффициентов корреляции была создана квадратная корреляционная матрица. Полученная зависимость подчинялась нормальному закону распределения [3]. Наблюдалась наибольшая теснота связи в первой группе у события «инсульт» с факторами: повышенный индекс массы тела, длительность АГ, повышение САД, ДАД, ЧСС, изменение показателей мочевины и креатинина. Самым тесно коррелируемым признаком из всех рассмотренных является количество фибриногена. Во второй группе выявлена значимая теснота корреляции между событием «инсульт» и длительностью АГ, и САД.

Поскольку данные исследования включали как качественные, так и количественные признаки, появилась необходимость создания матрицы с закодированными значениями. Следующим этапом явилось математическое моделирование, которое основывалось на методе логистической регрессии. Математическая модель позволяет: изучить характер изменения показателя при изменении действующих на систему факторов, оценить степень влияния факторов на величину показателя-отклика, прогнозирование показателя-отклика для заданных уровней факторов, определение оптимальных уровней факторов для обозначения желаемых или требуемых значений показателей состояния системы [5].

Эта модель имеет вид:

$$y = \exp(b_0 + b_1x_1 + \dots + b_ix_i) / \{1 + \exp(b_0 + b_1x_1 + \dots + b_ix_i)\}; \quad 0 < y < 1,$$