

Հետազոտութիւնից պարզվել է, որ բացի հակաբորբոքային, միզամուղ, մեզը հիմնականցնող հատկութիւններից այդ բույսերը ունեն նաև տարբեր առանձնահատկութիւններ:

Մաթուղենու տերևները կարգավորում են ֆոսֆոր-կալցիումական փոխանակութիւնը, հապալասենու տերևները իջեցնում են ուրիկեմիան և ավելացնում ուրիկուրիան:

O. L. TIKTINSKI, I. G. AGHADJANIAN, Yu. A. BABLUMIAN

ON THE PHYTOTHERAPY OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN PATIENTS WITH UROLITHIASIS

The course of phytotherapy has been carried out by bear berry and red bilberry leaves in patients with chronic pyelonephritis, complicating urolithiasis. The general antinflammatory and diuretic effect of these preparations has been observed, as well as the difference of their influence on the homeostasis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агаджанян И. Г. Автореф. докт. дисс. М., 1981.
2. Лопаткин И. А. Урология. М., 1977.
3. Маждраков Г. М. В кн.: Лекарственная болезнь. София, 1976, с. 7.
4. Ратнер Н. А. Артериальная гипертония М., 1974.

УДК 616.71—002—036.12

В. П. АЙВАЗЯН, В. С. КАЗАРЯН, А. С. ГРИГОРЯН

СТИМУЛЯЦИЯ ОСТЕОГЕНЕЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОСТЕОМИЕЛИТАХ КОСТНЫМ МАТРИКСОМ

У больных с хроническим посттравматическим остеомиелитом с целью заполнения полостей и стимуляции остеогенеза применена декальцинированная аллогенная кость—костный матрикс. Отмечен высокий процент консолидации ложных суставов и несросшихся переломов. Применение костного матрикса приводило к равномерному заполнению дефекта гомогенным регенератом.

Лечение хронических остеомиелитов в настоящее время продолжает оставаться актуальной проблемой.

На наш взгляд, оно должно носить комплексный характер и включать в себя подавление и ликвидацию гнойного воспаления и стимуляцию репаративных процессов в ране, в том числе и костной. Необходимо отметить, что эти два направления при лечении хронических остеомиелитов тесно взаимосвязаны. Так, подавление гнойного воспаления уже само по себе является стимулирующим моментом в процессе репаративной регенерации тканей, с другой стороны—стимуляция репаративных процессов в ране способна сыграть решающую роль в исходе гнойного воспаления за счет усиления анаболических процессов в ране.

Вопросу лечения раневой инфекции при хронических остеомиелитах посвящено большое число работ, однако вопрос стимуляции остеогене-

за при этой патологии освещен недостаточно. Мы поставили перед собой цель изучить возможность применения при хронических посттравматических остеомиелитах органической основы кости—костного матрикса. В экспериментально-лабораторном отделении, а также в клиниках Ереванского НИИ травматологии и ортопедии показаны высокие остеоиндуктивные и остеостимулирующие свойства костного матрикса, который с успехом используется с целью стимуляции остеогенеза при явлениях замедленной консолидации и ложных суставах, а также для заполнения дефектов костной ткани после резекций доброкачественных опухолей.

С целью лечения раневой инфекции (в предоперационном периоде), а также профилактики вспышки гнойного процесса после операции мы применяем комплекс мероприятий, в котором ведущую роль играет внутриартериальное введение лекарственных веществ на основе гипертонических растворов—артериальная осморефлексотерапия. Метод основан на использовании положительной трофической реакции в тканях конечности в ответ на введение гипертонических растворов в артериальное русло за счет раздражения множества баро- и осморецепторов артериальной стенки.

Оперативное лечение хронических остеомиелитов заключается в радикальной секвестрэктомии и использовании остеостимулирующих и остеоиндуктивных свойств аллогенного костного матрикса путем его топической имплантации. Разработаны различные методики и варианты имплантации костного матрикса в область остеомиелитического очага. Последний используется как с целью стимуляции остеогенеза, так и одновременного заполнения образовавшегося дефекта.

При обострении гнойно-воспалительного процесса после кратковременной медикаментозной подготовки производится секвестрэктомия с обработкой полости антисептическими и ферментными препаратами, и операционная рана закрывается наглухо с обязательным оставлением трубок для активного оросительно-отсасывающего дренирования. После заживления раны спустя 1—1,5 месяца при отсутствии признаков воспалительного процесса производится второй этап операции. Вновь иссечением послеоперационного рубца обнажается место резекции остеомиелитического очага. Выскабливается рубцовая ткань, заполняющая дефект, и в образовавшуюся полость укладываются мелко нарезанные фрагменты костного матрикса. Необходимо отметить, что при полном отсутствии внешних признаков воспаления в большинстве образцов, иссекаемых из костного дефекта рубцовой ткани, отмечаются очаги воспаления, иногда с наличием микроабсцессов. Рубцовая ткань, заполняющая костный дефект, является именно тем очагом латентной инфекции, которая нередко способствует обострению хронического остеомиелита как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде. С этих позиций необходимо добиваться заполнения костного дефекта полноценным регенератом. Установлена высокая эффективность применения костного матрикса с целью заполнения постостеомиелитических дефектов.

При отсутствии признаков обострения процесса у больных с посттравматическим остеомиелитом мы используем методику по одномомент-

ному удалению очага поражения и заполнения образовавшейся полости костным матриксом. Применяются имплантаты либо кортикального, либо губчатого матрикса в зависимости от локализации процесса и характера окружающих тканей. Рана ушивается наглухо с оставлением трубок для осуществления активного отсасывающего дренажа сроком 7—12 дней.

