



июнь, 2012

Вопросы ТРАВМАТОЛОГИИ и ОРТОПЕДИИ



ПУБЛИКАЦИИ НАУЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ПОСВЯЩЕННЫХ
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ»

6-8 ИЮНЯ 2012 г., Нижний Новгород

Электронный научный журнал

№ 2 (3)



НП «Нижегородская ассоциация
травматологов-ортопедов»

www.vto-journal.ru

УЧРЕДИТЕЛИ



ФГУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии»



ООО «Ремедиум Приволжье»

Издание зарегистрировано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ЭЛ № 47030 от 11 ноября 2011 г.

Издательство	«Ремедиум Приволжье»
Заведующая редакцией	Лариса Запорожская
Коммерческий директор	Валерия Шишлова
Рекламный отдел	Татьяна Никулина Татьяна Новоселова
Ответственный секретарь	Елена Мutowкина
Медиатор сайта	Екатерина Родионова
Оформление, верстка	Наталья Васильевых
Корректор	Татьяна Андреева
Перевод на англ. язык	Анастасия Коробкова

Адрес редакции: 603022

Нижний Новгород,
ул. Пушкина, 18, оф. 108.

Тел./факс: (831) 277-85-83.

E-mail: medalmanac@medalmanac.ru

- Авторские материалы не обязательно отражают точку зрения редакции.
- Рукописи не возвращаются.
- Любое воспроизведение опубликованных материалов без письменного согласия редакции не допускается.
- При перепечатке ссылка на журнал обязательна.
- Материалы, помеченные знаком «R», публикуются на правах рекламы.
- За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несет.

Выходит один раз в три месяца.

© Вопросы
травматологии и ортопедии, 2012

Электронный научный журнал

Вопросы ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ



ИЮНЬ, 2012

www.vto-journal.ru

СОСТАВ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

КАРЯКИН Николай Николаевич, директор ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии»

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

ЕЖОВ Юрий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» по науке

НОВИКОВ Александр Вальфович, доктор медицинских наук, руководитель отделения реабилитации ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии»

НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ:

Тихолов Рашид Муртузалиевич, директор ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена», доктор медицинских наук, профессор

Фраерман Александр Петрович, член правления Ассоциации нейрохирургов России, руководитель Нижегородского нейрохирургического центра, главный научный сотрудник ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии», доктор медицинских наук, профессор

Левин Григорий Яковлевич, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии»

Перетягин Сергей Петрович, руководитель Российского ожогового центра ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии», доктор медицинских наук, профессор

Королев Святослав Борисович, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», доктор медицинских наук, профессор

Загребов Валерий Иванович, руководитель отделения анестезиологии-реанимации ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии», доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник

Александров Николай Михайлович, доктор медицинских наук, ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии»

Тенилин Николай Александрович, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник, ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии»

Альвов Сергей Евтихиевич, заведующий кафедрой травматологии Ивановской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор

Парин Сергей Борисович, доктор биологических наук, доцент кафедры психофизиологии, заведующий лабораторией когнитивной психофизиологии, Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

Цыкунов Михаил Борисович, доктор медицинских наук, профессор, Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова (Москва)

Шапиро Клара Ильинична, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, организационно-методический отдел ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» (Санкт-Петербург)

Ветрилэ Степан Тимофеевич, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, руководитель отделения патологии позвоночника, Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова (Москва)

Доценко Владимир Валентинович, профессор кафедры травматологии и ортопедии Российского университета дружбы народов, доктор медицинских наук, профессор

Загородний Николай Васильевич, главный травматолог-ортопед Росздравнадзора РФ, главный травматолог-ортопед г. Москва, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Российского университета дружбы народов, руководитель клиники эндопротезирования, Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, лауреат премии Правительства РФ, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор (Москва)

Гурбатов Сергей Николаевич, проректор по научной работе, Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, доктор физико-математических наук, профессор

Неверов Валентин Александрович, ведущий научный сотрудник отделения патологии тазобедренного сустава ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена», доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург)

Кравец Леонид Яковлевич, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, руководитель отделения нейрохирургии ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии»

Николаев Николай Станиславович, кандидат медицинских наук, врач высшей категории, главный врач ФГУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» (Чебоксары)

Донченко Екатерина Валерьевна, руководитель отдела информационно-издательской деятельности ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии»



препаратом «Квамател» в различных режимах дозирования (20–40 мг х 1–2 р/д.). Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта различного характера диагностированы у 16 (12%) пациентов. На момент развития гастродуоденального кровотечения 12 из 16 пациентов получали профилактическую антисекреторную терапию. По выраженности клинических и лабораторных проявлений гемодинамически значимыми были признаны 6 эпизодов кровотечения, гемодинамически незначимыми — 10 эпизодов кровотечения.

Выявлена зависимость риска развития гастродуоденальных кровотечений с потребностью в проведении искусственной вентиляции легких, терапией глюкокортикоидами и симпатомиметиками. Так, среди больных с нарушениями газообмена, которым проводилась ИВЛ, частота развития гастродуоденальных кровотечений составила 17,8%, а среди больных, которые в ней не нуждались — 7%. Частота развития кровотечений у больных с нарушениями кровообращения, получающих глюкокортикоиды — 18,6%; получающих вазопрессоры — 18%; у больных, не получающих глюкокортикоиды — 4,8%, вазопрессоры — 8,4%.

