

Как видно из приведенных в таблице данных, между показателями портального кровотока в основной группе и группе клинического сравнения имелись достоверные различия за счет изменения диаметра воротной вены и линейной скорости кровотока.

Данные изучения портопеченочной гемодинамики в зависимости от степени тяжести ПН представлены в таблице 2.

Таблица 2
Зависимость показателей портопеченочной гемодинамики от степени тяжести ПН

Группы больных	Показатели гемодинамики					
	Печеночная артерия			Воротная вена		
	D (мм)	V mean (см/с)	V vol. (мл/мин)	D (мм)	V mean (см/с)	V vol (мл/мин)
Легкая степень ПН	4,9** (4,7–5,0)	26,1* (23,0–29,2)	286* (270,0–303)	13,5* (11,1–15,9)	18,2* (15,1–22,4)	1120* (887–1234)
Средняя степень ПН	3,8 (4,2–4,4)	22,2*** (20,1–31,1)	248,0 (202–286,0)	12,3*** (11,5–12,4)	10,5** (9–12)	712** (600–846,2)
Тяжелая ПН	5,4*** (5,0–5,6)	29,9 (21,3–38,0)	405,6*** (297,0–443,0)	10,0 (9,0–10,6)	9,4 (8,8–10,0)	483*** (394,0–610,6)

Примечание: * – достоверные различия между группами с легкой и тяжелой степенью ПН; ** – между группами с легкой и средней степенью ПН; *** – между группами со средней и тяжелой степенью ПН.

Из таблицы видно, что с увеличением тяжести ПН отмечалось снижение как линейной, так и объемной скоростей кровотока по стволу портальной вены. Имелись достоверные различия в скоростных параметрах кровотока и диаметре сосудов между группой с легкой и тяжелой степенью ПН ($p_U = 0,01$).

ВЫВОДЫ:

1. Печеночная недостаточность при остром панкреатите наблюдается у 84,4 % больных. В фазе отеочного панкреатита она отмечена у 4,8 % больных, а при панкреонекрозе – у 95,2 %.
2. Основными патофизиологическими механизмами развития печеночной недостаточности при остром панкреатите являются рано возникающие расстройства микроциркуляции, которые проявляются снижением основных показателей портопеченочной гемодинамики и редукцией общего печеночного кровотока, что приводит к выраженной гипоксии печеночной ткани.

А.Н. Плеханов, А.И. Товаршинов

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ БИОСТИМУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Цель: оценить отдаленные результаты применения лазерного излучения (ЛИ) на активность репаративных процессов трофических язв, обусловленных хронической венозной недостаточностью (ХВН).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами наблюдалось 46 больных с трофическими язвами на фоне ХВН различной степени выраженности (основная группа). Все они составили группу резистентных к лекарственным препаратам больных. Комплексное лечение включало наряду с ЛИ базисную терапию: механическое очищение язвы от некротизированных тканей, применение протеолитических ферментов и химических антисептиков, маевые повязки. Средний возраст – $63,3 \pm 4,2$ года, давность заболевания – $11,9 \pm 3,1$ года, длительность язвенного анамнеза – $5,1 \pm 1,0$, длительность существования язвы – $2,4 \pm 0,3$ месяца.

Группу клинического сравнения составили 32 пациента, которым применяли стандартную базисную терапию. Эффективность лечения оценивали по следующим показателям: срок очищения язвенной поверхности от некротизированных тканей и развития грануляционной ткани, время эпителизации язвы, размеры язвы и длительность госпитального периода.

Местное воздействие инфракрасного лазерного излучения осуществляли с помощью импульсного лазерного аппарата «Узор». Продолжительность одного сеанса контактного воздействия на язву – 256 секунд, курс лечения – 16 – 22 сеанса ежедневно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Применение биостимулирующей лазерной терапии способствовало сокращению сроков очищения язвенной поверхности от некротизированных тканей, развитию грануляций, уменьшению разме-

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 остеоид-остеомой, 12 — с хондробластомой, 9 — с остеомой, 8 — с хондромой (в том числе, 2 случая юкстакортикальной 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 остеоид-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 гиперваскуляризация (в среднем 155 %) и гиперфиксация (в среднем 270 %) радиофармпрепарата. При остеобластомах симптоматический соответствовал таковому при остеоид-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-