

ента в возрасте 20 – 39 лет (средний возраст $34,2 \pm 1,3$ года), перенесших легкую ЧМТ.

Всем пациентам проводилось клиничко-неврологическое обследование, мануальное мышечное тестирование. При мануальном тестировании определялось наличие гипертонусов в жевательных мышцах, паравертебральных мышцах, верхнешейных сегментах, коротких разгибателях головы, трапециевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышцах, наличие триггерных точек в этих мышцах, функциональные блоки ШОП, шейно-грудного и краниовертебрального переходов. Интенсивность ГБ оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Проводилось нейропсихологическое исследование. Изменение церебрального кровотока изучалось при помощи транскраниальной доплерографии (ТКДГ). По показаниям проводились компьютерная томография головного мозга, рентгенография ШОП.

Лечение включало в себя одновременное назначение Кавинтона-форте в суточной дозе 20 мг в течение 4 недель и 7 сеансов мануальной терапии, включавшей в себя методы постизометрической релаксации, ишемическую компрессию триггерных точек, классические мобилизационные методы. Для коррекции нарушений биомеханики области краниовертебрального перехода и ШОП использовались мышечно-энергетические техники, как наиболее щадящие и имеющие минимум противопоказаний и осложнений. Также использова-

лись методы прикладной кинезиологии, направленные на устранение психовегетативных проявлений посттравматического стрессового синдрома.

В результате проведенного лечения субъективное улучшение было зарегистрировано в 81,8 % случаев, незначительное изменение самочувствия было зарегистрировано в 13,6 %. В 1 случае (4,6 %) из-за развития вегетативных пароксизмов лечение было прекращено. При объективном анализе результатов лечения было выявлено, что произошло снижение количества дней с головной болью до $5,1 \pm 0,6$ ($p < 0,05$), интенсивность головной боли, согласно данным ВАШ, снизилась с $5,6 \pm 0,8$ до $3,5 \pm 0,7$ балла ($p < 0,05$). При ТКДГ было отмечено улучшение венозного церебрального оттока в 45,5 % случаев. Использование методик прикладной кинезиологии, направленных на коррекцию нарушений психовегетативной сферы, позволило скорректировать уровень тревожности — согласно данным теста Спилбергера-Ханина он снизился с $48,7 \pm 1,2$ до $32,3 \pm 1,7$ баллов ($p < 0,05$).

Таким образом, можно сделать вывод, что комбинированное назначение Кавинтона-форте, улучшающего церебральный кровоток, и мануальной терапии, нормализующей мышечный тонус и нормальную биомеханику в области краниоцервикального, торакоцервикального переходов и шейного отдела позвоночника, является эффективным способом лечения хронических посттравматических головных болей.

А.И. Брегель, Е.А. Кельчевская, В.В. Андреев

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выяснить эффективность лапароскопии при острой мезентериальной непроходимости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Неотложная лапароскопия, клиническая, интраоперационная диагностика.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лапароскопической диагностики за 4 года у 84 больных с острой мезентериальной непроходимостью. Мужчин было 40, женщин — 44. В возрасте до 40 лет был 1 больной, 41 – 50 лет — 4 больных, 51 – 60 лет — 4 больных, 61 – 70 лет — 16 больных, 71 – 80 лет — 39 больных и старше 80 лет был 21 больной.

Длительность заболевания до поступления в стационар составила: до 6 часов — у 12 больных, 6 – 12 часов — у 17, 12 – 24 часов — у 20, свыше 24 часов — у 34 больных. У одного больного острая

мезентериальная непроходимость развивалась в стационаре.

На лапароскопию больные направлялись с подозрением на острую мезентериальную непроходимость (53 больных), острую кишечную непроходимость иного генеза (13), острый холецистопанкреатит (6), перитонит неясного генеза (4), острое желудочно-кишечное кровотечение (3), ущемленную пупочную (2) или паховую (1) грыжу, острый аппендицит (1) и «острый живот» (1 больной).

У 63 больных неотложная лапароскопия выполнена в первые 6 часов нахождения их в стационаре, у 8 — в сроки от 6 до 12 часов, у 7 больных — в сроки от 12 до 24 часов и у 6 больных — более, чем через 24 часа после поступления в клинику.