Основными источниками кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных явились множественные эрозии слизистой оболочки и сочетание множественных эрозий и острых язв. Как правило, встречались множественные источники кровотечения, локализованные одновременно в пищеводе и желудке. По частоте поражений

первое место занимает желудок (50%), второе — пищевод (35%); на третьем месте стоит двенадцатиперстная кишка — (15%). В пищеводе источники кровотечения локализовались преимущественно в нижней трети, при увеличении тяжести ожоговой травмы очаги эрозии слизистой оболочки появлялись и в вышележащих отделах. В желудке преимущественное расположение источников — тело по большой и малой кривизне, в меньшей степени — кардия, антральный и пилорический отделы. В луковице двенадцатиперстной кишки чаще всего повреждалась передняя стенка.

Таким образом, профилактическая антисекреторная терапия показана пострадавшим с тяжелой термической травмой, однако монотерапия H2-блокаторами не позволяет полностью исключить развитие данного осложнения, особенно у больных с высоким риском (больные на ИВЛ, получающие глюкокортикоиды и/или симпатомиметики) и при неадекватном режиме дозирования (20 мг х 1 р/д.). Вместе с тем, гастродуоденальные кровотечения у тяжелообожженных пациентов, получающих профилактическую антисекреторную терапию, как правило, не были массивными, на момент эндоскопического осмотра чаще оказывались состоявшимися и были склонны к окончательной остановке на фоне проводимой консервативной терапии.

Таким образом, представляется целесообразным создание алгоритма дифференцированной профилактической антисекреторной терапии для пострадавших с различным риском развития гастродуоденальных кровотечений.

Глуткин А.В., Ковальчук В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ

Термическая травма является актуальной проблемой, что обусловлено высокой частотой встречаемости данной патологии, тяжестью клинического течения, осложнениями [Ханенко О.Н., 2010]. Исследованию динамики заживления ожоговых повреждений, а также разработке новых подходов к лечению, как со стороны экспериментаторов, так и клиницистов, уделяется серьезное внимание.

ЦЕЛЬЮ ДАННОЙ РАБОТЫ является моделирование глубокой ожоговой раны на лабораторных животных.

Исследование проведено на крысах Wistar (n=21) в возрасте 30 суток, со средней массой 55-65 г. Все животные содержались в одинаковых условиях, на стандартном пищевом режиме. Все этапы исследования проводились с разрешения Этического комитета УО



«Гродненский государственный медицинский университет».

В условиях адекватного обезболивания тиопенталом натрия (50 мг/кг), введенного внутривенно, удаляли шерсть (выстригали с последующим выбриванием) со спины животного. Термический ожог кожи осуществляли в течение 10 сек. горячей водой (99–100°) с помощью специально разработанного устройства, состоящего из металлической камеры в форме открытого с обеих сторон параллелепипеда с двумя ручками, жестко соединенными с широкими боковыми сторонами камеры по центру в верхней их части. По нижнему периметру камеры имеется резиновая прокладка шириной, равной толщине стенок камеры, с прикрепленной двусторонней клейкой лентой для плотной фиксации к коже крысы. По центру одной из широких боковых сторон камеры на расстоянии 1 мм от нижнего края стенки впаяна металлическая трубка, к которой присоединен один конец силиконовой трубки диаметром на 2 мм больше диаметра металлической трубки. Такая же вторая силиконовая трубка размещена внутри камеры для более быстрой эвакуации жидкости, свободные концы силиконовых трубок соединены с помощью переходника в виде рогатки с третьей силиконовой трубкой такого же диаметра, переходящей в отсос, площадью около 8–9%. В результате моделирования получались стандартные по площади ожоговые раны.

После нанесения термического ожога на рану крепили предохранительную камеру. Декаптацию животных осуществляли под наркозом на 3-, 7-, 14-, 21-е сутки от момента получения травмы.

Анализ гистологической картины на 7-е сутки показал, что рану покрывает слой грануляционной ткани, который имеет различную толщину на разных участках раны. При сохранении на ране струпа выявляется, что у всех животных на большинстве участков раневой поверхности слой грануляционной ткани располагается на уровне подкожной мышцы или верхних слоев глубоких мышц. Таким образом, ложем для грануляционной ткани всегда служат пласты поперечнополосатых мышц. Основу грануляций составляют фибробластные клетки веретеновидной формы с базофильной цитоплазмой, вытянутые вдоль поверхности раны, между которыми располагается волокнистое слабоокисильное основное вещество. Присутствуют многочисленные мелкие кровеносные сосуды, располагающиеся перпендикулярно поверхности раны. Ткань инфильтрирована макрофагами, лимфоцитами; поверхностные слои грануляций, как правило, обильно инфильтрированы нейтрофильными лейкоцитами.

В результате экспериментального моделирования термической травмы установлено, что данная методика приводит к образованию ожога 3-й степени.

Денбург А.Д., Арефьев И.Ю., Левин Г.Я.

ФГБУ НИИТО Минздравсоцразвития России, г. Нижний Новгород

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЛИЗИСА АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ КОЖИ ПРИ АУТО-ИММУННЫХ НАРУШЕНИЯХ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Аутоиммунные расстройства являются одним из звеньев патогенеза ожоговой болезни не только в ранний период её развития, но и на поздних этапах лечения последствий термической травмы. При этом наблюдается подъем титра циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), рост титров аутоантител к коллагену и собственной коже. Повреждения ЦИК микрососудов и эндотелия нарушают транскапиллярный транспорт и

микроциркуляцию, что является важной причиной отторжения и лизиса аутотрансплантатов. Существующие методы медикаментозной терапии недостаточно эффективны.

В данной работе рассматривается возможность коррекции аутоагрессии и предупреждения лизиса аутотрансплантатов с помощью плазмафереза. Исследование проводилось у 15 больных с лабораторно подтвержденным развитием аутоагрессии и клинической