

только в клинической картине, но и в нейрофизиологических показателях. Несмотря на наличие множества форм синдрома паркинсонизма, практическое значение имеет выделение акинетико-ригидной и дрожательно-ригидной форм (АРФ и ДРФ).

Целью работы было исследование полисинаптической рефлекторной возбудимости при АРФ и ДРФ, сопровождающихся МФБС.

Под наблюдением находился 31 пациент с паркинсонизмом: с АРФ – 14 (3 женщины и 11 мужчин, средний возраст – $57,6 \pm 3,7$ года), с ДРФ – 17 (3 женщины и 14 мужчин, средний возраст – $68,5 \pm 1,8$ года). Клиническое обследование включало неврологический осмотр по специально разработанной карте. Тяжесть заболевания определяли по схеме Hoehn, Yahr. Оценку МФБС проводили согласно общепринятым методическим рекомендациям.

Рефлекторную возбудимость ствола мозга оценивали путем электрофизиологического исследования мигательного рефлекса (МР) на 2-канальном электрофизиологическом анализаторе Cauterpoint Dantec (Дания). Выбор МР в качестве основного нейрофизиологического теста был продиктован тем, что он подчинен множественным регулирующим влияниям со стороны сегментарных и супрасегментарных образований, включая базальные ядра и корковые структуры. Методика регистрации МР не требует сильной электрической стимуляции и потому в минимальной степени влияет на реактивность структур ЦНС, а также хорошо переносится больными паркинсонизмом. МР регистрировали по стандартной методике поверхностными электродами в круговой мышце глаза при электрической стимуляции первой ветви тройничного нерва в области надглазничного отверстия.

Нормативные показатели для электрофизиологических методов были установлены при обследовании 8 здоровых добровольцев – 4 женщин и 4 мужчин в возрасте от 55 до 75 лет (в среднем $67,3 \pm 3,9$ года).

Результаты обрабатывали на персональном компьютере с использованием программы “Microsoft Excel-2000” и прикладной программы “Biostat”. При анализе распределений количественных признаков использовали критерий Стьюдента. Сравнение распределений качественных признаков производилось на основе анализа таблиц сопряженности с помощью критерия χ^2 .

По результатам проведенного общеневрологического и нейроортопедического обследований нами были сформированы 2 группы. В 1-ю группу вошли 16 пациентов с паркинсонизмом в сочетании с МФБС (7 с АРФ, 9 с ДРФ). 2-ю группу составили 15 больных паркинсонизмом без МФБС (7 с АРФ, 8 с ДРФ).

При электрической стимуляции надбровья в проекции выхода надглазничного нерва в круговых мышцах глаза возникали рефлекторные разряды, состоящие из двух компонентов: раннего (R1), дисинаптического, и позднего (R2), являющегося по своим характеристикам полисинаптическим. У больных с АРФ паркинсонизма и сопряженным МФБС латентные периоды R1 и R2 составили соответственно в среднем 12 мс и 35 мс. Длительность

рефлекторного ответа для R1 не превышала 8–10 мс, а его амплитуда – $120,3 \pm 4$ мкВ. В свою очередь, длительность R2 находилась в пределах $26,9 \pm 2,2$ мс, а значения его амплитуды – $381,3 \pm 3,5$ мкВ.

Сравнительный электромиографический анализ МР у больных с АРФ паркинсонизма показал, что у пациентов с наличием сопряженного МФБС имело место повышение амплитудно-временных значений его позднего R2 компонента, в частности увеличение его длительности ($37,4 \pm 1,8$ мс; $p < 0,05$) и амплитуды ($461 \pm 5,3$ мс; $p < 0,01$). При сравнении изучаемых электромиографических параметров у больных с ДРФ паркинсонизма и сопряженным МФБС было установлено увеличение амплитуды обоих (R1 и R2) компонентов МР (соответственно 370 ± 3 мс и $686 \pm 8,7$ мс; $p < 0,01$). Другие значения МР у данных больных достоверно не различались.

Мы считаем, что у больных паркинсонизмом имеет место повышение возбудимости супрасегментарных интернейронов ствола мозга. Очевидно, в условиях дополнительной искаженной афферентации из миофасциальных триггерных пунктов происходит дальнейшая дезорганизация функциональной активности проприобульбарных нейронов, участвующих в реализации МР.

Таким образом, согласно результатам проведенного нами исследования, у больных паркинсонизмом с МФБС имеет место нарушение рефлекторной возбудимости ствола мозга.

УДК 616.345 – 006.6 – 06 – 616.345 – 007.272 – 089.8

Ф.Ш. Ахметзянов, Н.А. Валиев (Казань). Опыт хирургического лечения рака толстой кишки, осложненного острой обтурационной кишечной непроходимостью

Мы проанализировали результаты лечения 330 пациентов, поступивших в хирургические отделения Казанского городского онкологического диспансера с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью на почве рака толстого кишечника. Из общего числа пациентов женщин было 190 (57,5%), мужчин – 140 (42,5%). Распределение больных по возрастным группам и полу представлено в табл. 1.

