

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: SIAMailbox@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.

Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии продолжают оставаться актуальной проблемой медицины, и составляют: гнойно-воспалительные осложнения со стороны послеоперационной раны от 1 до 50% [1, 6, 7], динамическая кишечная непроходимость от 3% до 5%. В настоящее время все большее внимание обращают на комплексные методы лечения и профилактики осложнений в течении послеоперационной болезни, постоянно внедряются способы и методы профилактики послеоперационных осложнений [4, 5].

Актуальность. Сонографический контроль регионарной анестезии в странах Европы и Северной Америки приобретает статус «золотого стандарта», основываясь на следующих постулатах: 1) нет необходимости обращаться к другим лучевым методам, когда есть возможность выполнить манипуляцию под эффективной УЗ визуализации; 2) УЗ визуализация является единственно возможным методом верификации оптимального положения иглы и распространения анестетика, обеспечения безопасности проведения блокады; 3) ключом для достижения эффективной анестезии является клиническое понимание УЗ анатомии поясничной области.

Для реализации цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить ультразвуковую клиническую анатомию поясничной области для выяснения взаимоотношения XII ребра с поясничным нервным сплетением и сосудисто-нервными пучками забрюшинного пространства (почечными, надпочечниковыми, яичковыми артериями) и брюшной полости (верхнебрыжеечными и нижнебрыжеечными).

2. Обосновать место проведения новокаиновых блокад для химической невротомии поясничного нервного сплетения, брыжеечных артерий и их ветвей (выполнение блокад на трупном материале с использованием контрастирующих веществ).

3. Выявить распространение растворов лекарственных веществ в забрюшинных клетчаточных пространствах в зависимости от их вводимого количества при проведении блокад слева и справа с использованием УЗ-гистографии.

4. Использование рентгенконтрастирующих препаратов в разведении при проведении блокад, как референтного метода.

5. Определение времени нахождения анестетиков различной концентрации в тканях с использованием ультразвукографии.

6. По полученным данным ультразвукового исследования определить сроки повторного введения анестетиков и наиболее оптимальное место для проведения блокад в зависимости от клинических проявлений.

Методы исследования. 40 больным в возрасте 16—70 лет, оперированным в плановом и экстренном порядке, в послеоперационном периоде проводилась разработанная нами пояснично-паранефральная блокада под контролем УЗИ с использованием точки вкола иглы по нижнему краю конца XII ребра, при углублении иглы на 2 см и инъекцией около 100,0 мл 0,25% раствора новокаина позволяет подвергать химической невротомии все ветви поясничного нервного сплетения и, частично, крестцового. При дальнейшем продвижении иглы под углом 60—80 градусов за позадипочечную фасцию, где правильность нахождения иглы контролируется по колебанию кончика иглы в такт дыхательным движениям, введением около 150 мл раствора новокаина блокируется сосудисто-нервные пучки и вегетативные сплетения (почечное, надпочечниковое, верхне- и нижнее брыжеечное), (рис. 1). В дальнейшем проводилась динамическая УЗИ-сонография зоны нахождения анестетика и зоны послеоперационной раны. Сроки исследования соответствовали времени нахождения анестетика в тканях и стадийности раневого процесса. Проведена оценка динамики течения послеоперационной болезни по группам (с традиционным лечением и комплексным лечением с применением блокады). При выполнении данной двухкомпонентной блокады мы достигаем: активного позитивного воздействия на течение местного компонента послеоперационной болезни, сохранения микроциркуляции, резкого укорочения фазы экссудации, стимуляции репаративно-пролиферативных процессов, снижения уровня гнойно-воспалительных осложнений со стороны послеоперационной раны, снижения уровня бронхо-легочных осложнений.

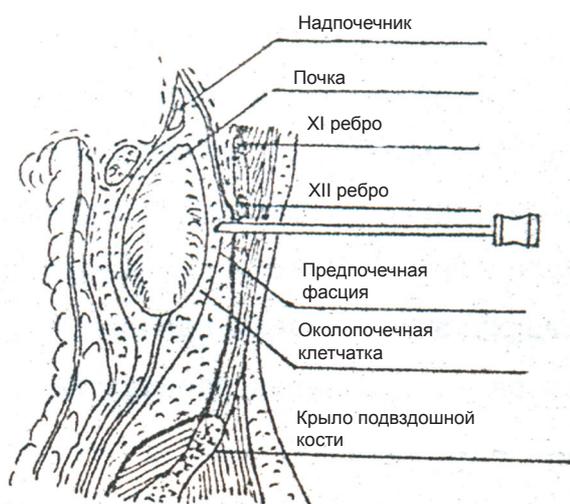


Рис. 1. Слои забрюшинной клетчатки в области левой почки (по Г.Г. Стромбергу)



Рис. 2. Слои забрюшинной клетчатки в области левой почки (УЗИ аппарат MEDISON ACCUVIX V20)

Таким образом, данный метод прост в техническом выполнении и может быть широко применен в клинической практике.

