

УДК 616.155.394.5—053.2—08

О.Л. Степанова, Л.А. Макушина, М.М. Зарипов, М.А. Волкова (Казань). Коррекция нейтропений у детей лимонтаром, глицином, липоевой кислотой, рибофлавином, пиридоксальфосфатом и плацентолом

Нарушение процессов внутриклеточного дыхания можно рассматривать как один из вариантов апоптоза клеток крови. Мы провели исследование цитохимического статуса лимфоцитов у 50 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, у которых при общем анализе крови было выявлено стойкое снижение количества нейтрофилов. У 32% детей отмечалась повышенная склонность к простудным заболеваниям, у 8% — отставание в физическом развитии, у 20% — упорный дисбактериоз кишечника, у 18% — склонность к аллергическим заболеваниям, у 35% — сочетанная патология, у 12 — сопутствующая анемия. У 8% детей клинические проявления заболевания отсутствовали.

У всех детей была определена активность сукцинатдегидрогеназы, α -глицерофосфатдегидрогеназы, кислой и щелочной фосфатаз. По результатам исследований назначены лимонтар, глицин, липоевая кислота, рибофлавин-мононуклеотид, пиридоксальфосфат, плацентоль (по два 10-дневных курса в течение 2 месяцев). Контрольную группу составили дети с нейтропенией, получавшие адаптивную терапию без учета цитохимического статуса. В результате лечения у всех детей 1-й группы были нормализованы показатели активности ферментов, у 86% — улучшились показатели периферической крови после первого курса метаболической терапии и у 98% — они полностью восстановились после второго курса.

У всех детей улучшились аппетит, показатели физического развития, нормализовалось содержание Hb, более редкими стали простудные заболевания, уменьшились сроки выздоровления. У 2% детей результаты были неудовлетворительными из-за неполного или нерегулярного приема препаратов. В контрольной группе детей, получавших курс адаптивной терапии (B15, B6, элеутерококк, метилурацил и т.д.), эффективность лечения составила не более 30% без тенденции к улучшению при повторении курса.

Таким образом, метаболическая терапия, оптимизирует обменные и энергетические процессы как клеток крови, так и всего организма.

УДК 616.717.7—001.5/6—089.227.84

Г.Г. Неттов (Казань). Оперативная техника устранения застарелых переломо-вывихов костей запястья

Вывихи и переломо-вывихи костей запястья относятся к тяжелым и достаточно частым (до 35% от числа всех случаев переломов костей скелета) повреждениям кистевого сустава. При застарелых вывихах и переломо-вывихах костей

запястья лечение представляет значительные трудности. Одномоментное открытое вправление вызывает дополнительную травматизацию и ухудшает результаты лечения. У 24 леченных нами пострадавших были переломы и переломо-вывихи костей запястья на сроках от 2 недель до 2 лет после перенесенной травмы.

Лечение мы проводили в два этапа. На первом — производили distraction лучезапястного сустава на аппарате Илизарова в течение 1—3 недель в зависимости от ригидности капсульно-связочного аппарата и ретракции сухожильно-мышечной системы. На втором — осуществляли открытое вправление вывиха костей запястья и отломков ладьевидной кости, восстанавливали анатомические взаимоотношения первого ряда костей запястья, выполняли трансоссальную фиксацию отломков ладьевидной кости и лучезапястного сустава (24 случая).

Использованный нами distractionный аппарат Илизарова простой компоновки состоял из двух полуколец и трех резьбовых стержней. Одну из двух поперечных спиц мы проводили через диафиз, 2—5-е пястные кости, другую — в нижней трети обеих костей предплечья в нейтральном (пронационно-супинационном) положении предплечья и кисти. Затем монтировали аппарат Илизарова и distraction осуществляли со 2-го дня операции в режиме по 1 мм в сутки в четыре приема в течение 7—21 дня.

Исходя из своего опыта, мы разработали дополнительный критерий определения оптимальной величины distractionного растяжения лучезапястного сустава при переломо-вывихах первого ряда костей запястья для конкретного больного. Суть его в том, что на боковой контрольной рентгенограмме лучезапястного сустава величина диастаза должна быть такой, чтобы проксимальный конец головчатой кости и развернутый в результате вывиха верхний полюс полулунной кости находились на одной вертикальной линии, опущенной с тыльной на ладонную сторону кисти. При достижении такой distraction лучезапястного сустава кисти на операционном столе без дополнительного растяжения легко удастся вправить отломки ладьевидной кости и полулунную кость на свои места.

При чрезладьевидно-перилунарном вывихе, когда проксимальный фрагмент ладьевидной кости, как правило, вместе с полулунной костью смещается в ладонную сторону, описанная выше величина диастаза лучезапястного сустава также обеспечивает атравматичное вправление проксимального фрагмента ладьевидной кости вместе с полулунной костью на свое место. При этом нельзя нарушать сохранившуюся полулунно-ладьевидную связку, чтобы не подвергать в последующем проксимальный фрагмент ладьевидной кости асептическому некрозу.

На втором этапе, когда достигался необходимый диастаз лучезапястного сустава, distractionный аппарат мы снимали на операционном столе. Обезболивание было внутривенным, регионарным или проводниковым. Мы производили открытое вправление вывиха, сопоставление