

Полученные нами результаты показали отсутствие значимых различий между показателями средней оптической плотности тени эпифизов у пациентов с диспластической и идиопатической формой гонартроза. При этом средняя оптическая плотность тени эпифиза бедренной кости у всех пациентов была несколько ниже плотности тени эпифиза большеберцовой кости. Значимые различия были выявлены при исследовании долей структур с различной степенью минерализации. Так, в площади тени эпифиза бедренной кости у пациентов с диспластическим гонартрозом содержание неминерализованных структур ( $p = 0,03$ ) значимо выше по сравнению с пациентами с идиопатическим гонартрозом. Незначительно снижена доля высокоминерализованных структур ( $p = 0,33$ ), доли слабо- и среднеминерализованных структур были примерно одинаковы. В площади тени эпифиза большеберцовой кости у пациентов с диспластической формой гонартроза также отмечено значимое увеличение доли неминерализованных структур ( $p = 0,054$ ), снижение среднеминерализованных ( $p = 0,07$ ), незначительное увеличение долей слабо- ( $p = 0,40$ ) и высокоминерализованных структур ( $p = 0,22$ ).

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Рентгенологическая характеристика анатомических изменений при остеоартрозе коленного сустава остается одним из основных методов исследования. Использование специализированного программного обеспечения позволяет получать дополнительную информацию для диагностики заболевания. На основании результатов, полученных с помощью метода непрямой компьютерной денситометрии, можно сделать следующий вывод: при дифференцировке различных форм гетерогенного гонартроза, а именно идиопатического и диспластического, необходимо учитывать соотношение структур с различной степенью минерализации, как показатель, объективно отражающий степень выраженности патологического процесса.

**Д.В. Черданцев, А.В. Арутюнян, А.В. Арутюнян**

#### ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТУ В Г. КРАСНОЯРСКЕ И КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

*ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (г. Красноярск)*

В начале XXI века острый панкреатит является актуальнейшей проблемой абдоминальной хирургии. Заболеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет.

**Цель работы:** провести анализ заболеваемости и результатов лечения острого панкреатита в г. Красноярске и Красноярском крае в период с 1993 по 2010 гг.

По материалам информационно-аналитического отдела управления здравоохранения администрации г. Красноярска за период с 1995 по 2010 гг. произошло двукратное увеличение абсолютного количества больных, госпитализированных в стационары города с диагнозом острый панкреатит. Заболеваемость острым панкреатитом в Красноярском крае достигает 4,5 – 5 тысяч человек в год.

По темпам роста острый панкреатит опережает все другие неотложные заболевания брюшной полости. Кроме того, начиная с 1999 г. по частоте встречаемости в г. Красноярске острый панкреатит занял второе место, значительно опередив аналогичные показатели при остром холецистите, а с 2001 г. превысил число больных острым аппендицитом. Абсолютное число больных острым панкреатитом, госпитализированных в стационары г. Красноярска с 1995 по 2010 гг. составило 42 817 человек. В Красноярском крае в период с 2002 по 2010 гг. госпитализировано 35 405 больных острым панкреатитом.

Отмечается снижение удельного веса оперированных больных и увеличение удельного веса больных получавших консервативное лечение. На этом фоне абсолютное количество оперированных больных относительно постоянно и составило, в среднем, 103 пациента в год. В крае этот показатель находится на уровне 8 % (300 человек в год).

Общая летальность при остром панкреатите колеблется с 1995 по 2010 гг. в пределах от 1,6 до 3,1 %. В крае этот показатель находится на уровне 2,5 %. В 2010 г. послеоперационная летальность в г. Красноярске достигла 30,9 %. В крае послеоперационная летальность составляет 24 %.

