

Выводы

1. Полученные данные по морфофункциональному развитию организма мальчиков коренного и пришлого населения с учетом онтогенетической изменчивости и выполняемого объема физической нагрузки могут быть использованы при организации физического воспитания и развития профилактической медицины.
2. Систематические занятия спортом обеспечивают сохранение и накопление морфофункциональных структур, которые способствуют развитию оптимальной адаптации к условиям Среднего Приобья.
3. Для достижения оптимального физиологического эффекта следует проводить индивидуальную работу по организации тренировочных занятий, что значительно повысит эффективность воздействия физических нагрузок на организм занимающихся.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Щедрина А. Г. Онтогенез и теория здоровья. Методологические аспекты. Новосибирск, 2003. 164 с.
2. Гребнева Н. Н., Сазанова Т. В. Функциональные резервы детского организма в условиях Тюменского Севера // Медико-биологические и экологические проблемы здоровья человека на Севере: Материалы междунар. конференции. Сургут, 2002. Ч. 2. С. 16-18.
3. Соколов А. Г., Визгалов О. В. Показатели внешнего дыхания у соматических типов юношеской возрастной группы населения Тюменской области // Югра-гео: Материалы междунар. симпозиума. Ханты-Мансийск, 2004. С. 222-224.
4. Чимаров В. М. Здоровый образ жизни: современные проблемы и подходы к их решению // Проблемы формирования здоровья и здорового образа жизни: Материалы 3 Всерос. конференции. Тюмень, 2005. С. 30-33.
5. Соловьев В. С., Соловьева С. В. Медико-биологические исследования здорового образа жизни — одного из элементов качества жизни представителей новой популяции // Формирование здорового образа жизни населения: Материалы 4 Всерос. конференции. Тюмень, 2006. С. 18-20.
6. Орлов С. А., Сосин Д. Г. Методы антропометрического обследования. Тюмень, 1998. 28 с.

Николай Анатольевич ПРОХОРОВ —
врач отделения нейрохирургии
областной клинической больницы № 2
(г. Тюмень)
кандидат медицинских наук

УДК 616-002.46

**НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПРОЛЕЖНЕЙ
У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ**

АННОТАЦИЯ. В статье представлены результаты применения нового метода лечения пролежней у спинальных больных.

The author tackles basic issues of decubitus prophylaxis and conservative cure of patients with spinal trauma.

Актуальность проблемы

Проблема профилактики и лечения пролежней у спинальных больных актуальна, т.к. обусловлена высокой частотой возникновения пролежней (до 95%) у этой категории больных (М. А. Курбанов и др.; 1985; С. S. Rech et al, 1988), и трудностями терапии. В 20-50% случаев пролежни приводят к сепсису (С. S. Bryan et al, 1983). Смертность от пролежневой инфекции достигает 8% (G. J. Gorse, 1987). Наличие пролежней является препятствием не только для реконструктивной хирургии позвоночника и спинного мозга, но и для полноценной реабилитации больного. Большое количество предложенных в настоящее время методов лечения пролежней у спинальных больных свидетельствует о разногласиях как в определении показаний к оперативному или консервативному лечению, так и в подборе препаратов для местной консервативной терапии. Большинство авторов (О. Г. Коган и др.; А. В. Лившиц, 1983; М. А. Курбанов и др., 1985) рекомендуют сочетать в лечении пролежней консервативные и оперативные методы, однако до настоящего времени нет четких критериев для определения показаний к оперативному лечению.

Все это нарушает преемственность в лечении больных, сказывается на сроках эпителизации пролежней.

Цель работы

Целью настоящего исследования является выработка нового метода лечения пролежней у спинальных больных в зависимости от стадии пролежневого процесса.

Материалы и методы исследования

Работа основана на изучении результатов лечения 80 пролежней у 30 больных с травматической болезнью спинного мозга, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении областной клинической больницы № 2 г. Тюмени.

В работе применены клинический, фотометрический, бактериологический, цитологический методы исследования. Наибольшее количество пролежней отмечалось в области крестца — 30 (37,5%), большого вертела — 25 (31,25%), у 20 больных (66%) имелись единичные пролежни, у 10 (34%) — множественные.

Средняя площадь пролежня составляла 45 см², лечение пролежней с помощью аппликаций геля со стволовыми клетками осуществлялось в следующих стадиях пролежневого процесса:

1. Стадия первичной реакции.
2. Некротическая стадия.
3. Некротическо-воспалительная стадия.
4. Воспалительно-регенеративная стадия.
5. Регенеративно-рубцовая стадия.
6. Стадия трофических язв.

Аппликации геля со стволовыми клетками на раны проводились с таким расчетом, чтобы вся раневая поверхность была укрыта или препарат заходил за края раны не менее чем на 0,2 см. При наличии глубоких ран, «карманов» весь объем раны должен быть рыхло заполнен препаратом. Частота перевязок зависела от степени выраженности экссудации. При выраженной экссудации перевязки проводились один раз в два-три дня.

