

Из анамнеза выяснено, что длительно существующие пигментные образования на коже имелись у 78,7% пациентов. Из них у 28,7% они были врожденными, а у 50 % – появились в течение жизни.

При анализе установлено, что время, прошедшее от появления клинических признаков до обращения к врачу, у большинства больных – 69,6%, составляло от 1 до 12 месяцев. Поводом для обращения к врачу были: быстрое увеличение пигментного образования (у 71,3% больных), кровотечение из очага (у 21,4% пациентов), изменение цвета пигментного образования (у 5,2% больных), появление увеличенных лимфатических узлов (у 2,1% пациентов). Длительность существования указанных выше симптомов различна. Чаще всего они развивались в течение 6 месяцев, что было отмечено 47,3% больными. Активизация за 7-12 месяцев была у 27,1% пациентов, а в срок до двух лет – у 25,6% человек. Не всегда больные обращались к врачу сразу после обнаружения активизации пигментных образований. Это сделали лишь 52,4%. Поздние сроки обращения за консультацией показывают, что население не обладало информацией о необходимости обследования у врачей. Первым пунктом обращения к врачу у всех больных была районная поликлиника. Основное число пациентов (74%) посетили дерматолога или хирурга. Врач первого контакта сразу направил к онкологу 42,7% пациентов. У остальных пациентов действия врачей не были направлены на уточнение диагноза. Часто врач самостоятельно давал рекомендации и назначал лечение без консультации с онкологом и верификации. Подобная тактика, впоследствии приведшая к тому, что все поступили в клинику с изъязвленной, распадающейся или метастатической меланомой, применена у 34,8%. Наблюдение в условиях поликлиники было рекомендовано 22,5% больным. Морфологическое исследование и консультация онколога, в этих наблюдениях, не были использованы. Таким образом, возможности своевременного выявления меланомы врачом поликлиники были упущены.

Выводы.

Анализ ошибок при диагностике меланомы показал, что причинами запущенности больных меланомой кожи являются формальное проведение массовых профилактических осмотров на раннее выявление меланомы и предмеланомных состояний, некачественная диспансеризация лиц с фоновой патологией, недооценка клинических данных, онкологическая неграмотность врачей первого контакта и населения, недостаточное и нерациональное использование эффективных диагностических методов.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ТКАНЕЙ КАК ВЕДУЩИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ДЕСТРУКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Н.В. Полутова, Н.П. Чеснокова, Н.В. Островский

Саратовский ГМУ, г. Саратов, Россия

E-mail авторов: polutovanat@mail.ru

Актуальность проблемы термической травмы определяется ее высокой распространенностью среди всех возрастных групп населения. Так, термическая травма занимает второе место в общей структуре травматизма вслед за механическими повреждениями тканей.

До настоящего момента отсутствуют систематизированные сведения о состоянии процессов липопероксидации при термическом поверхностном поражении кожи, их динамических сдвигах в период острого воспаления и на фоне развития репаративной регенерации.

Цель исследования: изучение состояния процессов липопероксидации и антирадикальной защиты клеток крови больных с ожоговой раной на фоне традиционной комплексной терапии в динамике развития патологии.

Материал и методы.

В работе представлены результаты комплексного клинико-лабораторного обследования 30 больных с поверхностными ожогами (ожог I, II и IIIA степени) в динамике патологии, находившихся на стационарном лечении в Саратовском центре термических поражений в 2007- 2011 гг. Первый забор крови для исследования производился на 1-е сутки патологии, что соответствовало развитию реактивно-воспалительных процессов в ожоговой ране. Второй забор крови осуществлялся на 10-е сутки заболевания. В этот период времени начинался процесс эпителизации раны. Третий забор крови производился на 18-е сутки патологии (период выздоровления).

О развитии системных метаболических сдвигов при поверхностных ожогах кожи судили по степени интенсивности свободнорадикальной дестабилизации клеток крови, в частности по показателям содержания в крови промежуточных продуктов липопероксидации: диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА). О состоянии антиоксидантной системы крови судили по показателям активности супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, уровню витамина Е, SH-групп, которые определялись общепринятыми спектрофотометрическими методами исследования.

Результаты исследования показали, что на 1-и и 10-е сутки с момента развития ожоговой раны отмечались интенсификация процессов липопероксидации и нарастание уровня промежуточных продуктов липопероксидации: МДА в эритроцитах и плазме крови, а ДК в эритроцитах - по сравнению с таковыми показателями контрольной группы. Избыточное накопление промежуточных продуктов липопероксидации сочеталось с недостаточностью механизмов антиоксидантной защиты клеток крови, на что указывало подавление активности СОД и каталазы эрит-

роцитов, снижение уровня витамина Е в сыворотке крови, а также содержания общих SH-групп в крови по сравнению с таковыми показателями контрольных величин. На 18-е сутки с момента поступления больных в стационар отмечались полная эпителизация ожоговой раны, нормализация уровня промежуточных продуктов липопероксидации в крови, что сочеталось с активацией процессов антирадикальной защиты клеток крови и улучшением общесоматического статуса пациентов.

