

4. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): Руководство для врачей. – М., 2003.

5. Ситель А.Б. // Мануальная тер. – 2001. – № 2. – С. 4 –17.

6. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. – Казань, 1995.

7. Ханин Ю.Л. Спилбергера – Ханина тест: Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности / Под ред. Ю.Л. Ханина. – Л., 1976.

8. Dijk J.L. How safe are the new guidelines of the community of European railways for locomotive drivers with a heart disease / J.L. Dijk // First International Meeting "Actual Questions of Railway Medicine" Moscow, April 15–16, 2004. – С. 56 – 58.

Поступила 22.09.06.

ARTERIAL HYPERTENSION IN LOCOMOTIVE DRIVERS WITH MYOFASCIAL NECK PAIN SYNDROME

V.N. Kruglov

S u m m a r y

The role of cervical spine condition and myofascial pain syndrom as pathogenetic reasons for development of arterial hypertension were studied in 400 men working as locomotive drivers and driver assistants. New effective prophylactic and therapeutic measures for arterial hypertension were introduced according to stage of myofascial pain syndrom in these workers.

УДК 616.37 – 002.1 – 089.82

ПУНКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

И.С. Малков, А.М. Зайнутдинов, И.Ф. Шарафисламов, А.П. Киришин

Кафедра общей и неотложной хирургии (зав. – доц. Р.Ш. Шаймарданов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Пункционные методы дренирования полостных образований брюшной полости и забрюшинных пространств, выполняемые под контролем УЗИ и компьютерной томографии, позволили пересмотреть взгляды на лечение многих хирургических заболеваний и осложнений, в том числе панкреонекроза (см. табл.) [1]. По данным зарубежных исследований [4, 6], у 75% пациентов, у которых были показания к открытым хирургическим вмешательствам, при инфицированных формах панкреонекроза были успешно использованы пункционные методы лечения. Данный подход основан на работах Hans G. Beger и Rainer Iseppmann [7]. Ими было установлено, что у большинства пациентов с асептическим панкреонекрозом положительный результат был достигнут с помощью консервативной терапии. В последующие годы, по данным различных авторов, успешность консервативного лечения больных с асептической формой панкреонекроза варьировала от 40 до 98%, летальность – от 2 до 11%.

Был разработан оригинальный метод некрсеквестрактомии [6], выполняемый под контролем компьютерной томографии (КТ), с расширением пункционного канала специальным урологическим бужом с оптической канюлей и баллонным дилата-

Результаты хирургического лечения больных с панкреонекрозом

Вид операции	Годы	Число пациентов	Летальность, %
Дренирующие			
Smadja	1986	38	42
Wilson	1988	14	29
Teerenhovi	1989	12	17
Howard	1989	36	3
Villazon	1991	18	22
Fernandez del-Castillo	1998	64	6
Бойко В.В.	2002	398	19
Гальперин Э.И.	2003	43	13,9
Козлов К.К.	2003	132	12,1
Итого		755	17,8
Открытые/Полуоткрытые			
Wertheimer	1986	10	20
Garcia-Sabrido	1991	28	21
Waclawiczek	1992	43	16
Orlando	1993	15	20
Bradley	1993	71	14
F?gger	1995	125	32
Tsiotos	1998	72	25
Кригер А.Г.	2002	28	17,9
Галимзянов Ф.В.	2003	94	14
Брискин Б.С.	2003	86	19,7
Итого		572	20

тором. Пункционный канал к очагу инфекции проходил в большинстве случаев через поясничную область между селезенкой и толстой кишкой или через правое подре-

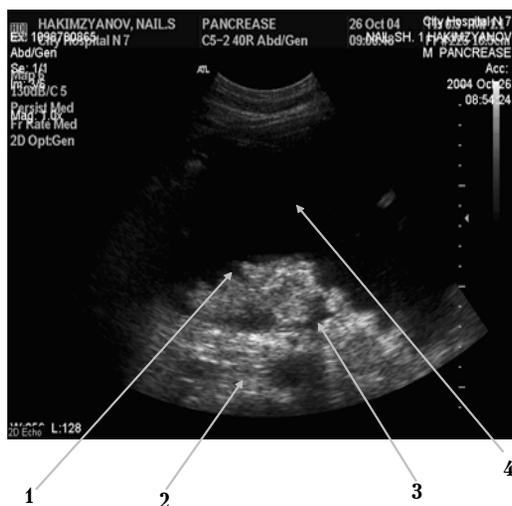


Рис. 1. Эхограмма хвоста и тела поджелудочной железы больного X. с острым панкреатитом средней тяжести (SIRS-2) на 7-е сутки консервативного лечения: 1 – контуры поджелудочной железы, 2 – селезеночная вена, 3 – детритная ткань, 4 – острое скопление жидкости.

берье между толстой кишкой и печенью спереди от двенадцатиперстной кишки. Каждые 7–10 дней производились программные санации абсцесса до очищения его полости. Авторы добились значительного снижения летальности.

