

обсудить с представителем МЗ РТ порядок оказания медицинских услуг аккредитованным сотрудникам.

Нами проанализирована деятельность мобильных выездных бригад клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ. За период с 05.06.2013 по 20.07.2013 мобильными выездными бригадами осуществлено всего 130 выездов. Из них 58 — на пункты временной дислокации, 20 — в поликлинику МСЧ МВД России по РТ, 7 — на места несения службы на объектах Универсиады, 45 — в лечебно-профилактические учреждения МЗ РТ (из них 32 в Республиканскую клиническую инфекционную больницу).

Что касается заболеваний, послуживших поводом к вызову, то на первом месте стоят инфекционные заболевания (24%), на втором — воспалительно-гнойничковые заболевания кожи и ее придатков (12%), далее идут травмы опорно-двигательного аппарата, заболевания пищеварительной, сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем и т.д.

Инфекционные заболевания, возникающие у сотрудников из числа приданных сил, чаще всего были легкой степени тяжести, однако, ввиду компактного проживания на ПВД, даже при банальных ОРВИ, пациентов приходилось госпитализировать в наблюдательное отделение клинического госпиталя. Также был выявлен один случай высококонтагиозного заболевания — ветряной оспы, но ввиду грамотных и своевременных действий медицинского персонала дальнейшее инфицирование личного состава удалось предотвратить. Алгоритм действий при выявлении сотрудника с подозрением на инфекционное заболевание (ОРВИ, ОКИ и т.п.) был такой: в дневное время в будние дни пациент консультировался инфекционистом в поликлинике МСЧ, и, в зависимости от нозологии и тяжести состояния, госпитализировался либо в клинический госпиталь, либо в Республиканскую клиническую инфекционную больницу. В вечернее время и выходные пациент мобильной бригадой госпиталя доставлялся в РКИБ на консультацию (даже при легкой степени ОРВИ). Исходя из вышесказанного, мы считаем, что на период наличия в госпитале наблюдательного отделения в штат на круглосуточной основе должен быть принят врач-инфекционист.

На наш взгляд, большое количество гнойничковых заболеваний связано как с условиями быта, так и с условиями несения службы (12-часовая смена в жаркую погоду в форменной одежде). Мы считаем, что для

уменьшения количества воспалительно-гнойничковых заболеваний у личного состава было бы целесообразно проводить перед командировкой иммунопрофилактику сотрудников, в частности, такими препаратами, как стафило-протейно-синегнойной адсорбированной вакциной. То же самое касается сотрудников, имеющих хронические заболевания ЛОР-органов.

За период проведения Универсиады-2013 мобильной бригадой было выполнено 10 выездов по поводу острой хирургической патологии. У большинства пациентов было подозрение на острый аппендицит. Ввиду отсутствия на базе клинического госпиталя круглосуточной операционной бригады и клинической лаборатории, пациенты даже для динамического наблюдения госпитализировались в ЛПУ МЗ РТ. На наш взгляд, на период пребывания приданных сил было бы целесообразно ввести круглосуточное дежурство операционной бригады и клинической лаборатории.

Госпитализация пациентов на стационарное лечение в клинический госпиталь проводилась только по строгим показаниям. Пациенты за короткое время оперативно были обследованы и вылечены. Срок госпитализации в подавляющем большинстве случаев не превышал 3—6 койко-дней, и сотрудники МВД вновь возвращались в строй для дальнейшей службы по охране общественного порядка.

Результаты нашего исследования показали, что, в целом, медико-санитарное сопровождение приданных сил было выполнено на высоком уровне, все пациенты получали своевременную квалифицированную медицинскую помощь, были выполнены все необходимые диагностические исследования. Надеемся, наша деятельность послужит опытом для дальнейших мероприятий подобного рода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.К. Юрьев. — ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 608 с.
2. Кунягина, О.В. Разработка стафило-протейно-синегнойной вакцины и изучение ее свойств: дис. ... канд. мед. наук / О.В. Кунягина. — Уфа, 1996. — 128 с.
3. Войно-Ясенецкий, В.Ф. Очерки гнойной хирургии / В.Ф. Войно-Ясенецкий. — 5-е изд. — СПб.: Невский диалект, 2000. — 704 с.
4. Покровский, В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 816 с.