Выводы:

1. Термическая травма при ожогах кожи I, II и IIIА степени тяжести закономерно сопровождается развитием системных метаболических расстройств в виде активации процессов липопероксидации и соответственно избыточным накоплением в крови МДА и ДК.

2. Ведущим патогенетическим фактором активации процессов липопероксидации при поверхностных термических ожогах кожи является недостаточность ферментного и неферментного звеньев антиоксидантной системы крови.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.В. Собонович, Е.В. Воронкова, А.Н. Леонтьева

Клиническая больница №1 г. Иркутск, Россия
НПЦ социальной реабилитации человека ФГБУ ВСНЦ
ЭЧ СО РАМН, Россия

E-mail авторов: jakeht@mail.ru

До последних четырех десятилетий киста поджелудочной железы считалась редкой патологией. Кистозные поражения поджелудочной железы в структуре хирургических больных составляли 0,006%. К 90-м годам частота этой патологии в различных странах мира составляет от 47 до 238 случаев на 1 млн. населения в год.

Из всех кист поджелудочной железы 84-98% - это постнекротические кисты, то есть результат перенесенного панкреонекроза, травмы поджелудочной железы или прогрессирующего течения хронического панкреатита. Необходимо отметить, что острый панкреатит, и, особенно, его тяжелые формы, имеют устойчивую тенденцию к росту.

При этом острый отечный панкреатит сопровождается формированием панкреатической кисты в 11-18 % случаев. Отмечается рост частоты кист, возникающих на фоне хронического панкреатита у больных с алкоголизмом.

Цель исследования: определение эффективности применения озонированного физиологического раствора (ОФР) в пункционном лечении хронических ложных кист поджелудочной железы.

Материалы и методы.

Стационарно пролечено на базе МАУЗ КБ №1 г. Иркутска 43 пациента с хроническими ложными кистами поджелудочной железы (ПЖ), из них 32 мужчины (74,4%) и 11 женщин (25,6%) в возрасте от 18 до 69 лет. У 29 (67,5%) больных кисты появились после перенесенного деструктивного панкреатита, у 12 (27,9%) – осложнение хронического панкреатита и у 2 (4,6%) – следствие перенесенной травмы. Размеры кист варьировались от 3 до 11 см. Всем пациентам выполнялись пункции и дренирование панкреатических ложных кист под контролем УЗИ. Больные подразделялись: 1-я группа – пациенты, которым во время пункции или при дренировании кисты ПЖ выполнялись санации полости кисты ОФР с концентрацией озона 4 мг/л, получаемым на аппарате УОТА 60-01, числом от 1 до 5 раз в зависимости от размера и локализации кисты – 20 человек (46,5%). 2-я группа (контрольная) - пациенты, которым выполнялись только пункции или дренирование кисты ПЖ без применения ОФР – 23 человека (53,5%).

Результаты и обсуждение.

В 1-й группе после одно- или многократных пункций или дренирования кисты (при размере более 7 см) с промыванием полости кисты ОФР на 3-6 день у 12 человек (60%) стойко уменьшился размер кисты, купировались клинические проявления (боль, тяжесть в эпигастрии, тошнота, диспепсические явления). Полное выздоровление было достигнуто у 7 человек (35%). У 1 пациента (5%) малотравматичный метод лечения кист ПЖ оказался неэффективным. Продолжительность лечения у больных этой группы составила в среднем 11 дней. Во 2-й группе киста была полностью ликвидирована после пунктирования или дренирования у 5 человек (22%), стойко уменьшился размер кисты и купировались клинические явления у 13 пациентов (56,5%), что произошло в среднем на 5-8 сутки лечения. Неэффективными малотравматичные методы лечения оказались у 5 больных из группы (22%). Продолжительность госпитализации у больных 2-й группы составила в среднем 14 дней. Пациентам с сохраняющимися кистами ПЖ и клинической симптоматикой было проведено оперативное вмешательство - наложен цистоеюноанастомоз на отключенной по Ру петле.

Выводы: миниинвазивное пункционно-дренажное лечение панкреатических ложных кист под УЗИ-навигацией с санацией полости кист озонированным физиологическим раствором улучшает результаты лечения, способствует более быстрому купированию основной симптоматики и уменьшению размера кист, повышает вероятность полного выздоровления, уменьшает длительность госпитализации. Данная методика представляет очевидную перспективу и требует дальнейшей разработки и изучения.

ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

М.В. Чижова, В.В. Щедренок, О.В. Могучая,