Особую группу составляют больные, у которых имеет место сочетание хронического остеомиелитического процесса с нарушением консолидации в области бывшего перелома по типу замедленной консолидации, несросшихся переломов и ложных суставов. В этих случаях костный матрикс используется с целью стимуляции консолидации путем его имплантации в очаг поражения после выполнения saniрующей операции. Нами разработаны различные варианты имплантации аллогенного костного матрикса при лечении явлений замедленной консолидации, несросшихся переломов и ложных суставов. Во всех случаях необходимо добиваться плотного контакта имплантатов с материнской костью. Большое значение имеет также характер ложа, в которое имплантируется костный матрикс. Наиболее неблагоприятным моментом, влияющим на проявление остеоостимулирующих и остеоиндуктивных свойств последнего, является окружение из рубцовой, сухожильной и апоневротической тканей, т. е. ткани с плохим кровоснабжением.

Костный матрикс был применен у 88 больных с хроническими посттравматическими остеомиелитами. У 36 из них матрикс был применен с целью стимуляции остеогенеза по поводу несросшихся переломов и ложных суставов, а у 52 — заполнения костных дефектов. Из 36 больных с несросшимися переломами и ложными суставами у 33 (91,7%) отмечена консолидация перелома: в сроки до 2 месяцев — 8, до 3—10, до 4 месяцев и более — 15 больных.

При применении костного матрикса с целью заполнения дефектов отмечалось равномерное заполнение дефекта гомогенным регенератом. Результаты наших наблюдений показали, что использование костного матрикса в комплексе лечения больных с хроническим остеомиелитом позволяет в большинстве случаев добиться стимуляции остеорепарации и излечения больных.

НИИ травматологии и ортопедии
им. Х. А. Петросяна

Поступила 12/V 1984 г.

Վ. Պ. ԱՅՎԱԶՅԱՆ, Վ. Ս. ՂԱԶԱՐՅԱՆ, Հ. Ս. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ

**ՈՍԿՐԱՃԻ ԽԹԱՆՈՒՄԸ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՕՍՏԵՈՄԻԵԼԻՏՆԵՐԻ
ԴԵՊԷՈՒՄ ՈՍԿՐԱՅԻՆ ՄԱՏՐԻՔՍՈՎ**

Խրոնիկական հետորավմատիկ օստեոմիելիտով տառապող 88 հիվանդների մոտ ոսկրի աճը խթանելու և ոսկրախոռոչը լցնելու նպատակով օգտագործվել է կալցիումադրկված ոսկոր (մատրիքս)։

Կեղծ հոդերի և շկպած կոտրվածքների սերտաճումը նկատվել է 97,7 % դեպքերում։ Ոսկրի խոռոչները լցնելու նպատակով ոսկրային մատրիքսի օգտագործման դեպքում նկատվել է խոռոչի միատարր լցվածություն։

V. P. AYVAZIAN, V. S. GHAZARIAN, A. S. GRIGORIAN
STIMULATION OF OSTEOGENESIS IN CHRONIC OSTEOMYELITIS
BY BONE MATRIX

In patients with chronic posttraumatic osteomyelitis for the filling of cavities and stimulation of osteogenesis the decalcified allogenic bone—bone matrix has been applied. The high percentage of consolidation of false articulation and unhealed fractures has been observed.

The application of the bone matrix for the filling of defects results in even filling of the defect by homogenous regenerate.

УДК 616.71—001.5—089

С. Г. КАРАПЕТЯН, В. П. ПЕТРОВ
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ
В УСЛОВИЯХ АНГОЛЫ

Обобщены результаты оперативного лечения огнестрельных переломов трубчатых костей. Рассматриваются принципы хирургической обработки ран и остеосинтеза трубчатых костей после ранений современным стрелковым оружием.

Проблема лечения огнестрельных переломов всегда привлекала внимание хирургов и травматологов.

Под нашим наблюдением в травматологическом отделении Центрального госпиталя провинции Уамбо (НР Ангола) в 1980—1982 гг. находился 1361 больной с огнестрельными переломами трубчатых костей.

Ранение конечностей стрелковым оружием отличается значительным разрушением тканей, раны характеризуются обширными дефектами и размождением мышц, обильно загрязняются частицами одежды, земли и т. п. Большая часть огнестрельных переломов характеризовалась наличием мелко- и крупнооскольчатости. Так называемый «дырчатый» перелом практически у нас не встречался, что, вероятно, связано с применением современных видов огнестрельного оружия. Кровотечение из раны в момент поступления в стационар наблюдалось редко.

Ампутации конечности производились, как правило, после взрывов мин и гранат, но у детей и после применения стрелкового оружия (табл. 1). Как видно из табл. 1, среди всех переломов преобладали оскольчатые переломы костей голени (292).

Тяжелое состояние раненых усугублялось их поздней доставкой в стационар и транспортировкой в большинстве случаев без всякой иммобилизации, в связи с чем больные доставлялись в состоянии шока, выраженной анемии и нередко с развивающейся раневой инфекцией. Поэтому в первую очередь принимались меры по спасению жизни больного, а затем уже по сохранению функции конечности [6, 7].

Ряд авторов считают [2, 8], что на фоне противошоковых мероприятий должна производиться первичная хирургическая обработка ран независимо от сроков поступления раненых. Но принцип одномоментной