

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 плацентолем

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

отломков ладьевидной кости. Доступ осуществляли с тыльной поверхности кисти с частичным рассечением четвертого канала разгибателей пальцев кисти. Волнообразным разрезом вскрывали капсулу лучезапястного сустава. Ассистент вручную без особого усилия выполнял продольную тракцию лучезапястного сустава, при этом довольно широко открывалось пространство между головчатой костью и эпифизом лучевой кости. Рубцовую соединительную ткань, покрывающую суставную поверхность лучевой кости, необходимо полностью иссекать, чтобы отчетливо были видны на лучевой кости два фасетчатых углубления для полулунной и ладьевидной костей. Затем удаляли массивную рубцовую ткань, покрывающую дно раны. Эту манипуляцию необходимо производить очень осторожно и аккуратно, чтобы не нарушить, как отмечено нами выше, сохранившиеся целыми полулунно-ладьевидные связки. После этого открывается выпуклая поверхность полулунной кости вместе с проксимальным фрагментом ладьевидной кости, которые связаны между собой капсульно-связочными элементами. Осторожно однозубым крючком полулунную кость вместе с проксимальным фрагментом ладьевидной кости в едином блоке следует аккуратно развернуть на 90° в тыльную сторону и, удерживая их в достигнутом положении, удалить рубцы с вогнутой поверхности полулунной кости и одновременно очистить от рубцов сломанные концы ладьевидной кости.

Далее с помощью однозубого крючка полулунную кость вместе с фрагментом ладьевидной кости мы устанавливали на суставные площадки (фасетки) лучевой кости. Удерживая эти кости с ладонной стороны пальцами, вправляли в выемку полулунной кости головку головчатой кости. При этом отломки ладьевидной кости устанавливаются на свои места (репозируются), если, конечно, не было оскольчатого перелома с дефектом фрагментов ладьевидной кости. В первую очередь осуществляли трансоссальную фиксацию отломков ладьевидной кости, причем спицы проводили с дистального фрагмента в проксимальный, то есть с большего фрагмента в меньший, и фиксировали трансоссально двумя-тремя спицами лучезапястный сустав.

При перилунарных, периладьевидно-перилунарных вывихах, а также вывихах полулунной

кости и ротационных подвывихах ладьевидной кости применяли аналогичную технику вправления костей запястья. Также с тыльного доступа, после сопоставления первого ряда костей запястья осуществляли трансоссальную фиксацию лучезапястного сустава 2—3 спицами Киршнера. Первой спицей фиксировали с лучевой стороны кисти в косом направлении ладьевидную кость к эпифизу лучевой кости, а второй — с локтевой стороны кисти в косом направлении проводили через головчатую кость к полулунной, далее к эпифизу лучевой кости. В зависимости от необходимости использовали третью спицу для стабилизации лучезапястного сустава. Рану послойно ушивали до дренажей. Производили дополнительную фиксацию лучезапястного сустава ладонной лонгетой в положении тыльной флексии кисти до угла 160° сроком на 3 недели. Кожные швы снимали через 12 дней. Через 3 недели после операции по поводу перилунарных, периладьевидно-перилунарных вывихов, вывихов полулунной кости и ротационных подвывихов ладьевидной кости освобождали лучезапястный сустав от спицевой фиксации и гипсовой иммобилизации, а после открытого вправления чрезладьевидно-перилунарного вывиха — лучезапястный сустав от спицевой фиксации. Спицевую фиксацию отломков ладьевидной кости оставляли до 3 месяцев с момента операции. Гипсовую лонгету переводили в циркулярную повязку сроком на 3 месяца с освобождением пястно-фаланговых суставов для функции. Через 3 месяца по контрольному рентгеновскому снимку без гипса определяли степень сращения перелома ладьевидной кости и возможности удаления спиц.

Хорошие результаты были получены в 78,6% случаев, удовлетворительные — в 14,3%. В одном случае (7,1%) после открытого вправления чрезладьевидно-перилунарного вывиха кисти через один год наступил асептический некроз проксимального фрагмента ладьевидной кости на фоне деформирующего артроза лучезапястного сустава с выраженным болевым синдромом.

Таким образом, последовательное выполнение указанных оперативных приемов обеспечивает восстановление анатомических взаимоотношений первого ряда костей запястья.