Результаты лечения. В 40 случаях эхогистографическая картина свидетельствовала о благоприятном течении раневого процесса. Выделены его эхогистографические варианты. Выполнено УЗИ с ЦДК послеоперационной раны с традиционным ведением и с применением блокады.

У всех больных прослежено благоприятное течение репаративного процесса, эхографическими признаками которого являлись: уменьшение отека тканей с четкой анатомической слоистостью на третьи сутки, нивелирование гипоехогенных полостей. Эхогистографию проводили во всех случаях с целью неинвазивной верификации содержимого полостного образования. Получены количественные данные различных тканей. В клинике течения послеоперационной болезни отмечено купирование болевого синдрома, ранняя активизация, через 3—5 мин после блокады отмечалось потепление соответствующей стороны и повышение кожной температуры на 2—3 градуса и сохранение повышенной в течении 1,5—2 ч. Определена кратность выполнения блокад исходя из длительности нахождения анестетика и оптимальная точка введения. Для определения основных показателей диагностической значимости и достоверности предлагаемой методики при статистической обработке, сопоставлены данные динамической эхогистографии послеоперационных ран с традиционным ведением и с применением блокад.

Преимущества регионарной анестезии под УЗ контролем заключается в следующем: прямой визуализации окружающих анатомических структур (сосудов, мышц, костей, сухожилий), что облегчает их идентификацию; визуализации иглы и распространения анестетика (прямая и косвенная визуализация); предотвращении побочных эффектов — интраневрального ввода и

пункции сосуда; уменьшении количества пункций (почти в 100% случаев визуализации выполняется лишь одна пункция) и дозы анестетика; более быстрое действие и возможности эффективной пролонгированной анестезии с установкой катетера.

Предложенная методика проведения блокады с контролем места введения анестетика и длительности его нахождения в тканях с помощью комбинированной сонографии позволяет активно воздействовать на течение местного компонента послеоперационной болезни, сохранении микроциркуляции, резкого укорочения фазы эксцудации, стимуляции репаративно-пролиферативных процессов, снижения уровня гнойно-воспалительных осложнений со стороны послеоперационной раны, определить кратность введения анестетиков и его распространение в тканях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачев, И.И. Новые возможности современных методов диагностики, лечения и профилактики гнойных осложнений в хирургии / И.И. Бачев. — М.: Медицина, 1989. — С.58.
2. Вишневский, А.А. Клиническая характеристика механизма действия новокаиновой блокады и метиленовой сини / А.А. Вишневский // Новый хирургический архив. — 1937. — Т. 38, № 3—4. — С.399—403.
3. Вишневский, А.А. Новокаин как стимулятор физиологических функций / А.А. Вишневский, Т.В. Правдич-Неминская // Вестник АМН СССР. — 1974. — № 8. — С.67—82.
4. Ибатуллин, И.А. Регионарные блокады в хирургии: руководство для врачей / И.А. Ибатуллин, А.Д. Тараско, Т.Т. Фаизов [и др.]. — Казань: Медицина, 2003.
5. Ибатуллин, И.А. Патогенетическое обоснование действия паравертебральной новокаиновой блокады / И.А. Ибатуллин, А.Д. Тараско // Казан. мед. журнал. — 1995. — № 2. — С.93—96.
6. Курбангалеев, С.Н. Гнойная инфекция в хирургии / С.Н. Курбангалеев. — М.: Медицина, 1985. — С.271.
7. Кузин, М.И. Раны и раневая инфекция / М.И. Кузин, Б.Н. Костюченко. — М.: Медицина, 1990. — С.592.

© Г.В. Тухватуллина, А.В. Спиридонов, И.А. Гималетдинова, 2013

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

ГАЛИНА ВЛАДИМИРОВНА ТУХВАТУЛЛИНА, зав. клинико-диагностической лабораторией

Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан»

АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ СПИРИДОНОВ, канд. мед. наук, врач-гастроэнтеролог, зам. начальника

Клинического госпиталя, ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан»

ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА ГИМАЛЕТДИНОВА, врач-гастроэнтеролог Клинического госпиталя

ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан»

Реферат. Известно, что важнейшим фактором риска развития и прогрессирования различных заболеваний, связанных с атеросклерозом, служат нарушения липидного обмена. Своевременная и правильная диагностика и интерпретация измененного липидного профиля, оценка сопутствующих факторов риска развития — необходимые условия организации рациональной и эффективной профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: факторы риска, гипертриглицеридемия, липопротеиды высокой плотности, липопротеиды низкой плотности, ишемическая болезнь сердца.

LABORATORY DIAGNOSIS OF DISORDERS OF LIPID METABOLISM

GALINA V. TUKHVATULLINA, ALBERT V. SPIRIDONOV, IRINA A. GIMALETDINOVA

Abstract. It is known that the most important risk factor for the development and progression of various diseases associated with atherosclerosis, are disorders of lipid metabolism. Timely and correct diagnosis and interpretation of the altered lipid profile, assessment of related risk factors — necessary conditions for the organization of a rational and effective prevention of major cardiovascular disease.

Key words: risk factors, high triglycerides, high density lipoproteins, low density lipoproteins and ischemic heart disease.