

частота острого миелобластного лейкоза увеличилась у подвергшихся облучению в возрасте старше 30-45 лет. Украинские коллеги, изучавшие последствия аварии на ЧАЭС, также показали, что у детей, подвергшихся облучению в 1986 году, среди форм острых лейкозов преобладали острые миелобластные лейкозы, а не лимфобластные, которые более характерны для детских лейкозов. Как следует из наблюдений ученых разных стран мира, ионизирующая радиация вызывает, в основном, острые лейкозы и хронический миелолейкоз. Появившиеся в последнее время исследования, показывающие возможную радиозависимость некоторых форм хронического лимфолейкоза, составляющего 30% от всех форм лейкоза на территории России, а именно лейкоза из больших гранулированных лимфоцитов, требуют дальнейшего изучения.

Согласно полученным нами данным структура лейкозов у ликвидаторов имеет некоторые принципиально важные отличия от нормальной. Так, соотношение между числом острых и хронических лейкозов, которое в обычной популяции людей примерно одинаково, у ликвидаторов резко смещено в сторону хронических лейкозов (более 70%). Другое принципиальное отличие структуры лейкозов у ликвидаторов относится к соотношению доли хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) и хронического миелолейкоза (ХМЛ). У ликвидаторов это отношение близко к 1, тогда как в обычной ситуации число ХЛЛ превышает число ХМЛ в 1,5-2 раза. По данным мировой статистики доля ХМЛ среди всех видов лейкоз составляет 15-20%, в нашем исследовании он отмечен у 32% заболевших лейкозом ликвидаторов.

Для проведения специального эпидемиологического исследования по расчету радиационных рисков возникновения лейкоза у ликвидаторов была выбрана специальная когорта, состоящая из лиц с точно установленной дозой облучения во время работ на ЧАЭС. Как следует из полученных данных, отмечается заметный рост относительного риска в группе ликвидаторов, получивших дозу облучения свыше 150 МГр. Для них относительный риск статистически значимо отличается от единицы и равен 2,12. Кроме того, в этой группе, составляющих примерно 53% от всех работавших в зоне загрязнения, значение избыточного относительного риска на единицу дозы положительно и статистически значимо отличается от нуля - 5,47.

ИМПУЛЬСНЫЙ ТОК НИЗКОЙ ЧАСТОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ГОЛЕНЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ЭКЗЕМОЙ

Цыганок С.С., Парохонский А.П.
Кубанская медицинская академия,
госпиталь ветеранов войн,
Краснодар

Разрастание эпителия при длительном воспалительном процессе на фоне атрофических язв голени в гериатрическом возрасте служит переходным мостиком от регенерации к бластоматозному росту, о чем свидетельствуют дегенерация, склонность к денату-

рации белков и гомогенизации в цитоплазме. Цель – исследование эффективности физиотерапевтического аппарата СКЭНАР-032А у 38 больных в возрасте 60-87 лет, страдающих трофическими язвами голени, осложненных паратравматической экземой на фоне хронической сосудистой недостаточности. Эти нарушения, на наш взгляд, происходят в результате аутоинтоксикации на фоне локальных гемодинамических нарушений. Угнетение периферической гемодинамики и нарастание уровня лактата в региональной крови ($P < 0,05$) свидетельствуют о циркуляторной гипоксии ишемизированных тканей. Наличие пролиферативных разрастаний грануляционной ткани, особенно в виде яркого лакового розово-красного кровотока валяка, считаем состоянием, пограничным с малигнизацией, что подтверждают базофильная «лаковость» цитоплазмы эпителиоцитов при окраске по Паппенгейму, пикнотичность, анизоцитоз, анизонуклеоз и многоядерность. В ядрах появляются признаки редупликации ДНК, выражающиеся в патологических митозах, скрученности хромосом.

Цель работы - изучение действия импульсного тока низкой частоты самоконтролируемого энергонейроадаптивного регулятора СКЭНАР 032А на процессы микроциркуляции и заживление трофических язв в комплексном лечении больных трофическими язвами голени, осложненных паратравматической экземой. Физиологичный эндогенный сигнал с наличием биологической обратной связи представляет собой биполярный импульс без постоянной составляющей, несущая частота импульсов в серии 64 ± 12 Гц, напряжение до 8 В, сила тока 0,1-0,01 мА. Благодаря принципу сомато- и висцеротопии в иннервации внутренних органов и поверхностей тела, стимуляция кожных зон, расположенных в пределах данного метамера или спинномозгового сегмента, триггерных (пусковых) зон вызывает рефлекторные эффекты в иннервируемых органах, участках тела и системные реакции, запускаемые с зоны воздействия. Ответные реакции имеют в своей основе сложные нервные регуляции, нейрогормональные и иммунные механизмы. Терапевтически созданная аппаратом СКЭНАР 032А доминанта длительно сохраняется, что приводит к ликвидации нефизиологических диффузных волн возбуждения от раздражителей разных модальностей.

