

уровень малонового диальдегида и диеновых конъюгатов, свидетельствующих о воспалительном процессе в организме. Отчет заведующего лаборатории биохимии ЯНЦ СО РАМН прилагается.

Таким образом, при приеме минеральной воды «Нежданинская» в течение 2-х недель у исследуемых больных повысился уровень магния, причем повышение уровня магния произошло у части больных выше уровня нормальных показателей, что связано со снижением выведения магния из организма, что дает основание к противопоказаниям для приема данной минеральной воды при заболеваниях почек с нарушением выделительной функции.

Также, констатировалось повышение уровня кальция, но уровня нормальных показателей не достигло, что связано с коротким периодом приема минеральной воды в течение 2-х недель.

Повышение уровня аскорбиновой кислоты у всех больных свидетельствует о положительной реакции на витаминную терапию в период исследования и об улучшении всасывательной функции кишечника у большинства больных, не получавших дополнительного лечения.

Показатели перекисного окисления — уровень малонового диальдегида после 2-недельного приема минеральной воды повысился в 3, 4, 5 раз от исходного уровня. Уровень диеновых конъюгатов также повысился в 3, 4, 5 раз. Уровень низкомолекулярных антиоксидантов у большинства (5 из 7) имел тенденцию к понижению до 2, 3 раз исходного уровня. Исходя из полученных данных, можно отметить, что изменения показателей состояния перекисного окисления липидов неоднозначны и свидетельствуют о деструктивно-воспалительных изменениях в организме, происходящих после приема минеральной воды «Нежданинская».

Таким образом, при клиническом испытании минеральной воды «Нежданинская», несмотря на ряд положительных тенденций (повышение уровня магния, кальция, аскорбиновой кислоты в организме), при глубоком биохимическом исследовании получены неоднозначно определяемые изменения состояния перекисного окисления, требующего дальнейшего исследования. Минеральная вода «Нежданинская» требует повторного физико-химического исследования, уровня радиационного фона. При получении разрешения от соответствующих ведомств, клиническое испытание необходимо провести на ферментативном уровне (состояние перекисного окисления), выяснить воздействие на иммунный статус организма для исключения токсического действия микроэлементов воды, особенно солей тяжелых металлов и радиационного фона.

**А.А. Сысолятин, В.В. Шимко, В.Ф. Кулеша, С.В. Ишутин, В.Е. Новицкий, А.П. Сахарюк,
Л.И. Демиденко, А.С. Зюзько**

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ

**ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
(Благовещенск)**

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вопросы диагностики и лечения больных с деструктивным панкреатитом составляют одну из сложных и актуальных проблем неотложной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В комплексе лечебных мероприятий мы использовали в/в лазерное облучение крови, чрескожное магнитолазерное воздействие в проекции поджелудочной железы, в/в введение озонированного физиологического раствора.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За период с 2007 по 2011 г. в клинической больнице АГМА с деструктивным панкреатитом пролечено 98 пациентов, 64 (65,4 %) выполнены оперативные пособия. В группе больных, пролеченных консервативно, в 83 % инфильтрат подвергся обратному развитию, у 6 — сформировалась ложная киста поджелудочной железы, 5 пациентам через 8 — 12 месяцев выполнено внутреннее дренирование. Летальных исходов в этой группе не наблюдалось.

Оперативное лечение проведено 64 пациентам. Оперированные больные разделены на две группы: 1-я (20 больных) — ранние операции от нескольких часов до шести суток с момента поступления. Это, как правило, стадия асептического некроза. Основной задачей оперативного вмешательства было уменьшение токсемии. Лапароскопическое дренирование сальниковой сумки выполнено у 3-х пациентов. Оперировано 8 больных, летальных исходов не было. У 12 больных заболевание прогрессировало в виде разлитого перитонита (7), забрюшинной флегмоны (5). Пациенты оперированы на 4 — 5 сутки с

момента поступления. Тотальная форма панкреонекроза имела место у 8, субтотальная — у 5 пациентов; геморрагический панкреонекроз — 10 пациентов, жировой — 2 пациента.

