

8. Туул М., Болд Ш. Хуний нурууны нугалмын антропометрийн узуулэлт // Анагаах ухааны эрдмийн бүтээлийн товчоон, - 2001.- X 361
9. Argenson C., De Peretti F., Boileau P. Chirurgie des Traumatismes du Rachis Cervical - Techniques Chirurgur-

gicales E.M.C. Orth. Traumat.- 1994 - Vol.44, N.176. -15 p.

10. Dr. A Vincent Thamburaj, CERVICAL SPONDYLOSIS: Neurosurgery TApolio Hospitals, Chennai, India. <http://www.thamburaj.com/feedback.htm>

© ВИННИК Ю.С., ПЕТРУШКО С.И., ЯКИМОВ С.В., ЕВДОКИМЕНКО В.В. -
УДК [616.342-002+616.37-002]:615.835

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДУОДЕНОСТАЗА ПРИ ОТЕЧНЫХ И ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ю.С. Винник, С.И. Петрушко, С.В. Якимов, В.В. Евдокименко.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор - акад. РАЕН и АН ВШ, д.м.н., проф. В.И. Прохоренков, кафедра общей хирургии, зав. - проф. М.И. Гульман)

Резюме. Исследована моторно-эвакуаторная деятельность ДПК и характеристика интрадуоденального давления при отежных и деструктивных формах панкреатита. Изучено влияние озонированного физиологического раствора на высоту внутрикишечного давления в ДПК. Использование в комплексной терапии озонированного физиологического раствора нормализует давление в ДПК, улучшает моторно-эвакуаторную деятельность двенадцатиперстной кишки, что значительно снижает риск перехода отежных форм панкреатита в панкреонекроз и уменьшает тяжесть течения при деструктивных формах.

Общим принципом лечения дуоденального стаза является строго индивидуальный подход к каждому больному. Вопрос о рациональном плане лечения для каждого больного можно решить только с учетом причины, вызвавшей дуоденальный стаз, стадии его развития, наличия или отсутствия анатомических изменений стенки двенадцатиперстной кишки, ее тонуса, наступивших осложнений в органах, функционально с нею связанных [1,5,7].

При остром дуоденостазе, важным является комплексное лечение, в котором ведущее место занимают консервативные меры [8,11,13]. В консервативном лечении предусматривается следующее: 1) снятие болевого синдрома, 2) ликвидация последствий нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки, 3) создание благоприятных условий для прохождения пищевых масс по двенадцатиперстной кишке. 4) улучшение микроциркуляции в ДПК 5) восстановление моторно-эвакуаторной деятельности ДПК [2,3,6].

В последнее время все больше внимания привлекает к себе метод озонотерапии в лечении многих заболеваний, в том числе и органов гепато-панкреато-дуоденальной зоны.

Озон способен оказывать модифицирующее влияние на цитоплазматические мембраны и рецепторную чувствительность адрено- и холинорецепторов, что определяет его стимулирующее влияние на сократительную способность нейромышечного аппарата кишечной стенки.

Данные литературы свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности комплексной озонотерапии при лечении больных с разнообразной патологией, обусловленной не только прямым и опосредованным бактерицидным действием озона, но и его выраженными детоксикационными, иммуностимулирующими, стимулирующим

действием на двигательную активность кишечника, регенераторными свойствами, а также корректирующим влиянием на основные составляющие кислородного гомеостаза (про- и антиоксидантных систем) [9,10,14].

Представляется целесообразным использование методики лаважа озонированным физиологическим раствором ДПК с целью улучшения ее моторно-эвакуаторной деятельности и антимикробного действия озона, что будет способствовать ликвидации транслокации микроорганизмов из кишки в поджелудочную железу и профилактики гнойных осложнений панкреонекроза [12,15].

Материалы и методы

Метод озонотерапии применен нами для коррекции и ликвидации дуоденостаза у больных с отежными и деструктивными формами панкреатита.

