

Г.А. Краснояров, А.С. Цыбанов, Ц.Б. Цыренов, К.Ц. Эрдынеев

## АЛЛОИМПЛАНТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ КОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)  
МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи  
им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

Заместительная терапия костных дефектов различного генеза и стимуляция локального остеогенеза остается актуальной проблемой. Поэтому всегда хирургу приходится оценивать реципиентное костное ложе и подбирать адекватный имплантат, обладающий достаточной биосовместимостью и прочностью. У детей, как известно, возможности аутопластики ограничены, поэтому так важно использовать полноценные заменители костной ткани.

**Цель исследования:** изучение результатов лечения детей и подростков с различной костной патологией с использованием современных имплантатов.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 1991 по 2007 гг. оперированы 82 пациента в возрасте от 1 года до 18 лет с опухолями, опухолеподобными, диспластическими и воспалительными поражениями. Из них 39 — с костными кистами (КК), 3 — с остеобластокластомой (ОБК), 5 — с фиброзной дисплазией (ФД), 2 — с экзостозной хондродисплазией (ЭХД), 3 — с остеоид-остеомой, 3 — с энхондромой, 1 — хондромиксоидной фибромой (ХМФ), 26 — с различными формами остеомиелита (ОМ). В последней группе у 15 пациентов имелся хронический гематогенный остеомиелит (ХГО), у 7 — абсцесс Броди, у 4 — ОМ Гарре. Чаще всего поражался метадиафиз длинных костей. Для уточнения диагноза и локализации использовались клинический, морфологический, радионуклидный и лучевые методы исследования, а также МРТ и КТ.

Для замещения костных дефектов использовали синтетические имплантаты: биосовместимые физиологически активные композиционные материалы (БФАКМ), имеющие в своем составе полиамидные нити, 2 сополимера, глюконат кальция, оротовую кислоту, антибиотики, а также гранулированный Коллапан. Аллоимплантаты были представлены перфоостом и тутопластом. Пластический материал применялся в форме штифтов, гибких тонких стержней «соломки», гранул и чипсов.

При лечении опухолей и КК выполнялись краевые, внутриочаговые и сегментарные резекции. Костная полость тщательно обрабатывалась фрезами и заполнялась БФАКМ в различных модификациях (патент № 2249438). Небольшие полости заполнялись чипсами тутопласта (5) и перфоостом (9). Пациенты с ХГО и атипичными его формами требовали особого подхода. Им выполнялась радикальная секвестрнекрэктомия, рассверливание костномозгового канала, санация очага инфекции и пластика дефекта БФАКМ (22) или коллапаном (4) с последующим дренированием.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Непосредственные и отдаленные результаты от 1 года до 15 лет изучены у 55 (68 %) пациентов. Рецидивы имелись у 3-х больных с КК, у одного с ХМФ, у 3-х с ХГО, всего — 7 (8,5 %). Во всех случаях применялся БФАКМ. В период освоения методики имелись погрешности техники заполнения костных полостей имплантатами. «Соломка» прорастала органотипичными регенератом в среднем за 6–8 месяцев, стержни 1,5–2 года и более. Тутопласт подвергался биотрансформации за 6–18 месяцев.

Таким образом, арсенал современных имплантатов, обладающих остеокондуктивными и остеоиндуктивными свойствами с физиологической направленностью, позволяет в каждом конкретном случае выбрать необходимый или их комбинацию для заполнения костных дефектов и стимуляции локального остеогенеза при лечении различной костной патологии.

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев, Т.И. Лелявина

## РОЛЬ ФИБРОЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДУОДЕНАЛЬНОГО СТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОГАСТРОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Значительный рост уровня заболеваемости органов гепатогастропанкреатобилиарной зоны закономерно привёл к увеличению количества пациентов, перенёсших холецистэктомию, резекцию желудка. Частота развития постхолецистэктомических, постгастрорезекционных расстройств составля-

ет от 21,2 до 32 % (Гибадулина И.О. и соавт., 2007). Одной из причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ЖКБ и язвенной болезни является не коррегированный, до операции, дуоденальный стаз.