Возраст больных колебался от 26 до 90 лет (в среднем $68,7 \pm 7,6$ года). Пациентов старше 60 лет было 278 (84,2%), 6 пациентов не оперировали: 2 – из-за крайне запущенного онкологического процесса, 3 – в связи с разрешением илеуса консервативными мероприятиями; одну больную доставили в клинику в тяжелейшем состоянии с распространенным гнойным перитонитом, обусловившим смерть от операции.

По локализации опухолевого процесса больные распределялись следующим образом (табл. 2).

Непроходимость кишечника осложнилась перитонитом у 113 (34,9%) из прооперированных пациентов: у 30 – серозным, у 28 – геморрагическим и у 54 – общим гнойным. Еще в 21 случае обтурационная кишечная непроходимость сочеталась с перфорацией опухоли и развитием параканкрозного или параколического абсцессов. Среди больных с гнойными перитонитами у 19 было каловое содержимое в брюшной полости.

По стадиям онкологического процесса больные подразделялись на несколько групп. Стадии болезни

Таблица 1

Возрастно-половой состав больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью (абс./%)			
Возраст, лет	Пол		
	муж.	жен.	всего
20–29	1/0,7	—	1/0,3
30–39	—	—	—
40–49	6/4,3	6/3,2	12/3,6
50–59	12/8,6	27/14,2	39/11,8
60–69	60/42,9	49/25,8	109/33,1
70–79	51/36,4	74/38,9	125/37,9
80–89	10/7,1	33/17,4	43/13,0
90 и старше	—	1/0,5	1/0,3
Всего	140	190	330

Таблица 2

Распределение больных по локализации опухоли	
Локализация рака толстой кишки	Число случаев, %
Прямая кишка	125 (37,8)
нижнеампулярный отдел	3 (0,9)
среднеампулярный отдел	46 (13,9)
верхнеампулярный и ректосигмоидный отделы	76 (23,0)
Левая половина толстой кишки	147 (44,5)
сигмовидная кишка	84 (25,5)
нисходящий отдел толстой кишки	31 (9,4)
селезеночный угол толстой кишки	32 (9,7)
поперечно-ободочная кишка	14 (4,2)
Правая половина толстой кишки	44 (13,3)
печеночный угол толстой кишки	19 (5,8)
восходящий отдел толстой кишки	11 (3,5)
слепая кишка	14 (4,2)
Всего	330 (100,0)

Таблица 3

Характер операций в зависимости от стадии опухолевого процесса				
Виды операций	T2-4N0M0 (стадия B)	T3-4N1-2M0 (стадия C)	T3-4N0-2M1 (стадия D)	Всего
Симптоматические	36 (11,1)*	0	64 (19,8)	100 (30,9)
Паллиативные	0	0	37 (11,4)	37 (11,4)
Радикальные	155 (47,8)	32(9,9)	—	187 (57,7)
Всего	191 (58,9)	32(9,9)	101 (31,2)	324 (100)

* У данной группы пациентов невозможно достоверно установить характер поражения регионарных лимфоузлов, так как препарат не удался.

Таблица 4

Объем хирургических вмешательств					
Виды операций	Число больных				
Толсто- и тонкокишечные стомы	1	16	73	90*	23 [25,6]
Обходной анастомоз + толстокишечная стома	1	0	4	5	0
Обходные анастомозы без стом	0	0	5	5	1 [20,0]
Резекция прямой или сигмовидной кишки по Гартману	7	19	76	100 (20)	21 [21,0]
Гемиколэктомия слева с колостомией	7	8	41	58 (6)**	17 [29,3]
Гемиколэктомия справа с илеостомией	0	6	16	22 (3)	6 [27,3]
Колэктомия с илеостомией	1	4	0	5 (1)	3 [60,0]
Гемиколэктомия слева с анастомозом в брюшной полости	2	0	5	7 (3)	0
Гемиколэктомия справа с анастомозом в брюшной полости	0	0	9	9	1 [11,1]
Резекция сигмовидной и прямой кишки с анастомозом	1	0	8	9 (2)	0
Резекция поперечно-ободочной кишки с колостомией	0	1	1	2 (1)	0
Резекция поперечно-ободочной кишки с анастомозом	0	0	4	4	0
Брюшно-анальная резекция с низведением	0	0	2	2	0
Брюшно-промежностная экстирпация гесті	1	0	5	6 (1)	2 [33,3]
Всего	21 [6]	54 [29]	249 [39]	324 (37)	74 [22,8]

указаны согласно V изданию международной классификации МПРС, определялись по результатам клинических и инструментальных обследований, интраоперационных находок и морфологического изучения препаратов. Во всех случаях выполнялось морфологическое подтверждение отдаленных метастазов.

Были произведены оперативные вмешательства 3 типов (табл. 3): 1) симптоматические (устранение непроходимости без воздействия на опухоль), которые могут выполняться при всех стадиях злокачественного процесса; 2) паллиативные, показанные только при стадии D по Dukes (резецируется пораженный орган с опухолью, но остаются морфологически верифицированные опухолевые очаги или отдаленные метастазы; операцию можно заканчивать формированием стомы или наложением анастомоза); 3) радикальные, которые выполняются на стадиях А, В, С по Dukes (удаляется пораженный орган с опухолью в объеме, традиционно принятом в онкологии, с формированием стомы или наложением анастомоза).