В сравнительную группу вошли 152 больных с отежной формой панкреатита и 16 - с деструктивными формами, получавшие традиционное лечение. Основную группу составили 93 больных с отежной формой панкреатита, из них 62 - женщины и 31 - мужчина в возрасте от 35 до 65 лет. Сроки поступления в стационар от начала заболевания колебались от 8 до 48 часов. Диагноз ставился на основании клинко-лабораторных данных, ультразвукового исследования поджелудочной железы, и, при необходимости, экстренной диагностической лапароскопии.

Также, всем больным проведено измерение давления в ДПК методом дуоденоманометрии и дуоденодебитометрии для определения степени дуоденостаза, ультразвуковое исследование поджелудочной железы и ДПК, периферическая компьютерная электрогастроэнтерография, ФГДС, лазеродоплефлоурометрия (ЛДФ) слизистой двенадцатиперстной кишки.

Результаты и обсуждение

Больным после поступления в стационар в комплекс традиционной терапии отечных и деструктивных форм панкреатита, был включен ежедневный трехкратный, по 100 мл, лаваж озонированным физиологическим раствором (ОФР) ДПК через двухпросветный зонд. Контроль за высотой интрадуоденального давления и формой дуоденостаза осуществляли при поступлении и в динамике на 3, 7 сутки пребывания больных в стационаре. Как показано в таблице 1, у больных поступивших в стационар с острым панкреатитом отмечались субкомпенсированные и декомпенсированные формы острого дуоденостаза.

Но уже через 60 секунд после введения в ДПК озонированного физиологического раствора идет достоверное ($P < 0,01$) резкое снижение интрадуоденального давления и дуоденодебитометрии, вплоть до нормальных цифр у 26 (27,9%) больных.

Отмечается также отсутствие декомпенсированных форм дуоденостаза через 6 и 12 часов после введения ОФР. Но через 12 часов отмечалось некоторое увеличение количества больных (44,0%) с субкомпенсированными формами дуоденостаза, поэтому в дальнейшем при динамическом исследовании степень дуоденостаза (на 3 и 7 сутки) определяли через 12 часов.

В динамике на 3 сутки лечения больных лаважом ОФР ДПК субкомпенсированный дуоденостаз выявлен у 31 (33,3%) больного, нормальное интрадуоденальное давление регистрировалось - у 62 (66,6%) больных, декомпенсированных форм дуоденостаза не определялось.

На 7 сутки отсутствовали субкомпенсированные формы острого дуоденостаза, достоверно ($P < 0,01$) в сравнении с показателями при поступлении (табл.1), также происходило уменьшение компенсированных форм дуоденостаза до 11 (11,8%) больных, а у 82 (88,1%) - отмечалось нормальное интрадуоденальное давление.

Желчные кислоты в соскобе с языка, как косвенный показатель дуоденостаза, обнаружены у 93 (100%) больных при поступлении в стационар. Затем в динамике после лаважа ДПК озонированным физиологическим раствором на 3 сутки желчные кислоты в соскобе с языка регистрировались только у 31 (33,3%) больного, а на 7 сутки - они не выявлялись.

При выполнении ФГДС максимальная частота дуодено-гастрального рефлюкса наблюдалась у 79 (84,9%) больных при поступлении, в динамике этот показатель снижался на 3 сутки - до 42 (45,1%), на 7 - до 11 (11,8%).

При проведении периферической компьютерной электрогастроэнтерографии при поступлении у всех больных регистрировалось резкое снижение быстрых и медленных волн моторики ДПК. Затем, на 3 и 7 сутки после ежедневного трехкратного, по 100 мл, лаважа ДПК ОФР возрастала активность и периодичность, а также высота быстрых и медленных перистальтических волн ДПК и тем самым улучшалась моторика двенадцатиперстной кишки и всего ЖКТ.