Вторая группа — 44 пациента с гнойными осложнениями деструктивного панкреатита, развившимися на 10–12 сутки с момента поступления. Оперативное лечение заключалось в верхнесрединной лапаротомии, бурсооментостомии, некрсеквестрэктомии, дренировании сальниковой сумки через оментостому и в 80 % дополнительно через Винслово отверстие. При забрюшинной флегмоне — широкое дренирование забрюшинного пространства. У 35 пациентов с тотальным панкреонекрозом применили открытый метод лечения. Он позволил выполнять систематический контроль за состоянием некротических изменений в железе. Хороший эффект мы получили от перманентного промывания сальниковой сумки озонированным физиологическим раствором в концентрации озона 4–5 мг/л. У 8 больных процесс панкреонекроза осложнился профузным кровотечением, которое удалось остановить тугой тампонадой сальниковой сумки, гемостатической и заместительной терапией. Следует отметить хороший гемостатический эффект при применении смоченных тампонов озонированным физиологическим раствором в концентрации 18–20 мг/л. В этой группе умерло 23 пациента, что составило 52 % послеоперационной летальности.

ВЫВОДЫ

Таким образом, при деструктивном панкреатите консервативное лечение должно быть своевременным и комплексным.

Лечение гнойных осложнений требует широких оперативных доступов как к самой железе так и забрюшинного пространства.

П.Г. Сысолятин, С.П. Сысолятин, И.А. Панин, О.Д. Байдик, Н.В. Руденских

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ
(Новосибирск)

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Современная челюстно-лицевая хирургия характеризуется активной разработкой малоинвазивных технологий, позволяющих снизить травматичность оперативного вмешательства, обеспечить высокие функциональные и эстетические результаты. Среди этих технологий особое место занимает эндоскопическая хирургия, которая остается пока что малоразработанным разделом челюстно-лицевой хирургии.

В отделении челюстно-лицевой хирургии Новосибирской областной клинической больницы за период 1996–2011 г. выполнена 501 эндоскопическая операция по поводу различных патологических процессов челюстно-лицевой области. У 50 больных эндоскопия использовалась с диагностической целью, у 451 — с лечебной. В последней группе у 271 больного показаниями к эндовидеохирургии явились одонтогенные верхнечелюстные синуситы, у 80 — радикальные кисты челюстей, у 56 — переломы средней зоны лицевого скелета, у 44 — переломы ветви и мышцелкового отростка нижней челюсти. Анализ клинического материала показал, что разработанные способы эндохирургического лечения одонтогенных синуситов верхнечелюстной пазухи являются методом выбора, позволяют при минимальной травме осуществить ее полноценную санацию, в ранние сроки реабилитировать больного, в сравнении с традиционными методами в 8 раз снизить рецидив синусита, к минимуму свести риск повреждения подглазничного нерва. Перспективным направлением также является эндоскопическая цистэктомия одонтогенных кист челюстей, при которой благодаря малой инвазивности и сохранению костных стенок полости, обеспечивается оптимальное течение репаративных процессов, восстановление анатомической целостности челюсти, снижение количества послеоперационных осложнений. При прорастании одонтогенной кисты в верхнечелюстную пазуху показан метод трансантральной эндоскопической цистотомии. Принципиально новые возможности открывает эндоскопическая хирургия при лечении переломов средней зоны лицевого черепа. Она позволяет осуществить полноценную санацию верхнечелюстной пазухи, выполнить щадящую репозицию костных отломков и их остеосинтез при оскольчатых переломах образований орбиты, верхнечелюстной пазухи. При переломах в области ветви нижней челюсти, шейки и основания мышцелкового отростка остеосинтез под видеондоскопическим контролем исключает повреждение ветвей лицевого нерва и образование рубца на коже лица. Клинические наблюдения показали, что эндоскопия расширяет возможности диагностики заболеваний верхнечелюстной пазухи, позволяет установить характер, локализацию и распространенность патологического процесса, одномоментно оценить состояние носовой полости, околоносовых пазух, нижней и медиальной стенок глазницы. Эндоскопическая диагностика полостных образований челюстей от-