Положительный терапевтический эффект отмечен в 94,5% случаев: улучшилось общее состояние больных, наблюдался эффект анальгезии, ускорялось отторжение некротических масс и замещение их нежными грануляциями с активной эпителизацией по периферии язвы. Степень интенсивности зуда, гиперемии и отека достоверно уменьшалась по сравнению с контрольной группой из 15 человек. Контрольная реовазография показала четкую положительную гемодинамику (увеличение времени распространения пульсовой волны, величины пульсового наполнения, объемного кровотока) - ($P < 0,05$). В мазках отпечатках на 4-5 день преобладали нейтрофильные лейкоциты, уменьшались дегенеративные изменения в них, исчезали нити фибрина. Появлялись молодые и фагоцитирующие макрофаги, полибласты, узкоплазменные лимфоциты, единичные фибробласты с укрупненным рыхлым ядром и небольшими выростами цитоплазмы

и тучные клетки. Эпителиальные клетки теряли признаки дистрофии в цитоплазме, ядра их увеличивались в размере, хроматин становился сетчатым. К концу 7-8 дня чаще встречались тучные и эпителиальные клетки с укрупненными ядрами и выростами в цитоплазме по обе стороны ядра и единичные мало дифференцированные фибробласты с упрощенной структурой. Улучшалось состояние микроциркуляторного русла: уменьшились спазм артериол и атония венул, количество периваскулярных геморагий, артериоло-венулярные коэффициенты снизились с 1 : 6 до 1 : 3. В результате СКЭНАР-терапии достигалась синхронизация интегративных взаимоотношений регуляторных систем организма, мобилизация функциональных элементов тканей, что приводило к восстановлению нарушенной функциональной способности и морфологической целостности; нормализовался вегетативный тонус, снимался общетоксический синдром, нормализовались показатели крови быстрее, чем в контрольной группе.

Таким образом, значительное влияние импульсного тока низкой частоты на региональную гемодинамику, морфоструктуру эпителиальных клеток, активность макрофагов в процессах регенерации и противоопухолевой защиты является обоснованием включения его в комплексную терапию больных с трофическими язвами голеней, осложненных паратравматической экземой.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ВСТРЕЧНЫМИ ШТИФТАМИ НА БЫСТРОТУ КОНСОЛИДАЦИИ ПЕРЕЛОМА ТРУБЧАТОЙ КОСТИ

Шапошников В.И.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Важным фактором, предрасполагающим к быстрому сращению перелома диафиза длинной трубчатой кости является как достижение полной репозиции и неподвижности костных отломков, так и сохранение подвижности в суставах травмированной конечности с возможностью периодического создания пациентом самой себе торцевой дозированной нагрузки на костные фрагменты по продольной оси поврежденной кости без применения гипсовых повязок. С учетом всех этих требований, нами был разработан метод погружного металлоостеосинтеза встречными штифтами широко известных конструкций - Кюнчера, ЦИТО, Богданова, Дуброва и других авторов. Метод был опубликован в 1983 году. За прошедшие годы описываемый способ металлоостеосинтеза был применен у 354 пострадавших, из которых у 323 был перелом диафиза большеберцовой кости, а у 31 - бедренной.

Метод. Закрытым или открытым способом, что обусловлено характером смещения костных отломков, производится интрамедуллярный металлоостеосинтез поврежденной кости двумя штифтами, проведенных во встречном направлении друг к другу - через проксимальный и дистальный концы кости. При операции на голени штифт Кюнчера внедряется в костномозговой канал через бугристость большеберцо-

вой кости, а Богданова - через медиальную лодыжку (на уровне ее основания), при этом желательнее, чтобы штифт Богданова попал в паз штифта Кюнчера. При завершении остеосинтеза, за счет штифтов, в кости создаются три точки фиксации отломков, которые расположены на значительном удалении друг от друга и в различных плоскостях: одна - в области бугристости, вторая - медиальной лодыжки, третья - в узкой части костномозгового канала. Все это приводит к жесткой фиксации отломков в репозиционном их положении, при этом устраняется возможность и ротационного их смещения. При переломе диафиза бедренной кости в нижней его трети один из штифтов (ЦИТО) вводится в костномозговой канал через большой вертел, а другой (Богданова) - через медиальный или латеральный мыщелки этой кости. Никакой дополнительной внешней фиксации травмированного сегмента конечности не осуществляется, а ходить при помощи костылей разрешается уже на следующий день после операции.

Результаты. Из 354 пострадавших у 79 (22,3%) имелась политравма, что потребовало одновременно выполнить у них аналогичную операцию или на другой голени (у 71 пациента), или на голени и бедре (у 7), или на обеих голених и бедре (у 1). Пострадавшие с изолированной травмой все благополучно перенесли хирургическое вмешательство. Из числа же больных с политравмой умерли 3 (3,8%) - у всех троих причина смерти была связана с ушибом головного мозга. Из 354 пациентов первичный металлоостеосинтез выполнен у 188 (53,1%) человек, из которых у 50 был открытый перелом, что составляет 26,6% к последней группе наблюдений и 14,1% к общему числу пострадавших. У пострадавших с открытыми переломами во время выполнения операции производили трехкратную интенсивную санацию раны с применением растворов различных антисептиков и антибиотиков, а так же лестничное ее дренирование через отдаленные от зоны перелома контрапертуры. После операции осуществляли местную гипотермию и обильное постоянное орошение повязок стерильной морской водой в течение 6 - 8 дней. Гнойные осложнения наблюдались у 4,9% больных, металлоз - у 1,9% (через 3 - 4 месяца после операции), жировая эмболия - у 0,3%. У всех остальных 92,9% пострадавших осложнений не наблюдалось и переломы у них консолидировались через 3 - 4 месяца после операции.

Заключение. У пострадавших с указанной изолированной закрытой травмой хорошие результаты лечения получены у 97,3%, с открытой - у 95,9%; с множественной и сочетанной - соответственно у 91,2% и 76,8%, что свидетельствует об определенной эффективности описанного способа лечения пострадавших с переломами длинных трубчатых костей.