© А.В. Спиридонов, Л.Р. Абсалямова, И.А. Гималетдинова, Г.В. Тухватуллина, 2013

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ХОЛЕДОХОЛИТИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПХЭС В УСЛОВИЯХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ СПИРИДОНОВ, канд. мед. наук, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан, врач-гастроэнтеролог

Л.Р. АБСАЛЯМОВА, зав. отделением гастроэнтерологии Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан

ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА ГИМАЛЕТДИНОВА, врач-гастроэнтеролог Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан

ГАЛИНА ВЛАДИМИРОВНА ТУХВАТУЛЛИНА, зав. клинико-диагностической лабораторией Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан

Реферат. В статье раскрываются особенности клинического течения холедохолитиаза. Описываются возможные причины возникновения камней в желчевыводящей системе. Приводится описание клинического случая пациента с ПХЭС у которого возник рецидив камнеобразования.

Ключевые слова: Постхолестистэктомический синдром (ПХЭС), холедохолитиаз, рецидив, холецистэктомия.

DIAGNOSIS AND TREATMENT POLICY HOLEDOLITHIASIS PATIENTS WITH PHES IN GASTROENTEROLOGY DEPARTMENT

ALBERT V. SPIRIDONOV, L.R. ABSALYAMOVA, IRINA A. GIMALETDINOVA, GALINA V. TUKHVATULLINA

Abstract. The article describes the clinical features of choledocholithiasis. Describes the possible causes of the stones in the biliary system. We present a clinical case with PHES patient who developed recurrent stone formation.

Key words: Postcholecystectomy syndrome (PHES), choledocholithiasis, relapse, cholecystectomy.

Проблема лечения больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков в настоящее время является весьма актуальной. Следует отметить, что появление рецидивов заболевания, а также неполное выздоровление больных после холецистэктомии является наиболее важным и наименее изученным вопросом лечения желчнокаменной болезни. По данным разных авторов, частота желчнокаменной болезни среди населения развитых стран варьирует от 8 до 12%, более чем у 15—33% больных течение ее осложняется холедохолитиазом. Частота резидуального холедохолитиаза колеблется от 2 до 10%. Конкременты желчных протоков, объединяемые общим понятием «холедохолитиаз», представляют одну из форм желчнокаменной болезни. По данным различных авторов (Балалыкин А.С., 1996; Майстренко Н.А. и др., 2000; Нестеренко Ю.А. и др., 1993), холедохолитиаз обнаруживается у 10—30% пациентов с желчнокаменной болезнью.

Диагностика камней холедоха часто очень трудна, особенно когда они протекают бессимптомно и не сопровождаются болевым симптомом. Наибольшие трудности имеет распознавание в протоках камней у больных, уже перенесших холецистэктомию. Камни печеночного протока и холедоха значительно чаще наблюдаются в пожилом возрасте при длительном существовании желчнокаменной болезни.

Патологические изменения, происходящие в организме после операции холецистэктомии, разнообразны и далеко не всегда ограничиваются билиарным трактом. Больных беспокоят различные по интенсивности боли в подложечной области, правом верхнем квадранте живота, рецидивы печеночной колики, желтуха, диспепсические явления. Однако последствия холецистэктомии, обусловленные выпадением основной функции желчного пузыря, наблюдаются лишь у единичных больных.

