

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](mailto: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,*

К.И. Себелев

РНИ нейрохирургический институт  
им. проф. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург, Россия

E-mail авторов: ovm55@yandex.ru

Цель исследования: изучить значение лучевого обследования при дегенеративно - дистрофических заболеваниях позвоночника (ДДЗП).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ обследования и хирургического лечения 273 больных с ДДЗП, находившихся на протяжении 2008-2010 гг. в Российском нейрохирургическом институте им. проф. А.Л. Поленова. Лучевое обследование включало проведение функциональной спондилографии, СКТ, МРТ и МРА.

Результаты и их обсуждение.

Нестабильность позвоночника наиболее достоверно выявляется при использовании функциональной спондилографии, ее следует выполнять даже после СКТ и МРТ-исследований, если обнаружены анте- или ретролистез. При МРТ в большей степени визуализируются мягкотканые образования; СКТ можно проводить в костном и мягкотканном режиме, однако при этом исследовании лучше выявляются изменения костных структур. В связи с этим СКТ и МРТ не заменяют, а дополняют друг друга.

Исследование позвоночно-двигательного сегмента при ДДЗП включает в себя оценку сужения (стеноза) позвоночного канала (ПК), а также межпозвонковых отверстий (МПО) и межпозвонковых каналов (МПК). По величине сужения МПО и уменьшения объема МПК можно судить о степени компрессии спинномозгового нерва и его корешков. Визуализация МПК осуществляется в сагиттальной проекции с исследованием под углом 43-50°, в зависимости от конституционных особенностей пациента. Сравнительная оценка каналов позвоночной артерии с обеих сторон в костном и мягкотканном режимах (аксиальная и фронтальная проекции) позволяет определить наличие признаков компрессии артерии. Спондилоартроз дугоотростчатых суставов имеет значение в патогенезе ДДЗП, проявляясь различными клиническими вариантами фасет-синдрома. В диагностике спондилоартроза следует учитывать определение углов суставов к продольной оси тела с обеих сторон и их соотношения, а также измерение ширины суставной щели.

При грыжах межпозвонкового диска (МПД) возникает два процесса: пролабирование и секвестрация. При последнем в настоящее время считается абсолютно показанным хирургическое лечение, однако при наличии соматических противопоказаний и отказе пациента возможно консервативное лечение, которое необходимо контролировать регулярным (не реже 1 раза в 3-4 мес) проведением МРТ с контрастированием. Проведенные исследования свидетельствуют о возможности полного рассасывания секвестра.

Нестабильность позвоночника является одной из причин возникновения синдрома «неудачно оперированного позвоночника». Необходимо своевременное решение вопроса о фиксации позвоночника в соответствии с трехстолбовой концепцией его опорности. Другой причиной развития синдрома «неудачно оперированного позвоночника» является наличие спондилоартроза. Следует отметить, что возникновение артроза дугоотростчатых суставов – это естественный процесс течения ДДЗП, частота которого увеличивается с возрастом и нарастает после удаления грыжи МПД. При спондилоартрозе, в зависимости от стадии заболевания, применяют консервативное лечение в виде блокад дугоотростчатых суставов, дегенерации и химической деструкции их. Хирургическое лечение заключается в выполнении фасетэктомии (частичной медиальной или полной), в зависимости от изменений площади МПО и объема МПК. Стеноз ПК может быть врожденным (идиопатическим), а также развиваться в результате грыж МПД, или стать исходом хирургической агрессии. В зависимости от его степени предпринимают консервативное лечение, малоинвазивные методы вмешательства, а также декомпрессивные или декомпрессивно-стабилизирующие операции при наличии нестабильности позвоночника.

Выводы.

Объем и адекватность лучевого обследования имеют определяющее значение при диагностике и лечении ДДЗП.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АМНИОТИЧЕСКОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ СТОПЫ III СТЕПЕНИ

Б.М. Шакиров

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан  
Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан

Своевременное закрытие раневых дефектов – облигатный компонент адекватного лечения больных с термической травмой. Длительное существование открытого участка в области стопы увеличивает риск вторичной и суперинфекции, повышает вероятность истощения адаптационных ресурсов организма в связи со значительными потерями через раневую поверхность.

Идеальным вариантом, несомненно, остаётся аутодермопластика, позволяющая при благоприятном исходе оперативного вмешательства окончательно восстановить целостность кожного покрова. Амниотическая оболочка является легкодоступным материалом и его запас зависит от числа деторождений в родильном доме. Полученная амниотическая оболочка обрабатывается 0,025% раствором гипохлорита натрия и 0,9% раствором хлорида натрия.

Амниотическая оболочка как биологическое покрытие нами использована в лечении 20 больных (I