

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: $V = 0,523 \cdot C \cdot d^2 \cdot h$, 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

этом объем желчного пузыря увеличивался до $51,2 \pm 1,2$. Гипермоторная дискинезия желчного пузыря имела место у 10 (33,3 %), а гипомоторная — у 7 (23,4 %) больных, таким образом, общее число пациентов с дисфункцией билиарного дерева составило 17 (49 %) человек. Деформированным желчный пузырь был у 25 (71,4%) пациентов.

В группе неоперированных показатели были следующими. Средний объем желчного пузыря натощак составил $18,1 \pm 1,9$ см³, латентный период — $5 \pm 0,5$ мин., первичная реакция была характерна для 94,3 % обследованных, объем желчного пузыря увеличивался до $20 \pm 1,2$ см³. Нарушения моторной функции желчного пузыря выявлены у 5 (16,6 %), в том числе у 2 (6,6 %) отмечена гипермоторика и у 3 (10 %) — гипомоторная дискинезия. Деформация желчного пузыря выявлена у 7 (23,3 %).

Таким образом, формирование «искусственного пилоруса» в зоне гастродуоденального соустья после операции Billroth I позволяет предотвратить ускоренное неконтролируемое опорожнение культи желудка с неадекватным раздражением, что благотворно сказывается на функции желчного пузыря.

Я.Г. Разуваева, А.Г. Мондодоев, Е.В. Ферубко

ПРОТИВОСУДОРОЖНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭКСТРАКТА САБЕЛЬНИКА БОЛОТНОГО

Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)

Целью исследований явилась оценка противосудорожной активности экстракта сабельника болотного (ЭСБ).

Исследования проведены на 60 белых крысах линии Вистар обоего пола с исходной массой 160 — 180 г. Противосудорожное действие ЭСБ определяли на фоне подкожного введения животным камфары и стрихнина. ЭСБ в дозе 100 мг/кг вводили животным внутрижелудочно в течение 5 дней до начала эксперимента. В контроле животным вводили эквивалентное количество дистиллированной воды в аналогичном режиме.

На модели камфарных судорог введение животным ЭСБ укорачивает продолжительность судорожного периода на 32 %, выживаемость животных увеличивалась на 30 %, по сравнению с таковыми показателями у животных контрольной группы, что свидетельствует о влиянии исследуемого средства на процессы торможения двигательных центров продолговатого мозга. Введение ЭСБ в указанной дозе на фоне инъекции стрихнина нитрата удлинит время наступления судорог на 54,6 %, сокращает продолжительность судорожного периода на 40,6 %, по сравнению с данными у животных контрольной группы. На фоне введения животным ЭСБ общая продолжительность жизни при введении стрихнина нитрата существенно не изменялась, по сравнению с таковой у животных контрольной группы ($p > 0,05$).

Таким образом, ЭСБ обладает противосудорожной активностью на фоне камфарных и стрихнинных судорог.

Е.Н. Романова, Л.П. Малежик

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖКТ ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» (Чита)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одними из наиболее тяжелых осложнений ожоговой болезни являются эрозивно-язвенные поражения ЖКТ. Исследованиями Г. Селье (1953) установлена общность поражений слизистой ЖКТ при различных травмах и связано их происхождение с действием стресса. Исходя из этого, необходима терапия ожоговой болезни с включением препаратов, повышающих адаптационные возможности, с этой целью используется нейро-гуморальный регулятор эпителин (Ala-Glu-Asp-Gly).

Цель исследования: изучение влияния эпителина на состояние слизистой желудка, надпочечников и тимуса у крыс при ожоговой травме.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эксперименты выполнены на 102 крысах, подвергнутых ожогам III — IV степени на площади 10 — 12 %. Первая группа служила контролем, крысам вводили 0,9% NaCl. Во второй и третьей группе при-