

возраст составил  $59,9 \pm 19,7$  года. Критерием включения больных явилось наличие при поступлении внутрибрюшной гипертензии, подтвержденной объективными методами обследования. Большинство больных поступили в сроки более 48 часов. Сопутствующая патология обнаружена в 45,8 % случаев. Все пациенты оперированы в экстренном порядке, при этом в 71 % случаев выполнено рассечение спаек, в 28,3 % – резекция тонкой кишки. У 85,8 % больных интраоперационно осуществляли назоинтестинальную интубацию. В зависимости от способа ушивания брюшной полости (послойно или декомпрессивно) всех пациентов разделили на две группы (контрольную и основную). По основным статистическим параметрам группы не имели достоверных различий. Специальные компоненты диагностической тактики в обеих группах исследования в до- и послеоперационном периоде, помимо оценки интестинальной гемоциркуляции, были направлены на мониторинг внутрибрюшного давления.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Эффект декомпрессии брюшной полости у больных основной группы выражался в высоких темпах снижения внутрибрюшного давления и обратного развития пареза кишечника. Больные этой группы (за исключением трех умерших в ближайшие часы после операции) были экстубированы в течение первых суток, тогда как средние сроки пребывания на ИВЛ больных группы сравнения составили  $4,1 \pm 1,7$  суток. Средний уровень внутрибрюшного давления в контрольной группе составил  $14,3 \pm 2,9$  мм рт.ст. в первые сутки после операции со снижением до  $10,7 \pm 0,3$  мм рт.ст. к пятым суткам. В основной группе внутрибрюшную гипертензию в послеоперационном периоде не наблюдали. Длительность пребывания больных в отделении реанимации в основной группе в среднем составила  $2,1 \pm 0,7$  суток, в контрольной –  $5,1 \pm 0,9$  суток. Значимых различий в количестве и характере раневых и внутрибрюшных осложнений не обнаружено, однако, частота осложнений экстраабдоминальной локализации в основной группе была достоверно ниже.

#### ВЫВОДЫ

Оптимальным способом завершения операции в условиях высокого риска развития синдрома интраабдоминальной гипертензии у больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, особенно при наличии сопутствующей патологии кровообращения и дыхания, является декомпрессивное ушивание брюшной полости.

**О.К. Чегуров, Е.В. Осипова, Е.Л. Матвеева, А.Г. Гасанова**

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТЕПЕНИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭПИФИЗОВ БЕДРЕННОЙ И БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТЕЙ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ И ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМАХ ГОНАРТРОЗА

*Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия»  
им. акад. Г.А. Илизарова (Курган)*

**Цель исследования:** используя метод непрямо компьютерной денситометрии изображений рентгенограмм, провести сравнительный анализ минерализации эпифизов бедренной и большеберцовой костей при гетерогенном гонартрозе.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено рентгенологическое обследование 37 пациентов (13 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 20 до 78 лет, которые по этиологическому признаку были разделены на две группы: с диспластической и идиопатической формой гонартроза. Рентгенографию коленного сустава выполняли в стандартных переднезадней и боковой проекциях. Для оценки степени минерализации эпифизов бедренной и большеберцовой костей изображения рентгенограмм исследовали на аппаратно-программном комплексе «ДиаМорф». На оцифрованных изображениях рентгенограмм оконтуривали тени эпифизов, измеряли их площадь и среднюю интенсивность (яркость). Используя значения оптической калибровки, рассчитывали среднюю оптическую плотность, а также определяли соотношение (доли) структур с различной степенью минерализации в площади выделенных участков. Для статистической обработки результатов использовали программы «Microsoft Excel – 2007» и «AtteStat» Версия 1.0. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Оптическая плотность тени кости на рентгенограмме обеспечивается ее минеральным компонентом, следовательно, по данному показателю можно судить об изменении ее степени минерализации.