Клинические проявления болезни зависят от расположения камня в холедохе. Камень в супрадуоденальном отрезке холедоха бывает немым, так как при таком расположении не бывает признаков закупорки и застоя, а камень может оставаться в желчи во взвешенном состоянии, в особенности если холедох расширен. Так, например, рентгеновская картина дилатированного холедоха, наполненного многочисленными камнями, может показаться парадоксальной, так как клинические проявления могут быть незначительными. И, наоборот, ущемление камней в концевого отрезке холедоха, в большинстве случаев, имеет ярко выраженную клиническую картину, так как они бывают причиной неполной закупорки желчного протока и стаза со всеми последствиями. По данным, опубликованным в литературе, приблизительно одна треть случаев холедохолитиаза остается без клинических проявлений.

Принято различать истинные и ложные рецидивы камнеобразования. Под истинным рецидивом понимают вновь образовавшиеся после операции конкременты, под ложным рецидивом — резидуальные, т.е. камни,

не распознанные во время операции. Отличить истинный рецидив камнеобразования от ложного крайне сложно, поскольку нет четких критериев, позволяющих различить эти состояния. Большое значение придается срокам появления болей после операции: только длительный безболевого период позволяет выявить истинный рецидив. Клинические симптомы не удаленных во время операции камней проявляются обычно в течение первых 2 лет после операции.

Удаление желчного пузыря по поводу холелитиаза не избавляет больного от обменных нарушений, печеночной дисхолии. Литогенность желчи сохраняется и после операции.

Среди осложнений при заболеваниях желчевыводительной системы можно выделить развитие острого и хронического панкреатита. Высокий процент поражения поджелудочной железы при ЖКБ обусловлен тем, что именно при этом заболевании имеется большое количество факторов, приводящих к поражению не только желчевыводящих путей, но и близлежащих органов.

Клиническая картина при холедохолитиазе у пациентов с ПХЭС определяется причинами, обусловившими заболевание, характерны боли в правом подреберье и эпигастриальной области, иррадиирующие в спину и правую лопатку, возможно появление желтухи и зуда кожи, диспепсические нарушения такие как тошнота, ощущение горечи во рту, метеоризм, неустойчивый стул, запор, понос.

Диагноз устанавливается на основании клинических симптомов, данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Для диагностики холедохолитиаза у пациентов с ПХЭС применяют методы, позволяющие выявить функциональные и структурные нарушения билиарного тракта, протекающие как самостоятельно, так и в ассоциации с другими заболеваниями органов пищеварения. В качестве скрининговых используют лабораторные (определение гамма-глутаминтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), общего билирубина и фракций, трансаминаз (АсАТ, АлАТ), амилазы сыворотки и мочи) и инструментальные методы диагностики (ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП), эзофагогастродуоденоскопия (ФГДС)). В качестве дополнительных методов применяют ЭРХПГ, эндоскопическую манометрию сфинктера Одди, динамическую холесцинтиграфию, магнитно-резонансную холангиографию, эндоскопическую ультрасонографию, этапное хроматическое дуоденальное зондирование и др.

Лечение больных с ПХЭС должно быть комплексным и направлено на устранение тех функциональных или структурных нарушений со стороны печени, желчевыводящих путей (протоки и сфинктеры), желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы, которые лежат в основе страдания и явились поводом для обращения к врачу.

Общепризнанным считается назначение частого дробного питания (5—7 раз в день), соблюдение диеты (№ 5) с низким содержанием жира (40—60 г в сутки

растительных жиров), исключение жареных, острых, кислых продуктов. Медикаментозная терапия обычно включает сочетание лекарственных средств разных классов, подбираемых чаще всего эмпирически.