**Цель исследования:** определение эндоскопических признаков ХНДП у больных с заболеваниями ГГПБЗ.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ медицинской документации — истории болезней с клиническими проявлениями заболеваний органов ГГПБЗ. Были отобраны 482 пациента с клиническими признаками дуоденального стаза в возрасте от 18 до 75 лет. Всем проводилось ФЭГДС с прицельной биопсией, рентгеноскопия желудка, релаксационная дуоденография, поэтажная манометрия, бактериологическое исследование желчи, рН-метрия, определение щелочной фосфатазы, диастазы в желудочном содержимом.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

ФЭГДС является важным диагностическим методом распознавания ХНДП у больных с заболеваниями ГГПБЗ. Для стадии компенсации дуоденального стаза характерны: отсутствие эзофагита на фоне нормальной функции кардиального жома, наличие поверхностного гастрита с сохранённой или сниженной кислотопродукцией, нормальный тонус пилоруса. У 30 % пациентов визуализируется малый дуоденогастральный рефлюкс, слизистая пилороантрального отдела обычного цвета.

В стадии субкомпенсации преобладают признаки атрофии слизистой желудка, у 1/3 больных слизистая оболочка имеет пёстрый вид из-за энтеролизации желёз, что подтверждает исследование биоптатов. Пилорус сомкнут, но тонус снижен, зияние привратника на 1/3 — 1/2 просвета, в желудке желчь, ДПК умеренно дилатирована, тонус сохранён, перистальтика вялая.

При декомпенсации отмечается недостаточность клапанного аппарата желудка, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, пилорический жом ригидный, ДПК атонична с выраженной дилатацией, в антральном отделе желудка энтеролизация.

Таким образом, результаты исследования показали значительную роль ФЭГДС для выявления дуоденального стаза при заболеваниях ГГПБЗ.

**В.Г. Круглов**

### ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

*НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)*

Несмотря на то, что в последние годы вопросы, вскрывающие механизмы возникновения и развития деструкции в поджелудочной железе, весьма широко представлены в отечественной и зарубежной литературе, с сожалением следует признать, что летальность, при деструктивных формах заболевания остается высокой, достигая 20 — 30 % и более, становясь максимальным у пациентов с тотальным некрозом железы. Другим, не менее важным остается вопрос о выборе способа оперативного лечения деструктивного панкреатита. Высокая послеоперационная летальность, большое количество осложнений, заставляют хирургов пересматривать свое отношение к «открытым» операциям, особенно в фазе панкреатогенной токсемии. Все больше исследователей отдают предпочтение лапароскопии или использованию малоинвазивных пункционных и дренирующих методик под контролем трансабдоминального ультразвукового исследования или компьютерной томографии.

За период с 1990 по 2007 г под нашим наблюдением находился 1481 больной с острым панкреатитом. В том числе 689 (46,5 %) мужчин и 792 (53,5 %) женщины в возрасте от 21 до 79 лет. Средний койко-день составил 14,9 сут.

Отечная форма острого панкреатита имела место у 1272 (85,9 %) больных, деструктивные — у 209 (14,1 %) (в том числе геморрагический панкреонекроз — у 112 (7,6 %) и жировой — у 97 (6,5 %)). Начиная с 2000 г., всем пациентам, поступающим с диагнозом острый панкреатит, проводили оценку тяжести состояния по шкале Ranson.

При наличии отечной формы панкреатита и количестве баллов по шкале Ranson менее 3 назначали консервативное лечение, которое включало: антисекреторную терапию (5-фторурацил, сандостатин), парентеральные формы H<sub>2</sub>-блокаторов или ингибиторов протонной помпы, антиферментные (контрикал, гордокс), при необходимости длительного (более 48 часов) голодания — назначали нутритивную поддержку (зондовое энтеральное питание сбалансированными смесями). Антибактериальная терапия этой группе пациентов не проводилась. Длительность проводимой консервативной терапии определялась клиникой заболевания и корригировалась на основании данных инструмен-