Полученные нами результаты показали отсутствие значимых различий между показателями средней оптической плотности тени эпифизов у пациентов с диспластической и идиопатической формой гонартроза. При этом средняя оптическая плотность тени эпифиза бедренной кости у всех пациентов была несколько ниже плотности тени эпифиза большеберцовой кости. Значимые различия были выявлены при исследовании долей структур с различной степенью минерализации. Так, в площади тени эпифиза бедренной кости у пациентов с диспластическим гонартрозом содержание неминерализованных структур ( $p = 0,03$ ) значимо выше по сравнению с пациентами с идиопатическим гонартрозом. Незначительно снижена доля высокоминерализованных структур ( $p = 0,33$ ), доли слабо- и среднеминерализованных структур были примерно одинаковы. В площади тени эпифиза большеберцовой кости у пациентов с диспластической формой гонартроза также отмечено значимое увеличение доли неминерализованных структур ( $p = 0,054$ ), снижение среднеминерализованных ( $p = 0,07$ ), незначительное увеличение долей слабо- ( $p = 0,40$ ) и высокоминерализованных структур ( $p = 0,22$ ).

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Рентгенологическая характеристика анатомических изменений при остеоартрозе коленного сустава остается одним из основных методов исследования. Использование специализированного программного обеспечения позволяет получать дополнительную информацию для диагностики заболевания. На основании результатов, полученных с помощью метода непрямой компьютерной денситометрии, можно сделать следующий вывод: при дифференцировке различных форм гетерогенного гонартроза, а именно идиопатического и диспластического, необходимо учитывать соотношение структур с различной степенью минерализации, как показатель, объективно отражающий степень выраженности патологического процесса.

**Д.В. Черданцев, А.В. Арутюнян, А.В. Арутюнян**

#### ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТУ В Г. КРАСНОЯРСКЕ И КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

*ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (г. Красноярск)*

В начале XXI века острый панкреатит является актуальнейшей проблемой абдоминальной хирургии. Заболеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет.

**Цель работы:** провести анализ заболеваемости и результатов лечения острого панкреатита в г. Красноярске и Красноярском крае в период с 1993 по 2010 гг.

По материалам информационно-аналитического отдела управления здравоохранения администрации г. Красноярска за период с 1995 по 2010 гг. произошло двукратное увеличение абсолютного количества больных, госпитализированных в стационары города с диагнозом острый панкреатит. Заболеваемость острым панкреатитом в Красноярском крае достигает 4,5 – 5 тысяч человек в год.

По темпам роста острый панкреатит опережает все другие неотложные заболевания брюшной полости. Кроме того, начиная с 1999 г. по частоте встречаемости в г. Красноярске острый панкреатит занял второе место, значительно опередив аналогичные показатели при остром холецистите, а с 2001 г. превысил число больных острым аппендицитом. Абсолютное число больных острым панкреатитом, госпитализированных в стационары г. Красноярска с 1995 по 2010 гг. составило 42 817 человек. В Красноярском крае в период с 2002 по 2010 гг. госпитализировано 35 405 больных острым панкреатитом.

Отмечается снижение удельного веса оперированных больных и увеличение удельного веса больных получавших консервативное лечение. На этом фоне абсолютное количество оперированных больных относительно постоянно и составило, в среднем, 103 пациента в год. В крае этот показатель находится на уровне 8 % (300 человек в год).

Общая летальность при остром панкреатите колеблется с 1995 по 2010 гг. в пределах от 1,6 до 3,1 %. В крае этот показатель находится на уровне 2,5 %. В 2010 г. послеоперационная летальность в г. Красноярске достигла 30,9 %. В крае послеоперационная летальность составляет 24 %.

#### ВЫВОДЫ

За последние 15 лет заболеваемость острым панкреатитом в г. Красноярске увеличилась больше чем в 2 раза, а в Красноярском крае за 9 лет – в 1,5 раза. Возросло количество больных острым панкреатитом, обращающихся за медицинской помощью спустя 24 часа от начала заболевания, что связано с географической особенностью края (большая площадь, не развитая транспортная инфраструктура) и низкой санитарной культурой населения. В Центральных районных больницах используется