При острой мезентериальной непроходимости особое значение имеют повторные эндоскопические осмотры брюшной полости через специальную гильзу, оставляемую в передней брюшной стенке. Динамическая лапароскопия была выпол-

нена у 28 из 84 больных, в том числе у 13 больных проведено 2 исследования, у 12 — 3 эндоскопических осмотра, у 2 — 4 лапароскопии и у 1 больного — 5 осмотров брюшной полости.

При проведении неотложной лапароскопии стадия ишемии установлена у 34 больных, некроз кишки обнаружен у 37 больных, у 7 больных диагностирован разлитой перитонит без уточнения его источника. В 6 наблюдениях острая мезентериальная непроходимость не была диагностирована во время лапароскопии.

Всего диагностические ошибки при лапароскопии были допущены у 11 (13,1 %) больных и включали как гипо-, так и гипердиагностику заболевания. В 6 случаях при лапароскопии острая мезентериальная непроходимость не была выставлена вследствие выраженного спаечного процесса (2 больных), либо были диагностированы острая кишечная непроходимость иного генеза (3) и пневматоз (1). У 5 больных с предполагавшейся острой мезентериальной непроходимостью симптоматика «острого живота» была обусловлена осложненным раком сигмовидной кишки (2 больных), копростазом с перфорацией толстой кишки каловым камнем (1) и перитонитом иного генеза (2).

Осложнения лапароскопии возникли у 2 (2,4 %) больных и были связаны с перфорацией стенки кишки стилетом троакара.

Оперированы 26 больных: у 10 выполнена резекция кишки, у 2 — ушивание отверстия в кишке после перфорации стилетом троакара и у 14 больных хирургическое вмешательство было ограничено ревизией брюшной полости.

Выздоровление наступило у 16 (19,0 %) больных, умерло 68 (81,0 %) больных. Аутопсия проведена у 38 больных. Диагноз на секции подтвержден у 36 из 38 больных. У большинства больных имело место сочетание острой мезентериальной непроходимости с другими тяжелыми заболеваниями (сепсисом, перитонитом, инфарктом миокарда, тромбоэмболией легочной артерии, перфорацией острых язв, гангренной нижней конечности, внутрибрюшным кровотечением). У двух больных на секции диагностированы перфорация кишки каловым камнем (1) и острая обтурационная кишечная непроходимость (1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопия, применявшаяся в наиболее трудных диагностических ситуациях, позволила в 86,9 % поставить правильный диагноз острой мезентериальной непроходимости. Ошибки эндоскопической диагностики составили 13,1 %. В 2,4 % неотложная лапароскопия сопровождалась развитием осложнений. Летальность при острой мезентериальной непроходимости остается очень высокой и достигает 81,0 %.

В.П. Будашеев, Ч.В. Содномов, Е.Н. Цыбиков

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Язвенная болезнь и связанные с ней осложнения являются в настоящее время одним из распространенных заболеваний человечества, особенно среди лиц молодого возраста. Это заболевание поражает от 3 до 10 % трудоспособного населения. Одним из наиболее грозных осложнений язвенной болезни, нередко приводящим к летальному исходу, являются кровотечения. Массивные геморрагии наблюдаются у 10 — 15 % больных язвенной болезнью. Летальность от кровотечения колеблется от 1,8 до 15 — 20 %.

Однако известно, что в одних случаях длительно протекающая язвенная болезнь не осложняется кровотечением, а в других возникают и часто повторяются, нередко опасные для жизни кровотечения. Причины того и другого течения язвенной болезни изучены недостаточно.

С целью возможности прогнозирования кровотечения у пациентов с язвенной болезнью, была выполнена попытка сопоставить клинические, ин-

струментальные, лабораторные и коагулологические данные.

Проведено обследование 84 больных язвенной болезнью (из них 61 (73 %) мужчина и 21 (25 %) женщина) в возрасте от 17 до 63 лет. 20 (23,8 %) человек составили контрольную группу, пациенты проходили обычное клиническое и ФГДС исследование, оценивалось состояние секретного аппарата. Коагулологическое исследование проводилось как в период ремиссии, так и в период обострения процесса. Несмотря на отсутствие явных клинических признаков обострения процесса у 1/3 пациентов в период ремиссии при ФГДС исследовании обнаруживалась язва различных размеров, чаще с локализацией на задней стенке желудка — у 7 (8,3 %) человек, или в 12-ти перстной кишке — в 12 (14,3 %) случаях, а у 9 (10,7 %) пациентов имелись признаки пенетрации. Эти пациенты были выделены в группу риска угрозы кровотечения. В период ремиссии существенных коагулологических сдвигов у большинства обследо-