Согласно данным табл. 3, в 224 (69,1%) случаях производились операции с удалением опухолевого очага: у 187 (82,1%) из 223 пациентов в стадиях В и С по Dukes и у 37 (36,6%) из 101 в стадии D.

Объем произведенных хирургических вмешательств отражен в табл. 4 (в круглых скобках указано количество комбинированных операций, в квадратных — % летальных исходов; * в 2 случаях толстокишечная стома выведена с опухолью, в 2 — перфоративное отверстие в опухоли было отграничено от брюшной полости и дренировано 2-просветным дренажем из-за местной распространенности опухоли; ** в 4 — выполнена левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Милулича).

В итоге из 324 прооперированных умерли 74 (22,8) человека. В стадиях В и С после радикальных операций умер 41 (21,9%) из 187 человек, а после симптоматических — 11 (30,6%) из 36. В стадии D после паллиативных операций умерли 9 (24,3%) из 37 пациентов, после симптоматических — 13 (20,3%) из 64.

Непосредственными причинами смерти в раннем послеоперационном периоде были прогрессирование имевшегося гнойного перитонита (у 24), развитие перитонита в послеоперационном периоде (у 19), острая сердечно-сосудистая недостаточность вследствие глубоких метаболических нарушений (у 11), пневмония (у 8), тромбоэмболия легочной артерии (у 6), острая печеночно-почечная недостаточность (у 3), инфаркт миокарда (у 2), острое нарушение мозгового кровообращения (у 1).

Наш опыт позволяет заключить, что рак толстой кишки диагностируется поздно: даже при локализации опухоли в прямой кишке непроходимость кишечника развивалась в наших наблюдениях в 37,8% случаев. При выполнении операций по соответствующим показаниям объем хирургического вмешательства и стадия процесса мало сказываются на ближайших послеоперационных результатах. Организация скорой и неотложной помощи онкологическим больным и концентрация больных в одном учреждении онкологического профиля положительно отражаются на непосредственных результатах хирургического лечения рака толстой кишки.

УДК 617 – 001.3 – 082

Г.И. Петров, Ю.М. Зальмунин (Казань). Медико-социальная реабилитация и качество жизни участников локальных вооруженных конфликтов

С целью противодействия негативным последствиям пребывания в зонах локальных вооруженных конфликтов в 2003 г. в РФ была разработана и согласована на всех уровнях межведомственная программа «Реабилитация военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и сотрудников правоохранительных органов, пострадавших при выполнении задач в условиях боевых действий и при проведении контртеррористических операций». В исследовании принимали участие 328 ветеранов-участников боевых действий в локальных вооруженных конфликтах: 116 человек опрошены в ходе прохождения ими восстановительного лечения по поводу заболеваний и последствий ранений в Республиканском реабилитационном центре МЧС РФ, остальные — по месту службы (работы). Обследованных мужчин до 20 лет было 7,2%, от 20 до 29 лет — 25,6%, от 30 до 39 — 27,8%, от 40 до 49 — 13,8%, от 50 до 57 лет — 6,6%. Участниками вооруженных конфликтов в Афганистане и Чеченской республике являются военнослужащие ВС РФ, сотрудники правоохранительных органов, других ведомств, проходящие в настоящее время службу, а также граждане, уволенные с военной службы по различным причинам (табл. 1). При этом оказалось, что 56 (17,1%) респондентов были уволены со службы по состоянию здоровья и инвалидности.

В результате опроса 92,3% респондентов отметили, что в зоне боевых действий находились в постоянной стрессовой ситуации. В настоящий момент 68% действующих военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов и 47,3% уволенных со службы считают, что их состояние здоровья связано со стрессами. К помощи психолога обращались 43,8% ветеранов, однако лишь 62% из них считают, что психологическая реабилитационная помощь была эффективной. Для снятия психоэмоционального напряжения 62,3% опрошенных ответили, что употребляют алкоголь, 24,1% — предпочитают успокоительные препараты, 13,7% — иные средства (полноценный отдых, беседы с психологом, культурно-массовые мероприятия, улучшение материального состояния) для снятия стресса.

В ходе боевых действий ранения получили 14,9% участников, черепно-мозговую травму в «горячих точках» — 26,2%. Несомненный интерес представляет сравнение полученных нами данных о локализации ранений со сведениями других исследователей. Сравнительный анализ ранений, полученных военнослужащими в Афганистане и в Чеченской республике (табл. 2), показал, что увеличение числа лиц, раненных в голову в Чечне, могло происходить за счет ведения так называемой снайперской войны, а уменьшение числа раненных в грудь — за счет применения бронежилетов. Высокий удельный вес ранений нижних конечностей в обоих вооруженных конфликтах обусловлен ранениями не только огнестрельными, но и от различных мин и осколков гранат.