

дорода и гипохлоритом. С этих позиций представляется перспективным использование хемилюминесцентного анализа в качестве объективного критерия диагностики инфицированного панкреонекроза.

Среди обследованных были лица обоего пола в возрасте от 20 до 75 лет. Основным этиологическим фактором развития острого панкреатита явилась желчнокаменная болезнь (54,5%). Алкогольная этиология выявлена в 34,1%, тупая травма живота и развитие посттравматического острого панкреатита отмечалось у двух пациентов (4,5%).

Диагноз острого деструктивного панкреатита устанавливали на основании данных анамнеза, клинической картины заболевания, лабораторных и инструментальных исследований. Верификация формы панкреонекроза проводилась на основании бактериологического исследования перитонеального экссудата и содержимого салниковой сумки, полученных интраоперационно во время лапароскопии или лапаротомии.

У всех пациентов дополнительно оценивали уровень перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности плазмы крови методом люминолзависимой железоиндуцированной хемилюминесценции на биолюминометре БХЛ-06М (НИЦ «Биоавтоматика», г.Нижний Новгород). Время регистрации показателей ПОЛ и АОС составляло 30-60 секунд. При оценке кинетики хемилюминесценции оценивали следующие показатели: интенсивность свечения ($J \text{ max}$), светосумму (S) и коэффициент K ($J \text{ max}/S$), коррелирующий со значением антиоксидантной активности.

У всех больных диагностированы распространенные формы деструктивного панкреатита (крупноочаговый, субтотальный панкреонекроз) с поражением забрюшинной клетчатки, при этом у 61,4% обследованных установлен стерильный панкреонекроз, у 38,6% - инфицированный. Средние сроки установления диагноза по традиционным клиническим, инструментальным и лабораторным составили у больных стерильным панкреонекрозом (СПН) $25,7 \pm 4,2$ часа после госпитализации, у больных инфицированным панкреонекрозом (ИПН) - $31,5 \pm 5,8$ часа ($P < 0,05$). Степень обсемененности содержимого салниковой сумки, перитонеального экссудата у больных ИПН составила 106-108 КОЕ/мл. Спектр выделенных культур представлен преимущественно ассоциациями грамотрицательных микроорганизмов: *Acinetobacter baumannii* и *Escherichia coli*; *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* и *Pseudomonas aeruginosa*.

Максимальные значения интенсивности хемилюминесценции и светосуммы регистрировались у больных стерильным панкреонекрозом при поступлении. Уровень $J \text{ max}$ превышал показатели возрастной нормы в первые сутки в 7,6 раза, на третьи - в 6,7 раза, на седьмые - в 4,3

раза, на 14 - в 3,9 раза ($P < 0,05$) и приближался к норме только к 21-м суткам. Коэффициент K у этих же больных при сравнении с контрольной группой был достоверно ниже в течение первых двух недель лечения: в первые сутки - в 2 раза, на третьи - седьмые - в 1,9 раза, на 14 - в 1,7 раза ($P < 0,05$).

У больных ИПН при поступлении обращало на себя внимание крайне низкое значение интенсивности хемилюминесценции, не превышавшее 30 мВ. Уровень $J \text{ max}$ при сравнении с тем же показателем в контрольной группе был достоверно ниже в 2,5 - 5 раз в течение первой недели стационарного лечения ($P < 0,05$), возвращаясь к исходному значению к 14 суткам. Коэффициент K в этой группе оставался более чем в 2 раза ниже по сравнению с контролем в течение всего времени исследования ($P < 0,05$).

Сравнение динамики показателей хемилюминесценции при остром панкреатите выявило достоверно более низкие значения интенсивности свечения плазмы и коэффициента K у больных ИПН в течение всего времени исследования, что возможно связано с дефицитом продукции активных форм кислорода, расходуемых в процессе фагоцитоза и каскада липопероксидации, на фоне истощения факторов антиоксидантной защиты.

Расчет операционных характеристик предлагаемого способа диагностики инфицированного панкреатита проводили в соответствии с требованиями CONSORD (CONSORD Group, 1996). Диагностическая чувствительность и специфичность составили 94,4% и 92,6% соответственно.

Таким образом, преимуществами предлагаемого способа диагностики является простота, связанная с доступностью реактивов, и экспрессность (время реакции 30-60 секунд), что позволяет использовать его для динамической коррекции тактики лечения при угрозе развития гнойных осложнений панкреонекроза.

СТРУКТУРНО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СТОПЫ У ЮНОШЕЙ

Зубарева Е.В., Самусев Р.П., Адельшина Г.А.,
Гаврилова Е.С., Ефремова Г.В., Букина Е.Н.

