

ров и заживлению язвы более выраженное в основной группе больных. Так в основной группе средние сроки очищения язвенной поверхности составили $5,61 \pm 0,24$ суток, в группе клинического сравнения — $12,67 \pm 1,4$ ($p = 0,04$), грануляции в основной группе развивались на $7,18 \pm 0,8$ сутки, в группе клинического сравнения на $14,67 \pm 2,3$ сутки ($p = 0,004$), полное заживление язвы в основной группе происходило на $25,7 \pm 2,89$ сутки, тогда как в группе клинического сравнения на $32,8 \pm 4,01$ сутки ($p = 0,05$). До лечения в язвах у всех больных обнаруживали антибиотикорезистентные штаммы золотистого и белого стафилококка, нередко сочетающиеся с синегнойной палочкой и протеем в количестве более 10^7 в 1 г. ткани язвы. К концу лечения у больных основной группы в заживающих язвах и на поверхности новообразованного эпителия рост патогенной микрофлоры отсутствовал.

Применение лазеротерапии в комплексном лечении трофических язв нижних конечностей повышает ее эффективность, что особенно важно у больных, имеющих противопоказания к хирургическому лечению. До поступления в стационар больные в течение 4–9 лет безуспешно применяли различные мази и антисептические средства.

ВЫВОДЫ

Комплексное лечение трофических язв нижних конечностей, на фоне хронической венозной недостаточности, включая и биостимулирующую лазеротерапию, сокращает сроки очищения язвенной поверхности и заживления язвы, оказывает антибактериальное, репаративное и иммуномодулирующее воздействие на течение язвенного процесса.

А.П. Поздеев, Н.Г. Чигвария

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

ФГУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера Росмедтехнологий» (город)

Истинные доброкачественные опухоли костей относятся к редким заболеваниям скелета в детском возрасте. Вариабельность их течения и отсутствие чётких диагностических критериев создают трудности при распознавании патологического процесса, являются причиной запоздалой диагностики, а также тактических ошибок при планировании и выполнении оперативного вмешательства.

Цель исследования: разработка критериев диагностики доброкачественных опухолей скелета у детей и тактики их хирургического лечения с учётом варианта поражения кости.

ЗАДАЧИ:

- выделение основных клинических и рентген-радиологических критериев диагностики доброкачественных опухолей скелета у детей;
- выработка дифференцированной хирургической тактики при доброкачественных опухолях костей с учётом локализации и степени выраженности деструктивного процесса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены результаты обследования и хирургического лечения 78 детей с доброкачественными опухолями скелета, находившихся на лечении в отделении костной патологии ФГУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера Росмедтехнологий» с 1980 по 2007 годы. Возраст пациентов — от 3 до 18 лет. В анализируемую группу вошло 44 пациента с остеонид-остеомой, 12 — с хондробластомой, 9 — с остеомой, 8 — с хондромой (в том числе, 2 случая юстакортикальной хондромы), 2 — с остеобластомой, 2 — с гигантоклеточной опухолью, 1 — с хондромиксоидной фибромой. Использовались клинический, рентгенологический, компьютерно-томографический, радионуклидный методы исследования, магнитно-резонансная томография. Окончательная верификация костного процесса основывалась на результатах гистологического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для остеонид-остеом наиболее характерны ночные боли, гипотрофия мягких тканей, контрактуры, реактивный синовит, асимметрично расположенный локально утолщенный участок склерозированной кости с очагом просветления диаметром до 1,5 см, регионарная гипervasкуляризация (в среднем 155 %) и гиперфиксация (в среднем 270 %) радиофармпрепарата. При остеобластомах симптомокомплекс соответствовал таковому при остеонид-остеоме, при этом очаг деструкции превышал в диаметре 1,5 см, отмечались более выраженные локальная гиперемия (в среднем 170 %) и гиперфиксация (в среднем 500 %) радиофармпрепарата. Наиболее типичными проявлениями остеом являлись слабовыраженные боли, наличие экстракортикально расположенных напластований склерозированной костной тка-