Для исследования степени микроциркуляции слизистой луковицы ДПК в области передней, задней, верхней и нижней стенок при дуоденостазе нами применен метод лазердоплерфлоурометрии (ЛДФ) с помощью эндоскопического датчика. При поступлении, до лаважа ДПК ОФР, отмечались исходные цифры (передняя стенка - 34, задняя - 24, верхняя - 25, нижняя 38 мл/мин. на 100 гр. ткани). Затем, в динамике на 3 и 7 сутки после лечения отмечалось достоверное ($P < 0,01$) улучшение степени микроциркуляции слизистой ДПК (передняя стенка - 54, задняя - 34, верхняя - 38, нижняя 48 мл/мин. на 100 гр. ткани).

Являясь одним из основных, высокоинформативных и неинвазивных методов диагностики острого панкреатита ультразвуковое исследование применено было нами у больных при поступлении и в динамике на 3 и 7 сутки после лаважа ДПК озонированным физиологическим раствором (табл.2).

Как видно из таблицы 2, при УЗИ поджелудочной железы в момент поступления больных в стационар, контуры ее нечеткие была в 100% случаев, эхоструктура усилена - в 97,8%, распределение эхосигналов неравномерное - у 75,2%. В дальнейшем, на 3 и 7 сутки происходило улучшение эхокартины поджелудочной железы - количество больных с нечеткими контурами, неоднородной структурой и неравномерным распределением эхосигналов поджелудочной железы достоверно ($P < 0,01$) снижалось.

При ультразвуковом исследовании о положительной динамике патологического процесса в поджелудочной железе можно судить по ее раз-

Таблица 1.

Характеристика дуоденостаза по данным дуоденодебитометрии у больных с отечным панкреатитом при поступлении

Частота встречаемости различных степеней дуоденостаза у больных до- и после лаважа ОФР						
Лаваж ДПК ОФР	Норма		Компенсированный	Субкомпенсированный	Декомпенсированный	
До введения ОФР	0 (0,0%)		0 (0,0%)	21 (22,5%) $P_i < 0,05$	72 (77,4%) $P, < 0,01$	
Через 60 сек.	26 (27,9%)	$P_2 < 0,05$ $P_3 < 0,01$	37 (39,7%) $P_3 < 0,01$	30 (32,2%) $P, < 0,01$	0 (0,0%)	
Через 6 часов	24 (25,8%)	$P_2 < 0,05$	44 (47,3%) $P, < 0,01$	25 (26,8%) $P_2 < 0,05$	0 (0,0%)	
Через 12 часов	20 (21,5%)	$P_3 < 0,01$	32 (34,4%) $P_2 < 0,01$	41 (44,0%) $P_j < 0,05$	0 (0,0%)	

Таблица 2.

Изменения в поджелудочной железе при ультразвуковом исследовании послелаважа ДПК ОФР

Показатели	Абсолютное и относительное количество больных		
	При поступлении	На 3 сутки	На 7 сутки
КОНТУРЫ			
Нечеткий	93 (100%)	51 (54,8%)	7 (7,5%)
ЭХОСТРУКТУРА			
Бедная	3 (1,97%)	1 (0,66%)	1 (0,66%)
Усиленная	91 (97,8%)	46 (49,4%)	4 (4,3%)
Неоднородная	57 (61,2%)	30 (32,2%)	4 (4,3%)
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЭХОСИГНАЛОВ			
Неравномерное	70 (75,2%)	21 (22,5%)	3 (3,2%)

мерам. Проведенные нами УЗ исследования размеров поджелудочной железы выявили увеличение ее размеров во всех отделах при поступлении. В динамике, к 7 суткам, произошло достоверное уменьшение ее размеров, вплоть до нормальных цифр, что является доказательством снижения отека поджелудочной железы после лаважа ДПК озонированным физиологическим раствором.

При поступлении в стационар у всех больных отмечались высокие цифры биохимических показателей крови. Включение в комплекс традиционной терапии сочетанного применения лаважа ДПК озонированным физиологическим раствором привело к значительному улучшению биохимических

показателей в динамике на 3-7 сутки, вплоть до нормальных цифр. Из всей исследуемой группы больных с острым отечным панкреатитом, которым проводилось традиционное лечение панкреатита в сочетании с лаважом ДПК озонированным физиологическим раствором - не наблюдалось ни одного случая развития деструктивной формы панкреатита.