*Волгоградская государственная академия
физической культуры,
г. Волгоград, Россия*

Анализ морфологических и функциональных характеристик строения стоп у юношей проводился по четырем основным показателям: антропометрическим характеристикам длины и ширины правой и левой стоп, их корреляционных взаимосвязей; площадей опоры переднего, среднего и заднего отделов правой и левой стоп; угловым значениям медиального и латерального переднего отдела каждой стопы. В исследованиях

была применена оригинальная технология компьютерного планшетного сканирования стоп.

Длинные характеристики правой и левой стоп у юношей. Как показали результаты проведенных исследований, как правило, у юношей правая стопа имеет большую длину в сравнении с левой (в среднем на 5,7 мм). Эти различия в значительной степени определяются структурными показателями передних отделов стопы ($p < 0,05$).

Изучение статистических характеристик частот встречаемости длинных размеров стоп у юношей позволило определить диапазон возможных колебаний этого показателя и особенности распределения частот встречаемости различных его размеров; существует достоверный коэффициент корреляции (0,93) длинных размеров между правой и левой стопами. Как нам представляется, полученные данные могут быть использованы для планирования пошива обуви различных размеров в том числе не только в гражданской, но и в армейской службе.

Широтные характеристики правой и левой стоп у юношей. Как известно, ширина стопы является одним из важнейших антропометрических показателей ее строения. Особое значение этот показатель приобретает при решении ряда вопросов конструирования специальной ортопедической обуви, а также для индивидуального подбора спортивной обуви. В среднем, ширина правой стопы у юношей лишь в незначительной степени больше в сравнении с левой стопой ($p > 0,05$). Для левой стопы характерен больший интервал разбросов числовых значений широтных характеристик стопы ($p < 0,05$) и больший интервал максимальных значений. Таким образом, результаты анализа свидетельствуют о наличии достаточно выраженных вариаций в показателях широтных характеристик правой и левой стоп. Эти данные подтверждаются также итогами корреляционного анализа. Коэффициент корреляции широтных размеров равняется всего лишь 0,21, что указывает на практическое отсутствие указанных взаимосвязей и вместе с тем, свидетельствует о необходимости учета широтных характеристик по отдельности каждой из стоп при решении ряда специфических задач оперативной хирургии в ортопедии, и спортивной медицине.

Взаимосвязи длинно-широтных размеров стоп у юношей (по индексу Вейсфолга) позволило определить характер их распределения и диапазон предельных отклонений. Распределение оказалось нормальным; диапазон отклонений в пределах $\pm 2\sigma$.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Карпачев А.А., Прокофьева А.В.

Белгородская областная клиническая больница им. Святителя Иоасафа г. Белгород, Россия

В статье авторами представлен опыт хирургического лечения 118 больных с кистозными образованиями головки поджелудочной железы (ПЖ) с 1980г. по 2005г. Приведен перечень различных способов оперативного лечения данной нозологии, сравнительная оценка их эффективности; сформулированы показания и противопоказания к эндоскопическим методам внутреннего дренирования псевдокист.

The paper describes an experience gained with surgical treatment of 118 patients suffering from pseudocysts of the head of pancreas seen between 1980 and 2005. Enumeration of different surgical treatment is adduced, a comparative analysis of its efficiency, situations when the endoscopy methods of inside drain are formulated.

Актуальность темы. В настоящее время в практической медицине имеет место увеличение количества больных с кистозными образованиями поджелудочной железы (ПЖ). Это обусловлено ростом числа больных с деструктивными формами панкреатита, несвоевременной диагностикой перехода «стерильного» панкреонекроза в инфицированный, а также приверженностью некоторых клиник к выжидательной тактике [1]. Особенный интерес представляют поражения в области головки ПЖ, приводящие к формированию псевдокист.

Материалы и методы. За период с 1980г. по 2005г. в Межтерриториальном Центре хирургии печени и поджелудочной железы пролечено 118 больных с псевдокистами головки ПЖ. Виды оперативных вмешательств представлены следующими операциями: 1. Открытые операции - цистоеюноанастомоз по Ру - 5 случаев, цистопанкреатогастроанастомоз - 7, цистопанкреатодуоденоанастомоз - 55, наружное дренирование кист - 12, ГПДР - 2 (всего 81 операция); 2. Закрытые операции - эндоскопическая цистогастротомия - 7 случаев, эндоскопическая цистодуоденостомия - 7, чрескожное наружное пункционное дренирование - 18, чрескожная пункционная санация - 8 (всего 40 операций).

Результаты. Цистоеюноанастомоз по Ру выполнен у 5 больных. Послеоперационных осложнений не наблюдалось, при контрольных обследованиях через 1 год полость кисты не выявлялась. Цистогастроанастомоз применен у 7 больных. Специфических осложнений и рецидива кисты не наблюдали. Цистодуоденоанастомоз выполнен у 54 больных. У 1 больного в послеоперационном периоде наблюдалось желудочно-