#### ВЫВОДЫ

За последние 15 лет заболеваемость острым панкреатитом в г. Красноярске увеличилась больше чем в 2 раза, а в Красноярском крае за 9 лет – в 1,5 раза. Возросло количество больных острым панкреатитом, обращающихся за медицинской помощью спустя 24 часа от начала заболевания, что связано с географической особенностью края (большая площадь, не развитая транспортная инфраструктура) и низкой санитарной культурой населения. В Центральных районных больницах используется

неоправданно активная хирургическая тактика. Большинство лечебных учреждений в г. Красноярске придерживаются активно выжидательной тактики. За исследованный период наблюдается снижение общей летальности и повышение послеоперационной летальности больных острым панкреатитом. Для улучшения результатов лечения острого панкреатита назрела необходимость разработки единых стандартов и алгоритма лечения.

**С.Ю. Чистохин, В.Я. Гончар, А.Э. Блюменкранц, Л.В. Белоцкая, Д.А. Баятакова**

## **ЭКОНОМНАЯ ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА С ВАГОТОМИЕЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ**

*Читинская государственная медицинская академия (Чита)*

Несмотря на успехи медикаментозного лечения язвенной болезни, частота ее осложнений и необходимость их оперативного лечения не уменьшаются. В современной желудочной хирургии продолжается поиск оптимальных способов лечения осложненных язв, важнейшая цель которого – сочетание надежной радикальности операции с сохранением ценных физиологических механизмов гастродуоденальной зоны.

**Цель работы:** оценить роль и место пилоросохраняющих вариантов антрум-резекции с ваготомией в профилактике ранних послеоперационных осложнений и отдаленных постваготомических и пострезекционных последствий.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В клинике общей хирургии ЧГМА нами модифицирована и применена у 92 больных с осложненными антральными, корпоральными и субкардиальными язвами и у 4 – с дуоденальными язвами – пилоросохраняющая экономная (25–30 % объема) резекция желудка в сочетании со стволовой (42) или селективной (54) ваготомией. Усовершенствование состояло в дополнительном полном удалении антральной слизистой из оставляемой препилорической зоны и наложении отдельных атравматичных слизисто-слизистых корпородуоденальных швов на 1,5–2 см дистальнее серозно-мышечных швов гастрогастроанастомоза. Большая площадь соприкосновения тканей обеспечивает высокую герметичность и быструю регенерацию в зоне гастропилороанастомоза.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

В первые недели и месяцы после операции у 5 пациентов наблюдались умеренные анастомозиты с гастростазом: непродолжительная медикаментозная терапия (мотилиум, церукал) и электростимуляция желудка позволили добиться стойкого улучшения. Других общехирургических осложнений и специфических постваготомических и пострезекционных синдромов (демпинг-синдром, диарея, пептический синдром и др.) не отмечалось. У большинства пациентов уже через 2–4 месяца рентгенологически и эндоскопически обнаруживалось на фоне умеренной желудочной гипотонии хорошее функционирование пилорического жома с порционно-ритмичной эвакуацией и полным отсутствием дуоденогастрального рефлюкса. Таким образом, наши опасения о вероятных нарушениях функций привратника – оказались напрасными.

В отдаленные сроки, от 1 года до 15 лет, у обследованных 84 больных, перенесших такую операцию, констатированы по модифицированной «шкале Visick» только отличные (88 %) и хорошие (12 %) клинические, функциональные и социально-трудовые результаты. У большинства пациентов рентгенологически и эндоскопически констатировано восстановление тонуса желудка и хорошее функционирование пилорического жома. Заметное и стойкое снижение базальной и инсулин-стимулированной кислотопродукции до 0 ммоль/час, а гистамин-зависимой секреции до  $2,5 \pm 1,2$  ммоль/час (на 90–100 % от исходного уровня) подтверждает полноту ваготомии и адекватность всей операции.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Пилоросохраняющая антрум-резекция в сочетании с селективной ваготомией может считаться достаточно радикальной и физиологичной операцией при осложненных гастродуоденальных язвах, ее внедрение позволит существенно снизить частоту и тяжесть ближайших и отдаленных осложнений.