

После 1 сеанса прекращается кровотечение и эрозивно-язвенных дефектов.

Проведение комплексного метода лечения позволило уменьшить развитие аспирационных пневмоний с 81,8 до 32%. Продолжительность лечения при аспирационных пневмониях в контрольной группе составила 24 дня, в группе больных, пролеченных по новой методике - 14 дней

ЛИТЕРАТУРА

1. Выренков Ю.Е., Клебанов В.М. Актуальные проблемы лимфологии и ангиологии - М., 1981.
2. Николаев Э.К., Катаев С.С., Фарберов В.Н. Патологический №2113870. Способ профилактики и лечения легочных осложнений у больных, находящихся на длительной искусственной вентиляции легких 1998
3. Сапин М.Р., Юрина Н.А., Этингер Л.Е. Лимфатический узел - М., 1978.

УДК 616.233.007.64-055] 7-053.2-036.1

Г.В. Павлов, Л.М. Сергеева, А.А. Литвинско

ОКСАЛОЗНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

В последние годы в литературе появились пионерские публикации, описывающие особенности ранее неизвестного заболевания — оксалозного бронхита (ОБ). Данная нозологическая форма является наследуемым заболеванием, связанным с генетическим нарушением метаболизма шавелевой кислоты. В патогенезе ОБ установлена роль наследственно обусловленной эндосгенной иритации оксалатами. Предполагается, что частота ОБ у детей, госпитализированных с рецидивирующими и хроническими заболеваниями легких, составляет 6% [1].

Анализ литературных данных и собственные данные наблюдения за четырьмя больными, у которых был исключен муковисцидоз и другие наследственные заболевания с поражением органов дыхания, позволили нам суммировать клинические и параклинические данные об ОБ.

Оксалозный бронхит - аутосомно-доминантно наследуемое, контролируемое полом с накоплением у родственников I степени родства.

Данное заболевание дисметаболически маркируется оксалурией (у 93,6% больных), инверсной миграции мононуклеаров в ингибирующем тесте с ФГА (у 98%), нарушением соотношений Це Риста. АСТ/АЛТ и ГГТП/АСТ, что обусловлено цитоплазматическим генетическим дефектом гспатоцита. Отмечена повышенная частота встречаемости антигенов HLA. В13 и В21, а также гаплотипов В13-21 и В 13-7. Показатели суточной оксалурии коррелировали с ОФВ1 и бронхиальной проходимостью [1].

При анализе родословных обращает на себя внимание повышенная частота оксалурии и рыжего цвета волос у родственников. У больных плейтропизм ОБ клинически проявляется рецидивирующим или хроническим обструктивным синдромом, рыжим цветом волос, бледно-матовым цветом кожи, гнездно-локальной пигментацией на коже, чаще в области верхней трети спины, деформациями шейного отдела позвоночника. При ОБ синдром меланиновой недостаточности проявляется в виде иридологических изменений, интенсивной пигментации радужки, истончения пигментной каймы и преобладания оранжевых пигментов в проксимальной зоне "бронхи-легкие" [2].

Таким образом, в структуре бронхолегочной патологии у детей появилась новая нозологическая форма, вопросы частоты и клинических особенностей которой, а также разработка терапевтического комплекса еще подлежат детальной разработке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поспехова Г.П. О клинических особенностях оксалозного бронхита / Первый (третий) Всероссийский съезд медицинских генетиков. - М., 1994. - С 232
2. Иридологические изменения у больных бронхиальной астмой с признаками респираторного оксалоза / Л. Шаймиева, Н.А. Филиппова, Р.А. Александрова и др. / 8 национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 1998. - С 52.

М.А. Рубинов, С.А. Воробьев, Н.А. Антропова

НОВЫЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Уральская государственная медицинская академия

Аллопластика брюшной стенки при больших и гигантских послеоперационных, рецидивных вентральных и паховых грыжах остается актуальной проблемой современной восстановительной хирургии. Используемые в настоящее время аллотрансплантаты - полимерные пластины, пленки и сетки имеют серьезные недостатки (секреция тканевой жидкости, воспалительная инфильтрация, повышенный риск нагноения ложа имплантата и его отторжения, длительно не заживающие свищи). Однако аллопластика синтетическими, длительно не рассасывающимися в организме материалами наиболее надежно предупреждает рецидивы грыж больших размеров, при которых аутопластические методы операций анатомически и технически неосуществимы.

Целью работы было изучение в эксперименте свойств оригинального комбинированного аллотрансплантата для пластики грыжевых ворот (Приоритет РФ по 3.№ 97107749 от 22.05.97). Аллотрансплантат состоит из трех слоев - компактно-пористых наружаю-

го и внутреннего, выполненных из солидифицированного ателопептидного коллагена, комплексированного с сильным антисептиком, с заданными при изготовлении сроками резорбции в гкнях, и помещенной между ними мелкоячеистой полимерной сетки. Аллотрансплантат заключен в двойную полиэтиленовую упаковку и стерилизуется в гамма-камере. При изготовлении опытных образцов в НИЦ ММА им. И.М. Сеченова использовали известные и разрешенные МЗ РФ к клиническому применению отечественные материалы ("сетка лавсановая медицинская", коллагеновый препарат "Сангвикол", содержащий 0,5% сильно природного бактериостатического антисептика сангвиринга).