Боль, беспокоящая пациентов после оперативного вмешательства, в большинстве случаев связана с повышением давления в билиарном тракте, а в основе последнего лежат нарушения функции сфинктера Одди. Это могут быть или его мышечная дисфункция (преимущественно спазм), или структурные нарушения, в частности, стеноз, поэтому основа терапии — нормализация пассажа желчи по общему печеночному и общему желчному протокам и панкреатического сока по главному панкреатическому протоку, приводящая к купированию боли. Для быстрого обезболивания, снятия спазма возможно применение нитроглицерина, однако выраженные кардиоваскулярные эффекты, побочные действия и развитие толерантности делают его малопримлемым для длительной терапии дисфункции сфинктера Одди. Антихолинергические препараты (бускопан), блокирующие мускариновые рецепторы на постсинаптических мембранах органов-мишеней, реализуют свое действие благодаря блокаде кальциевых каналов, прекращению проникновения ионов кальция в цитоплазму гладкомышечных клеток и как следствие снятию мышечного спазма. Однако эффективность их при дисфункции сфинктера Одди сравнительно низка, а широкий спектр побочных действий ограничивают их применение. Миотропные спазмолитики (дротаверин, мебеверин, отилония бромид), механизм действия которых сводится к ингибированию фосфодиэстеразы или активизации аденилатциклазы, блокаде аденосинозных рецепторов, также имеют ряд недостатков. Прежде всего при лечении дисфункции сфинктера Одди отсутствует селективный эффект на сфинктер, проявляются эффекты, обусловленные воздействием на гладкую мускулатуру сосудов, мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта.

В отдельных случаях для купирования боли могут быть использованы анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты.

Сравнительно часто холецистэктомия сопровождается нарушением кишечного биоценоза, приводящего к кишечной диспепсии. Целесообразным в данном случае является проведение деконтаминационной терапии антибактериальными средствами (рифаксимин, фуразолидон или метронидазол) коротким 7-дневным курсом с последующим применением пробиотиков и пребиотиков. Купирование метеоризма достигается назначением пеногасителей (симетикон).

В комплексе с антибактериальными лекарственными средствами положительный эффект дает сочетанное применение алюминийсодержащих антацидов. Использование антацидов предотвращает повреждающее воздействие деконъюгированных желчных кислот на слизистую оболочку кишечника, устанавливает оптимальный уровень pH для действия ферментов поджелудочной железы. Выявление эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта подразумевает проведение общепринятой антисекреторной терапии с назначением ингибиторов протонной помпы в среднесуточных дозах, а при диагностике *Helicobacter pylori* инфекции — эрадикационной терапии.

В течение шести месяцев с момента холецистэктомии необходимо провести диагностику возможных

заболеваний органов гепатодуоденопанкреатической зоны, определить характер поражения органа, частоту обострений, оценить роль измененных внепеченочных желчных путей в возникновении или прогрессировании выявленных заболеваний, определить комплекс адекватной терапии, в том числе необходимость повторного хирургического лечения. Санаторно-курортное лечение целесообразно рекомендовать не ранее чем через 6—12 мес после операции.

Клинический случай. Пациент Г., 65 лет, поступил на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на выраженные боли в верхней половине живота опоясывающего характера после приема пищи, режущие боли в правой подвздошной области, купирующиеся после дефекации, вздутие, чувство распирания по всему животу, горечь во рту, жидкий стул до 2 раз в день без патологических примесей.

Anamnesis morbi: считает себя больным с 2010 г., когда впервые появились приступы болей в животе. При обследовании выявлена желчекаменная болезнь. В 2011 г. была произведена лапароскопическая холецистэктомия. В январе 2013 г. боли в животе вновь возобновились после нарушений в диете.

