

Каждая третья женщина и каждый восьмой мужчина старше 65 лет переносят в своей жизни перелом, по крайней мере, одного позвонка. Они возникают вследствие минимальной травмы, часто протекают малосимптомно и сопровождаются снижением качества жизни, преждевременной смертностью и большими экономическими затратами.

Целью настоящего исследования было изучение распространенности остеопоротических переломов позвонков у лиц старше 60 лет.

Диагностика остеопороза позвоночника основывалась на рентгенологическом исследовании позвоночника и морфометрическом анализе рентгенограмм по методу D. Felsenberg (1993). Обследовано 360 жителей Иркутска в возрасте от 60 до 94 лет (180 мужчин и 180 женщин). Средний возраст мужчин составил $74,9 \pm 2,6$ года, женщин $74,5 \pm 2,5$ года. Рентгенологические признаки остеопороза чаще выявились у женщин – 154 (85,5%) против 139 (77,2%) у мужчин ($p < 0,05$). Остеопоротические переломы тел позвонков (снижение высоты на 20% и более) были определены у 82 (22,8%) человек, составив у мужчин – 17,2%, у женщин – 28,3% ($p < 0,05$). Распространенность переломов позвонков повышалась с возрастом. Так в возрасте 65-69 лет частота остеопоротических переломов составила 10% у женщин и 3,3% у мужчин. В возрастной группе 70-74 года: 16,7% и 6,6%, в группе 75-79 лет: 26,7% и 13,3% и в возрасте 80-84 года: 36,6% и 23,3% соответственно. Максимальная частота переломов определялась у лиц 85 лет и старше – переломы позвонков имели 43,3% женщин и 30% мужчин. Множественные переломы позвонков (три и более) были выявлены у 106 человек (29,4%), также чаще, у женщин – 32,7%, против 26,1% у мужчин ($p < 0,05$). Самым частым типом деформаций позвонков являлась передняя клиновидная деформация, выявленная в 135 позвонках (в 106 грудных и 29 поясничных), что составило 77,1% от общего числа деформированных позвонков. Двояковогнутая деформация была обнаружена в 35 позвонках – 20%. Компрессионная деформация была выявлена в 5 позвонках – 2,9%.

Таким образом, частота остеопоротических переломов позвонков среди жителей Иркутска составила 22,8% – 28,3% у женщин и 17,2% у мужчин, что сопоставимо со странами Западной Европы (Бельгия), Скандинавии, США (Рочестер). Распространенность переломов позвонков у пожилых людей г. Иркутска повышалась с возрастом. Проведение рентгеноморфометрии позволило впервые поставить диагноз переломов позвонков.

227. ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ: ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ

Рамазанова К.Х., Речник В.Н*, Сретенская Д.А., Ляпина Е.П., Царева Т.Д.

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Росздрава, Саратов, Россия

*МУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска», Ульяновск, Россия

Инфицирование вирусами гепатитов остается глобальной проблемой здравоохранения. Высокий

удельный вес среди лиц, страдающих хроническим гепатитом С (ХГС), составляют потребители психоактивных веществ (ПАВ) и алкоголя. По общепринятым стандартам у данного контингента больных рекомендуется предварять активную противовирусную терапию «светлым» периодом с отказом от алкоголя и ПАВ. На этом этапе одним из важных компонентов лечения является восстановление функциональных нарушений в гепатобилиарной системе, возникших под действием токсических продуктов. В настоящее время в терапии заболеваний печени с успехом используются комплексные препараты, в состав которых входит янтарная кислота.

Целью исследования явилась оценка эффективности комплексной терапии больных ХГС с использованием комбинированного препарата ремаксол на этапе, предшествующем противовирусной терапии.

Для реализации поставленной цели было проведено обследование 80 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет, страдающих ХГС минимальной и умеренной активности, наивных в отношении противовирусной терапии. Все больные были разделены на 2 группы: в 1-й группе (49 человек) пациенты в течение 12 дней получали ремаксол (гепатопротектор, цитопротективный эффект которого опосредуется биологическими эффектами его активных компонентов: янтарной кислоты, рибоксина, никотинамида, метионина, натрия, калия, магния хлорида) 400 мл в/в, капельно; во 2-ой группе (31 человек) – "активное плацебо" (400,0 мл) на протяжении 12 дней. Терапия ремаксомом проводилась до начала противовирусной терапии ХГС. Анализ эффективности ремаксола осуществлялся на основании клинических характеристик и параметров качества жизни (КЖ) (опросник SF-36, Version 2 of the SF-36 Health Survey).

В результате проведенного исследования нами установлено, что к 13-14 дню по завершению курса инфузий ремаксола у пациентов 1-ой группы отмечалось значительное клиническое улучшение: существенно снизились частота и выраженность астено-вегетативного (общая слабость, быстрая утомляемость, потливость), диспепсического (тяжесть в правом подреберье, тошнота, снижение аппетита), геморрагического и холестатического синдромов, гепатомегалии; достоверно улучшились показатели физического функционирования (с $85,5 \pm 2,7$ до $96,4 \pm 3,8$) и общего состояния (с $80,7 \pm 3,1$ до $95,5 \pm 3,7$), тогда как среди больных 2-й группы значительного увеличения данных параметров не произошло. В обеих группах увеличились показатели физического состояния, интенсивности боли, жизненной активности и психического здоровья, однако у пациентов 1-й группы увеличение перечисленных параметров было существенно выше. А вот в сферах эмоционального и социального функционирования достоверного увеличения количества баллов в обеих обследуемых группах не произошло. Переносимость ремаксола у всех пациентов 1-й группы была хорошей, побочных явлений при применении препарата не зафиксировано.