Выполнены 28 экспериментальных операций замещения дефектов брюшной стенки, полученных путем иссечения участков прямых мышц (8-10 см длиной) у взрослых беспородных собак весом 8-12 кг. оригинальным комбинированным аллотрансплантатом (21) и сеткой лавсановой медицинской (7), полностью аналогичной его среднему слою. Комбинированный аллотрансплантат и сетку фиксировали к краям дефектов мышечно-апоневротического каркаса брюшной стенки (с захватом париетальной брюшины) узловыми викридовыми швами с интервалом 1 см и отступлением в обе стороны на 4-6 мм. Внутри имплантаты обеих опытных групп контактировали со свободной брюшной полостью. Снаружи оригинальный аллотрансплантат в 13 опытах укрывали подкожной клетчаткой, лавсановую сетку - в 7, в 8 экспериментах над аллотрансплантатом тонким капроном (00) сшивали оставленные не иссеченными апоневротические лоскуты из передней стенки влагалищ прямых мышц живота. Антибактериальную терапию в послеоперационном периоде не применяли. Животных выводили из опыта в сроки от 1 сут до 6 мес после операций, секционный материал фиксировали в 10% нейтральном формалине. Микропрепараты окрашивали гематоксилином и эозином по Ван-Гизону, Венгеру.

В 4 наблюдениях, при подкожном расположении комбинированного аллотрансплантата (1) или лавсановой сетки (3), на 3-6 сут после операций развились поверхностные нагноения операционных ран с расхождением кожных швов над ними. Лечебных мероприятий не предпринимали. Гнойные раны небольших размеров над комбинированным аллотрансплантатом, и в одном случае - над лавсановой сеткой самостоятельно очистились, покрылись грануляционной тканью и постепенно эпителизировались. В 2 опытах наступило формирование грануляционного вала, и отторжение лавсановой сетки через наружные свищи брюшной стенки в поздние сроки после операций. Свободная жидкости в ложе комбинированного аллотрансплантата в ближайшие сроки была слабо выражена при подкожном и умеренно при подапоневротическом расположении. Со стороны брюшной полости к внутренней поверхности оригинального аллотрансплантата были подпаяны только ограниченные участки свободной части большого сальника, в поздние сроки превращавшиеся в нежные плесчатые складки. В ранние сроки сетчатая основа комбинированного аллотрансплантата инкапсулировалась и про-

расталась хорошо васкуляризованной волокнистой соединительной тканью. Через 3-6 месяцев пучки коллагеновых волокон внутреннего слоя капсулы имели ориентацию, близкую к их направлению во внутреннем листке поперечной фасции. При использовании лавсановой сетки большой сальник спайками полностью изолировал ее от брюшной полости, в поздние сроки подпаянные участки подвергались грубому склерозированию. У лавсановой сетки капсула выражена слабо, преобладало вертикальное прорастание грубой волокнистой соединительной тканью с очагами гиалиноза.

Результаты экспериментального исследования свидетельствуют о перспективности применения комбинированного аллотрансплантата для снижения частоты "типичных" осложнений аллопластики дефектов брюшной стенки, особенно в клинических ситуациях невозможности герметизации париетальной брюшины, требующих использования комбинации биологических и синтетических аллотоматериалов. В декабре 1998 г. комбинированный аллотрансплантат разрешен МЗ РФ к клиническим испытаниям.

Н.Е. Сашникова, В.Г. Вязников, Н.В. Мажура

МЕСТО ПРЕПАРАТОВ «КАЛИЯ НОДИД 200», «L-ТИРОКСИН 100» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА

Уральская государственная медицинская академия, Детская клиническая больница станции Свердловск-пассажирский

Рост и развитие – главные индикаторы здоровья детей. За последнее десятилетие во многих научных работах отмечена тенденция по снижению количества детей с нормальным уровнем физического развития [5,7,9,10]. Одной из главных эколого-медицинских проблем не только Урала, но и всей России является проблема эндемического зоба [1,2]. В связи с ухудшением экологической ситуации, сложной социально-экономической обстановкой в стране, нарушении системы массовой йодной профилактики в последнее время отмечается рост заболеваний эндокринной сферы как у детей, так и подростков [2,5]. Хорошо изучено негативное влияние гипотиреоза на рост, однако взаимосвязь субклинических форм тиреоидной гиподисфункции с процессами роста и развития у детей освещена недостаточно.

Поэтому целью нашей работы стало определение сроков начала лечения и профилактики тиреопатий в комплексной реабилитации детей с задержкой физического развития.

Под наблюдением находились 110 детей 7 – 12 лет, имеющие задержку роста. По региональным нормативам оценки физического развития 2001 г. обследованные дети имели низкий уровень последнего (первый коридор) [6]. Кроме того, низкорослые пациенты были распределены по наличию тиреоидной