Пациенту проведены следующие обследования: ОАК: СОЭ — 42—43—49 мм/ч; L — 7,8—8,7—8,5×10⁹/л; Eг — 5,29×10¹²/л; Hb — 12,4 г/л; Tг — 292—330—278×10⁹/л; л — 37,0; м — 6,7; гра — 56,3; п — 3; э — 3; с — 5; БАК: Общий билирубин — 14 мкмоль/л; прямой билирубин: 2,0—8,5 мкмоль/л; АЛТ: 72—68—42 Е/л; АСТ: 44—45—25 Е/л; холестерин 4,4 мкмоль/л; глюкоза — 3,7 ммоль/л; ЩФ — 500—946—561 Е/л; ГГТП — 42,0 Е/л; Амилаза крови — 294—57 Е/л; СРБ — пол.(+); Коагулограмма: Фибриноген А — 3,7 г/л; Фибриноген В — отриц. ПТВ — 17 с, ПТИ — 94%; ОАМ: уд/вес — 1020, Рн — 5,0, белок — отриц, сахар — отр., Л — 1—2. в п/з, эпит — 1—2 в п. зр. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 80 уд. в мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Снижен вольтаж зубцов желудочного комплекса в стандартных, усиленных от конечностей отведениях. ФГДС Гастродуоденит. УЗИ ОБП: Печень: правая доля — 149 мм (+0,9 см), левая доля — 77 см (+0,7 см). В пятом сегменте визуализируется киста диаметром 17 мм. Желчный пузырь удален, ложе без особенностей. Хоledох — 9 мм, в области головки поджелудочной железы — 10 мм. Поджелудочная железа: головка — 35 мм, тело — 26 мм, хвост — 18 мм. Воротная вена — 10 мм. Селезеночная вена — 5 мм. Селезенка — 104×36 мм. Почки — без патологических изменений.

В результате обследования пациенту был выставлен предварительный диагноз: хронический токсический гепатит с синдромом холестаза и цитолиза. Хронический панкреатит в стадии обострения. Киста печени. На фоне проводимой терапии спазмолитиками, миотропными спазмолитиками, ингибиторами протонной помпы, ингибиторами протеаз, антибактериальными препаратами, гепатопротекторами, ферментами самочувствие пациента улучшилось незначительно, а в лабораторных анализах наблюдалась тенденция к ухудшению (вырос прямой билирубин — 8,5 мкмоль/л, увеличились цифры щелочной фосфатазы до 946 Е/л, гамма — ГТП до 428 Е/л, амилазы крови до 294 Е/л). Исходя из клинической картины заболевания плюс с учетом данных параклинических методов обследования нельзя было исключить холедохолитиаз, для чего была проведена эндоскопическая ультрасонография. Получены следующие данные: желчевыводящие протоки визуализируются

четко на всем протяжении от бифуркации до БДС: расширен в в/3 до 10,6 мм, в с/3 до 8 мм, в н/3 до 7 мм, в просвете н/3 определяется гиперэхогенная структура до 9,0 мм с эффектом акустической тени. Панкреатобилиарное соустье общее. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа: данных за очаговое образование головки не выявлено, однородное, повышенной эхогенности. Головка — 26 мм с ровными контурами. Вирсунгов проток до 2 мм. Тело — 14 мм, хвост — 21 мм, эхоструктура однородная. В гепатодуоденальной связке единичный лимфоузел до 7×5 мм. В результате проведенного обследования выставлен заключительный диагноз: Постхолецистэктомический синдром: холедохолитиаз. Киста печени. Реактивный панкреатит.

На основании данных эндосонографии пациенту рекомендовано оперативное лечение.

Рациональное использование эндосонографии в диагностическом алгоритме у больных с ПХЭС позволяет ограничить применение методов прямого контрастирования и интраоперационной ревизии желчевыводящих путей. Ультрасонография дает возможность точно диагностировать холедохолитиаз у больных ПХЭС с отрицательными данными традиционного УЗИ (желчные протоки не расширены, камней в просвете нет).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ветшев, П.С.* Возможности современных методов диагностики и обоснование лечебной тактики при механи-

ческой желтухе / П.С. Ветшев, Ю.М. Стойко, А.Л. Левчук, В.Г. Бардаков // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2008. — № 2. — С.24—32.