Таким образом, применение корректора клеточного метаболизма и регулятора энергетического обмена ремаксола в комплексном патогенетической терапии больных гепатитом С позволяет значительно улучшить динамику клинических проявлений, а также физические и психические компоненты качества жизни больных

гепатитом С, особенно общее состояние и физическое функционирование.

228. ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ранцев М. А., Ходаков В. В., Усов М. М.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург, Россия

Целью исследования явилось обобщение нашего первого опыта лечения одного из основных осложнений панкреонекроза – постнекротических кист поджелудочной железы и разработка тактических вопросов дифференцированного подхода к их лечению.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 20 больных со сформированными постнекротическими кистами поджелудочной железы в клинике кафедры общей хирургии ГОУ ВПО УГМА на базе МУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга. Все пациенты в течение 3-12 месяцев до поступления в клинику перенесли панкреонекроз. Из них 11 (55%) лиц было мужского и 9 (45%) – женского пола. В основном это были лица в возрасте старше 50 лет – 19 (95%) человек, а из них старше 60 лет – 7 (35%) человек. Диагноз кисты поджелудочной железы устанавливался на основании анамнеза, жалоб, данных УЗИ и компьютерной томографии брюшной полости с целью уточнения локализации кисты и её взаимоотношения с окружающими органами, что помогало избежать их повреждения при пункции. Локализация кист: у 1 пациента была в головке железы (5%), у 18 (90%) в области тела органа и у 1 (5%) в области хвоста, ближе к воротам селезенки. Средний размер кистозного образования был 7-10 см в диаметре. Минимальный диаметр составил 3,5-4,0 см, при локализации кисты в головке железы. Максимальный – 20 см, при наличии кисты неправильной формы в виде «изогнутой гантели». Средний объем содержимого полученного при пункции составил 200 мл. Техника пункции и дренирования кисты поджелудочной железы состояла в следующем. Под местной анестезией, после визуализации жидкостного образования, выполнялась иглой Chiba диаметром 18-20G с эхопозитивной насечкой фирмы «СООК» пункция кистозного образования при помощи ультразвукового конвексного датчика (3,5 МГц) с пункционной насадкой на аппарате «Алока-500». Для дренирования кисты пользовались стилет-катетерами Хьюсмана диаметром 6-7F, Даусона-Мюллера с замком Mac-Loc диаметром 7F, при наличии густого содержимого кистозной полости пользовались двухпросветным стилет-катетером Ринга-Маклеана диаметром 16F.

Результаты и их обсуждение. Применение пункционного дренирования постнекротических кист поджелудочной железы позволило в большинстве случаев (у 16 пациентов (80%)) добиваться ее полной облитерации. После пункции кистозного образования производилась аспирация содержимого с последующим направлением его для анализа на амилазу и бактериологическое исследование. В 14 (70%) амилаза выпота была выше 200 г/час/л и ниже 200 г/час/л – у 6 (30%) больных. В 19 (95%) случаях бактериологическое исследование не дало роста микрофлоры и у 1 больного – *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus haemolyticus*. У 2

(10%) пациентов при пункции было получено гнойное отделяемое в объеме 500–700 мл, что потребовало бужирования пункционного канала для установки дренажа диаметром 1 см с помощью бужей Амплатца фирмы СООК, диагноз постнекротическая киста был трансформирован в абсцесс сальниковой сумки, в последующем – выздоровление. У другой пациентки большие размеры кистозной полости и её двухкамерное строение 10x15 см и 10x12 см также потребовали установки дренажа большого диаметра при помощи бужей Амплатца, так как первичное дренирование стилет-катетером Хьюсмана не позволяло адекватно дренировать полость кисты. У 5 (25%) пациентов потребовалось повторное дренирование кисты в связи с ее рецидивом в течение 6 месяцев, что было обусловлено сообщением полости кисты с протоковой системой поджелудочной железы, в дальнейшем наступила облитерация кисты, при контрольном УЗИ исследовании жидкостных образований в проекции поджелудочной железы не выявлено. Сроки дренирования составляли 3-6 месяцев. Считаем, что при визуализации в полости кисты большого количества очагов детрита дренирование кисты стилет-катетерами противопоказано, так как диаметр катетера не позволяет адекватно дренировать и санировать полость кисты. В случае локализации кисты в головке поджелудочной железы ее небольшие размеры 3,5-4 см не позволили выполнить дренирование и пациент был оперирован с наружным дренированием. У одной пациентки первично была проведена только пункция кисты, учитывая малые сроки после панкреонекроза (1 месяц), однако при контрольном УЗИ исследовании выявлен рецидив кисты, что потребовало ее дренирования катетером Хьюсмана. Выявлено сообщение кисты с протоковой системой поджелудочной железы (амилаза отделяемого – 240 г/час/л). Считаем, что в случае образования панкреатического свища, следует выполнять резекцию поджелудочной железы с панкреатикоеюностомией.

Выводы. Пункционный метод лечения постнекротических кист поджелудочной железы является малоинвазивным методом, позволяющим в некоторых случаях избежать применения травматичного лапаротомного вмешательства.

229. К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Репетий Н.Г., Матвеев А.А., Еремин Г.Г.

Кафедра военно-полевой терапии ГИУВ МО РФ, г. Москва

Актуальность. Механизмы влияния мезодиэнцефальной модуляции (МДМ-терапии) универсальны при различной патологии, перечень показаний для этого метода лечения достаточно широк, однако, недостаточно изучены вопросы применения МДМ-терапии при лечении больных хроническими респираторными заболеваниями, что требует более детального и углубленного рассмотрения, и являются особенно актуальными в настоящее время.

Цель работы. Изучение влияния МДМ-терапии в комплексном лечении больных ХОБЛ в период