

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. Соботович, 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

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,