2. *Ильченко, А.А.* Постхолецистэктомический синдром: клинические аспекты проблемы / А.А. Ильченко // Гастроэнтерология. — 2006. — Т. 8, № 2. — С.18—27.
3. *Клименко, Г.А.* Холедохолитиаз: диагностика и оперативное лечение / Г.А. Клименко. — М.: Медицина, 2000. — 223 с.
4. *Родионов, В.В.* Калькулезный холецистит (осложненный механической желтухой) / В.В. Родионов, М.И. Филимонов, В.М. Могучев. — М., 1991. — 320 с.
5. *Amouyal, P.* Diagnosis of choledocholithiasis by endoscopic ultrasonography / P. Amouyal, G. Amouyal, P. Levy [et al.] // Gastroenterology. — 1994. — Vol. 106, № 4. — P.1062—1067.
6. *Attasaranya, S.* Choledocholithiasis, ascending cholangitis, and gallstone pancreatitis / S. Attasaranya, E.L. Fogel, G.A. Lehman // Med. Clin. North Am. — 2008. — Vol. 92, № 4. — P.925—960.
7. *Cotu, G.A.* Difficult biliary cannulation: use of physician-controlled wire-guided cannulation over a pancreatic duct stent to reduce the rate of precut sphincterotomy / G.A. Cotu, M. Anstas, R. Pawa [et al.] // Gastrointest. Endosc. — 2010. — Vol. 71, № 2. — P.275—279.
8. *Cotton, P.B.* Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11,497 procedures over 12 years / P.B. Cotton, D.A. Garrow, J. Gallagher, J. Romagnuolo // Gastrointest. Endosc. — 2009. — Vol. 70, № 1. — P.80—88.
9. *Kim, H.J.* Multidetector computed tomography cholangiography with multiplanar reformation for the assessment of patients with biliary obstruction / H.J. Kim, D.I. Park, J.H. Park [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2007. — Vol. 22. — P. 400—405.

© И.А. Строителев, А.Ю. Салмина, Г.Г. Файзуллина, 2013

ВАРИАНТ СОНОГРАФИЧЕСКИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ДВУХКОМПОНЕНТНОЙ ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ИВАН АНАТОЛЬЕВИЧ СТРОИТЕЛЕВ, врач-уролог Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, 8 987-22-81-985, e-mail: SIAmalbox@mail.ru

АНАСТАСИЯ ЮРЬЕВНА САЛМИНА, врач-ультразвуковой диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, 8 904-71-28-000, e-mail: nastenkina@mail.ru

ГУЛЬНАРА ГАЛИЕВНА ФАЙЗУЛЛИНА, зав. кабинетом ультразвуковой диагностики клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, (843)-277-88-84, e-mail: aisha2402@yandex.ru

Реферат. Цель исследования — разработка варианта метода паранефральной новокаиновой блокады с контролем места введения анестетика и длительности его нахождения в тканях с помощью комбинированной сонографии. Подтверждение необходимости и эффективности блокады для профилактики возникновения послеоперационной болезни. В результате блокады улучшается состояние микроциркуляции, резко уменьшаются сроки фазы экссудации, стимулируются репаративно-пролиферативные процессы, снижаются частота гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационной ране.

Ключевые слова: паранефральная новокаиновая блокада, сонография.

VERSION OF SONOGRAPHICALLY CONTROLLED TWO COMPONENT PERIRENAL NOVOCAINE BLOCKADE FOR THE PREVENTION OF ABDOMINAL COMPLICATIONS AND INTESTINAL OBSTRUCTION

IVAN A. STROITELEV, ANASTASIA YU. SALMINA, GULNARA G. FAIZULLINA

Abstract. Development of a variant of the perirenal novocaine blockade with control sites of injection and the duration of his stay in the tissues with a combination of sonography. Confirmation of the necessity and effectiveness of the blockade for the prevention of postoperative illness. The blockade improves microcirculation, dramatically phase exudation time reduced, reparative-proliferative processes stimulated, the frequency of inflammatory complications in the postoperative wound reduced.

Key words: perirenal novokaine blockade, sonography.