ни холмовидной формы, плавно переходящих в кортикальный слой кости, реже — диффузное поражение последнего с распространением в направлении костномозговой полости, гиперфиксация радиофармпрепарата (в среднем 150 %) на фоне отсутствия локальной гиперемии. Для хондром характерны умеренно выраженные боли, центрально расположенный в метадиафизарной или диафизарной области очаг деструкции с сохранением непрерывности кортикального слоя, отсутствие локальной гиперемии и гиперфиксация (в среднем 165 %) радиофармпрепарата. Хондробластомы отличались интенсивным болевым синдромом, формированием контрактур, типичной локализацией (эпифизы и эпиметафизы длинных трубчатых костей), наличием очага деструкции с четкими границами, локальной гиперваскуляризацией (в среднем 170 %) и гиперфиксацией (в среднем 230 %) радиофармпрепарата. При гигантоклеточных опухолях отмечались выраженный болевой синдром, ограничение функции сустава, не имеющий четких границ очаг деструкции в метаэпифизах трубчатых костей, тенденция к деструкции суставной поверхности и кортикального слоя, локальная гиперемия (в среднем 130 %) и гиперфиксация (в среднем 325 %) радиофармпрепарата. Хондромиксоидная фиброма проявлялась умеренно выраженным болевым синдромом, наличием очага деструкции ячеисто-трабекулярной структуры в метадиафизарной области бедренной кости, веретенообразным вздутием пораженного участка с локальным разрушением кортикального слоя, гиперваскуляризацией (в среднем 185 %) и гиперфиксацией (в среднем 475 %) радиофармпрепарата.

Основным принципом хирургического лечения было щадящее радикальное удаление опухоли и использование широкого спектра костнопластических операций для восстановления целостности кости. С этой целью использовались пластика деминерализованными и кортикальными костными аллотрансплантатами, деминерализованными костно-хрящевыми аллотрансплантатами, перемещенными в несвободном варианте костно-мышечными комплексами тканей, трансплантация аутокости с микрохирургическим швом сосудов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексное обследование пациентов позволяет в 95 % случаев до оперативного лечения идентифицировать опухолевый процесс, а применение различных вариантов костнопластических операций — получить хороший и удовлетворительный результаты во всех наблюдениях.

Т.Г. Разаренова, А.П. Кошель

ФУНКЦИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Общеизвестно, что операции на желудке неизбежно ведут к нарушению единства функции гепато-панкреато-билиарной зоны. Возникающая при этом дискоординация желчеотделения зачастую является причиной постгастрорезекционных расстройств, снижающих качество жизни оперированных больных и приводящих в ряде случаев к стойкому снижению трудоспособности.

В этой связи нам представилось интересным изучить функцию билиарной системы у пациентов после различных вариантов резекции желудка.

С этой целью было проведено обследование 35 больных после резекции 1/2 желудка по Billroth I с формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза. В качестве группы сравнения были взяты 30 пациентов после операции Roux и 30 неоперированных больных с патологией сосудов нижних конечностей.

Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате ALOKA SSD 2000 с использованием конвексного датчика 3,5 МГц. Обследование начинали утром натощак, затем пациентам давали «завтрак» из двух куриных желтков. Объем последнего натощак и каждые 10 мин. (в течение 90 мин.) рассчитывали по формуле: $V = 0,523 \cdot d^2 \cdot h$, где d — максимальный диаметр, h — максимальная высота желчного пузыря.

В основной группе средний объем желчного пузыря натощак был равен $19,8 \pm 1,9 \text{ см}^3$, латентный период составил $4,5 \pm 0,5$ мин., первичная реакция была характерна для 88,7 %, при этом объем желчного пузыря увеличился до $22,2 \pm 0,3 \text{ см}^3$. Нарушения моторной функции желчного пузыря выявлены у 9 (25,7 %) человек, в том числе у 4 (11,4 %) отмечена гипермоторика и у 5 (14,8 %) — гипомоторная дискинезия. При этом гипермоторная дискинезия сочеталась с замедленным опорожнением культи желудка и ДПК и была характерна для раннего послеоперационного периода. Гипермоторная дискинезия, напротив, отмечалась у пациентов с гипермоторикой культи желудка и ДПК чаще в отдаленные сроки после операции.

У пациентов, оперированных по способу Ру, средний объем желчного пузыря натощак составил $46,9 \pm 3,3 \text{ см}^3$, латентный период — $3,6 \pm 0,2$ мин., первичная реакция была у 55,6 % пациентов, при