Таким образом, озонированный физиологический раствор снижает давление в ДПК, улучшает моторно-эвакуаторную деятельность двенадцатиперстной кишки, что значительно снижает риск развития панкреонекроза и уменьшает тяжесть течения отечных форм панкреатита.

AN APPLICATION OF OZONETHERAPY IN TREATMENT OF DUODENOSTASIS IN EDEMATOUS AND DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE PANCREATITIS

Yu.S. Vinnik, S.I. Petrushko, S.V. Yakimov, V.V. Evdokimenko

(Krasnoyarsk State Medical Academy)

The study of the duodenal passage and intraduodenal pressure's measure in edematous and destructive forms of pancreatitis was carried out. The influence of the ozonated physiological saline upon intraluminal pressure in duodenum was revealed. The use of ozonated physiological saline in addition to standard treatment resulted in decrease of intraduodenal pressure's measure and recovery of passage in duodenum. Thus, the application of the ozonotherapy appeared to concomitant decrease of progressive pancreonecrosis and improved the prognosis in destructive forms.

Литература

1. Амеличев Б.Д., Ганькин А.В. Наш опыт лечения хронической дуоденальной непроходимости // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. - Харьков, 1998. - С.3-5.
2. Артемов Ю.В., Войнова Н.Е., Гнездилова Н.А. К диагностике и лечению нарушений дуоденальной проходимости у больных с язвенной болезнью // Труды Крымского мединститута. - 1999. - Т. 106. - С.40-45.
3. Блажитко Е.М., Федоровский В.В. Подход к индивидуальному лечению при хронической дуоденальной непроходимости // Клин. мед. - 1998. - Т.66, №1. - С.86-91.
4. Богданов А.Е., Курбаков О.Е., Ступин В.А., Закиров А.В. Комплексная оценка моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки у больных с синдромом хронической дуоденальной непроходимости // Диагностика и лечение заболеваний печени, поджелудочной железы, желудка и селезенки. - Тюмень, 1990. - С.278-280.
5. Величенко В.М., Мартов Ю.Б. О хронической дуоденальной недостаточности - Здравоохр. Белоруссии, 1982. - №8. - С.9-12.
6. Винник Ю.С., Петрушко С.И., Тихвинский С.А., Ширяева Ю.А. // Сборник научных трудов // Актуальные вопросы хирургии гепатопанкреатодуоденальной зоны "Конституциональная характеристика дуоденостаза". - Красноярск, 2001.
7. Винник Ю.С., Петрушко С.И., Якимов С.В., Евдокименко В.В. Роль дуоденостаза в хронизации процесса в поджелудочной железе. - Москва. - Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков, 2000. - С.30-32.
8. Витебский Д.Я. Хроническое нарушение дуоденальной проходимости и язвенная болезнь желудка и двенадцати перстной кишки. - Челябинск, 1976.
9. Витебский Я.Д. Хронические нарушения дуоденальной проходимости и проблемы недостаточности большого дуоденального сосочка // Хирургия. - 1998. - №12. - С.55-58.
10. Волкова Н.В., Сысолятин А.А. Оценка моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 1993. - №4. - С.101-106.
- П.Гервазиев В.Б. Хирургическое лечение хронического нарушения дуоденальной проходимости // Хирургия. - 1995. - №6. - С.47-51.

12. Джумабаев Х.Д. Диагностическое значение поэтажной монометрии при хронической дуоденальной непроходимости, сочетающейся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // *Клин. мед.* - 1996. - №9. - С.26-29.
13. Wangenstein O. Intestinal obstructions. Springfield. - 1955.
14. Wasser G.N. Additional therapy of cerebro-vascular by ozone therapy // *Ozone in Medicine: Proceedings of the 12th World Congress of the International Ozone Assotiation.* - Lille, 1995. - Vol.3. - P.91-98.
15. Wong R., Gomez M., Menendez S., Ceballos A. Ozone therapy on arthrosis // *The 10th Ozone World Congress: Proceedings.* - Monaco, 2001. - Vol.3. - P.87-93.