1. Стадия первичной реакции. Для нее характерен умеренный отек, уплотнение мягких тканей над костным выступом, гиперемия. Необходимо исключить локальное давление на зону пролежня, применять массаж, физиотерапевтическое лечение, подкладывать специальные подкладки. Хорошие результаты, достиг-

нутые при лечении пролежней в этой стадии, говорят о важности повышенного внимания и постоянного визуального контроля за теми участками тела, где пролежни образуются наиболее часто (крестец, большие вертелы, седалищные бугры, пяточные кости). Недооценка подобного контроля приводит к тому, что пролежень переходит во вторую стадию - некротическую.

2. Некротическая стадия. Края пролежня очерчены демаркационной линией, наблюдаются сухой некротический струп, гиперемия, отек. Лечение начинается с некрэктомии с последующей аппликацией геля со стволовыми клетками. Своевременная некрэктомия позволяет резко уменьшить интенсивность роста микрофлоры в пролежне, а значит, значительно сократить время некротическо-воспалительной стадии.

3. Некротическо-воспалительная стадия. Рана заполнена гнойно-некротическими массами с появлением значительного количества отделяемого со зловонным запахом. Гель со стволовыми клетками применяется без предварительного очищения раны от гнойного отделяемого, в результате лечения рана очищается и эпителизируется.

4. Воспалительно-регенеративная стадия. В пролежнях появляются рыхлые крупнозернистые грануляции розового цвета. Отмечается узкий ободок эпителизации. Применение геля ускоряет переход пролежневого процесса в следующую, регенеративно-рубцовую стадию.

5. Регенеративно-рубцовая стадия. В этой стадии края раны покрыты тонким эпителием, заходящим на рубцовую ткань. Применение геля приводит к уменьшению рубцовой ткани и ускорению эпителизации.

6. Стадия трофических язв. Характеризуется отсутствием признаков эпителизации, скудным отделяемым. Применение геля приводит к уменьшению глубины язвы и ускорению эпителизации.

Выводы

В результате лечения 30 больных с 80 пролежнями разной локализации с травматической болезнью спинного мозга удалось добиться ускорения эпителизации, очищения пролежневых ран, улучшения качества жизни и ускорения сроков реабилитации.

1. Разработанный новый метод лечения пролежней у спинальных больных позволяет, в зависимости от стадии пролежневого процесса, своевременно скорректировать лечебную тактику на основе не только субъективных, но и объективных (цитологических и морфологических) критериев.
2. Гель со стволовыми клетками позволяет добиться атравматичности перевязок, способствует очищению ран от некротических масс, обладает противомикробной активностью, стимулирует репаративные процессы.
3. Препарат прост и удобен в применении, не вызывает побочных эффектов, снижает потребность в перевязочном материале.
4. Препарат показал высокую активность при наличии в ране гнойно-некротических тканей, позволяет добиться быстрого очищения ран, появления свежей грануляции, снижает резистентность раневой микрофлоры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Басков А. В., Зимарев В.А. Лечение трофических расстройств у больных с травматическим повреждением спинного мозга. Сб. науч. трудов Института нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. М., 1983.

2. Применение полимерных материалов в хирургии спинного мозга. Екатеринбург: издательство Уральского университета, 1991.
3. Басков А. В., Лившиц А. В., Колпачков В. А. Повторные операции на спинном мозге в позднем периоде травматической болезни спинного мозга. Сб. тезисов Украинской республик. конф. нейрохирургов. Одесса, 1984.
4. Залович А. А. Хирургическое лечение пролежней, трофических язв и остеомиелита у больных с повреждением позвоночника и спинного мозга // Автореф. дис. ... канд. мед. н. Киев, 1986.

*Людмила Ивановна СБРОДОВА —
научный сотрудник научно-клинической
лаборатории микробиологии и иммунологии,
кандидат биологических наук*

*Нина Ивановна ГОРДИЕВСКИХ —
старший научный сотрудник лаборатории
экспериментальной травматологии
и ортопедии, кандидат биологических наук*

*Владимир Константинович КАМЕРИН —
старший научный сотрудник лаборатории
экспериментальной травматологии
и ортопедии, доктор медицинских наук*

*ФГУН «Российский научный центр
«Восстановительная травматология
и ортопедия» им. академика
Г. А. Илизарова (г. Курган)*

УДК 616.718.51-001.5-089.84:616.151.5

СВЕРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМА КРОВИ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТА ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

АННОТАЦИЯ. В статье описаны результаты изучения динамики системы гемостаза при замещении дефекта верхней половины большеберцовой кости свободным аутотрансплантатом.

The authors present the results of their analysis of the dynamics hemostasis system while building the tibial defect by free autogenous bone.

Актуальность исследования

Лечение больных с дефектами длинных трубчатых костей, причинами возникновения которых являются тяжелые механические повреждения, врожденные и приобретенные, а также онкологические заболевания и остеомиелит, представляет серьезную медицинскую и социальную проблему. Рост травматизма, увеличение количества катастроф, локальных войн, повышение частоты гнойных осложнений, а также расширение показаний к хирургическим методам делают эту проблему особенно актуальной. Это обусловлено также тем, что в 70-96% случаев страдают люди трудоспособного возраста, из них 14-50% становятся инвалидами [17]. Ме-