

Османов К.Ф., Алмазов И.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ И ДРУГИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РАН ДОНОРСКИХ УЧАСТКОВ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖОГОВ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Несмотря на развитие хирургии и травматологии и достижение определённых результатов, проблема ожогового травматизма по-прежнему остаётся актуальной. Методом выбора при лечении обожженных является хирургическое лечение, в том числе дерматомная аутопластика с формированием ран донорских участков.

Целью исследования явилась оценка результатов лечения ран донорских участков при использовании многокомпонентной антибактериальной мази левомеколь, геля карбополов с фуллереном, наноструктурированного биопластического материала G-DERM, спрея с эпидермальным фактором роста, а также воздействие частотно-модулированного сигнала.

Проанализированы результаты лечения ран донорских участков у 35 пациентов в возрасте от 37-ми до 73-х лет госпитализированных в ожоговое отделение Ленинградской областной клинической больницы по поводу ожогов пламенем и горячими жидкостями площадью 10-15% II-III степени. Выполнен анализ сроков полной эпителизации ран донорских участков и частота их нагноения.

У всех пациентов, у которых для местного лечения ран донорских участков использовали G-DERM на фоне воздействия частотно-модулированного сигнала, диагностировали полную эпителизацию ран донорских участков на 9-10 сутки. Частота нагноения ран донорских участков при этом составили 4-6%.

При использовании мази левомеколь, геля карбополов с фуллереном, а также спрея с эпидермальным фактором роста сроки полной эпителизации ран донорских участков и частота нагноения достоверно выше и составили, соответственно, 10-11 суток и 23-35%, 12-13 и 26-31%, 10-11 и 20-28%.

Использование наноструктурированного биопластического материала G-DERM, который включает гиалуроновую кислоту на фоне воздействия частотно-модулированного сигнала при лечении ран донорских участков у пациентов с ожогами сокращает сроки полной эпителизации ран на 15-18 % и снижает частоту нагноения ран донорских участков после дерматомной аутопластики на 35-42%.

Павелец К.В., Лацко Е.Ф.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕОПЕРАЦИОННОГО СТАДИРОВАНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА.

Санкт-Петербург, ГБУЗ Городская Маршинская больница

Введение: В основные задачи диагностики рака желудка входят не только установление его локализации в органе и выяснение гистологического типа, но и дооперационное стадирование опухолевого процесса для выбора оптимальной тактики лечения и объема оперативного вмешательства.

Материалы и методы: В период с 2001 по декабрь 2013 года в нашей клинике на обследовании и лечении по поводу рака желудка находились 221 пациент. Средний возраст составил 62,3±13,04 года. Соотношение по полу: женщин – 116(52,5%), мужчин – 105(47,5%). Дооперационное стадирование производилось по классификации UICC (7-е издание, 2009).

Всем больным выполнялось стандартное предоперационное обследование, включающее в себя рентгеноскопию желудка,

фиброгастродуоденоскопию с биопсией и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ) (аппарат General Electric «Voluson 730 Pro» (Германия)). С 2009 года «стандартное» обследование было дополнено применением метода эндоскопической ультрасонографии (ЭндоУЗИ) (эндовидеоскоп Olympus «UM160» (Япония)). Данное исследование проведено у 46 (20,8%) пациентов. Методы мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) (аппарат Siemens «Somatom Definition AS 64» (Германия)) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) (аппарат Siemens «Magnetom Avanto» (Германия)) стали широко нами применяться с 2010 года у пациентов с подозрением на инвазию опухоли желудка в соседние органы и анатомические структуры. Данные исследования выполнены у 27(12,2%) больных. С 2013 года начато использование 3D-реконструкций лимфатической системы желудка с внесенными данными эндоскопической ультрасонографии («дополненная 3D модель» - заявка на патент №2014107241/14 от 25.02.2014). Построение 3D-модели произведено у 8(3,6%) пациентов с предполагаемой N2-N3.

Результаты: Чувствительность и специфичность используемых методов диагностики определялась на основании гистологического исследования операционного материала. Общая операбельность в группе составила 95,9%. Радикальные оперативные вмешательства были выполнены 178(83,9%) пациентам. У 36(17,0%) пациентов с IV стадией заболевания в 18(8,5%) случаях произведены циторедуктивные операции, в 4(1,9%) – формирование обходных анастомозов, в 14(6,6%) - экцизио-лапаротомия. Резектабельность составила 92,5%. По данным гистологического заключения IV стадия определена у 4 пациентов (T2N0), IIA – у 15 (T3N0), IIB – у 39 (T3N1-8, T4aN0-31), IIIA – 41 (T4aN1-34, T3N2-7), IIIB – у 70 (T4aN2-12, T4bN0-32, T4bN1-17, T4aN3-9), IIIC – у 9 (T4bN2), IV – у 18 (T3N1M1-2, T3N2M1-1, T4aN1M1-1, T4bN1M1-2, T4bN2M1-2, T4aN3M1-2).

Значения чувствительности выполненных методов диагностики в определении категории T были следующие: ЭндоУЗИ – 87,0%, МСКТ – 48,1%, МРТ – 55,6%. Значения чувствительности и специфичности методов в определении категории N0 были следующие: УЗИ – 95,9% и 82,0%, ЭндоУЗИ – 78,3% и 74,0%, МСКТ – 88,9% и 40,7%, МРТ – 88,9% и 63,0% соответственно. Значения чувствительности методов в определении категории N1 были следующие: УЗИ – 67,9%, ЭндоУЗИ – 89,1%, МСКТ – 63,0%, МРТ – 63,0% соответственно, категории N2: УЗИ – 45,7%, ЭндоУЗИ – 91,3%, МСКТ – 70,4%, МРТ – 74,1% и «дополненная 3D модель» – 100% соответственно, категории N3: УЗИ – 42,1%, ЭндоУЗИ – 93,5%, МСКТ – 81,5%, МРТ – 85,2% и «дополненная 3D модель» – 100% соответственно.

Выводы: - «стандартный» объем обследования не позволяет до операции производить стадирование опухолевого процесса;

- наиболее чувствительным методом дооперационного стадирования рака желудка является эндоскопическая ультрасонография;

- перспективным направлением в диагностике лимфогенного метастазирования рака желудка является комбинация данных эндоскопической ультрасонографии и лучевых методов.

Павлова А.Г., Ключарева С.В., Чупров И.Н.

ПРЕВАЛЕНТНОСТЬ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Диагностика меланоцитарных новообразований вызывает некоторые сложности, несмотря на хорошую визуализацию. Для постановки правильного диагноза необходимо клини-