© КОВАЛЕВА Л.П., СИЗЫХ Т.П., СОНГОЛОВ В.И., ПОЛЯНСКАЯ Л.А., МАДАГАЕВА С.А.,
СОРОКОВИКОВА Л.А. -
УДК 616.366-002:615.833.1/9(571.54)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ КУРОРТА "АРШАН" ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КУРСЕ ЛЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Л.П. Ковалева, Т.П. Сизых, В.И. Сонголов, Л.А. Полянская, С.А. Мадагаева,
Л.А. Сороковикова.*

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н. проф. А.А. Майборода. Республика Бурятия, курорт "Аршан", гл. врач - засл. врач Бурятии и Якутии В.И. Сонголов)

Резюме. В работе представлены клинические, УЗС, реогепаатографические критерии эффективности комплексного долгосрочного (18-21 день) курса лечения больных на курорте "Аршан" с различными вариантами хронического холецистита.

Заболевания желчевыводящих путей, включая дискинезию желчевыводящих путей (ДЖВП), хронический бескаменный холецистит (ХБХ) являются, весьма распространенными, которые продолжают, неуклонно расти [5,9]. До сих пор идут споры о распространенности этих патологических процессов. Причем ряд авторов считают, что хронический холецистит встречается гораздо реже, чем диагностируется [3]. Посему диагноз хронический холецистит правомочен только в случае повторных атак острого холецистита и морфологически подтвержденных соответствующих изменений в стенке желчного пузыря (ЖП) [6,10]. Другие авторы указывают на значительную распространенность хронического холецистита, четкую взаимосвязь его с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, функциональными заболеваниями нервной системы. При этом рассматривают данную патологию как связь следующих состояний плавно переходящих друг в друга: ДЖВП - ХБХ - хронический калькулезный холецистит (ХКХ) [2,14].

За последнее время появились новые гипотезы патогенеза холецистита [7,8]. Дискуссии идут вокруг желчного осадка, так называемого сладж-синдрома. Исследования посвященные сладж-синдрому относятся к последним десятилетиям и их не много. Как часто желчный осадок переходит в камни ЖП, точных данных нет, рядом зарубежных авторов приводится цифра в 5-15% случаев [7,16,17,18]. По России при анализе доступной нам литературы подобной информации мы, не нашли. Методы лечения и вопрос - надо ли, вообще, лечить данное состояние находятся в ста-

дии разработок. Учитывая это, нами предпринята попытка, проследить течение ДЖВП-ХБХ-ХКХ и сладж-синдрома у больных, прибывших на курорт "Аршан" в ответ на воздействие минеральной термальной маломинерализованной воды гидрокарбонатно-натриево-сульфатной кальциево-магниево с небольшим содержанием кремния и железа, в совокупности с комплексом природных и преформированных факторов курорта "Аршан".

Материалы и методы.

Исследования проводились на базе курорта "Аршан", санатория "Саяны", расположенного в предгорьях Саян (на высоте 920 м над уровнем моря), которые называют Тункинскими Альпами [4]. Диагноз верифицирован на основании жалоб, анамнеза, осмотра, данных санаторно-курортных карт, традиционного клинко-лабораторного и инструментального исследования.

Структуру, моторику ЖП и ЖВП изучали на аппарате ультразвукового сканирования "Алока 500", работающего в режиме реального времени. Состояние ЖП и ЖВП проводили по стандартному протоколу. Оценивали сократительную способность ЖП по методике Е.З. Поляк [12], а сам процесс сокращения - по методике О.С. Антонова, О.П. Ротанова [1]. За физиологические параметры была взята следующая кинетика сокращения ЖП. Длительность первой подготовительной фазы составляла $5,2 \pm 0,4$ мин. В эту фазу происходило сокращение ЖП от шейки ко дну, уменьшался продольный и увеличивался поперечный размер, объем его увеличивался на 5-10%. Продолжительность второй фазы равна 15 мин., за это время ЖП уменьшается на $28,4 \pm 2,14\%$ от перво-