С целью разработки и усовершенствования методов пункционного дренирования под УЗ контролем нами были проанализированы результаты лечения, а также морфологические изменения в поджелудочной железе на фоне лечения у 125 больных с панкреонекрозом различной тяжести, поступивших в клинику за период с 2002 по 2004 г. Для оценки прогнозирования течения панкреонекроза и анализа результатов лечения мы используем модифицированную нами систему оценки тяжести состояния больных. Она состоит из двух разделов, включающих основные и дополнительные признаки тяжести заболевания [1]. Согласно данной системе оценки тяжести заболевания, к 1-й группе (5) были отнесены больные, у которых в первые сутки от начала заболевания регистрировались 2 основных признака или 1 основной и 2 дополнительных признака тяжести состояния (тяжелая форма панкреонекроза), ко 2-й группе (120) – пациенты, у которых имелись только 2 дополнительных признака тяжести (панкреонекроз средней тяжести). При развитии инфицированной формы панкреонекроза мы оценивали тяжесть состояния пациен-

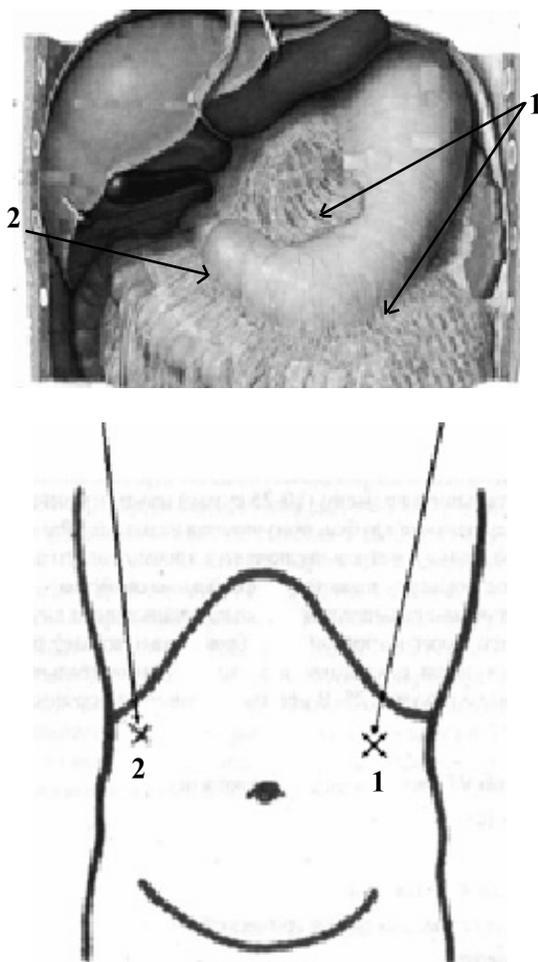


Рис. 2. Доступы к поджелудочной железе для пункционного дренирования в левом (1) и правом (2) подреберьях.

тов по синдрому системного воспалительного ответа (SIRS-systemic inflammatory response syndrome). Наличие 3 признаков системной воспалительной реакции (SIRS 3), локальное скопление неомогенного образования в сальниковой сумке, в забрюшинном пространстве и неэффективность пункционного метода лечения мы считали показаниями к открытому методу лечения инфицированного панкреонекроза.

Все поступившие больные получали патогенетическую интенсивную терапию. 104 больным, состояние которых соответствовало средней тяжести, была назначена консервативная терапия с динамическим УЗ контролем без хирургических вмешательств (рис. 1). Показанием к пункционному дренированию у 21 пациента под ультразвуко-графическим контролем служило наличие инфицированных жидкостных

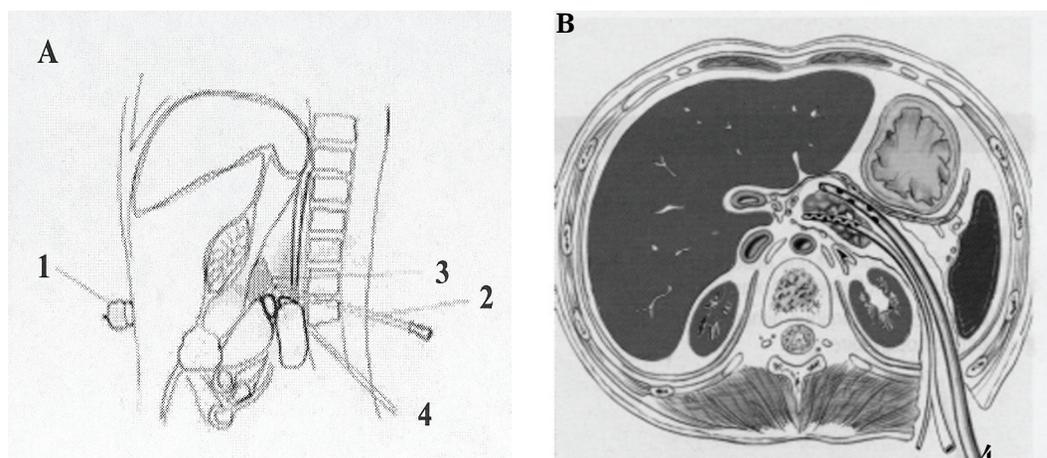


Рис. 3. Доступ к поджелудочной железе для пункционного дренирования в поясничной области слева: 1 — ультразвуковой датчик, 2 — пункционная игла, 3 — поджелудочная железа, 4 — дренаж, установленный после пункции.

скоплений в сальниковой сумке, параколической клетчатке, забрюшинном пространстве и брюшной полости.

Основными методами определения деструктивных изменений в поджелудочной железе являлись УЗИ и КТ. Давая сравнительную оценку диагностической значимости этих методов исследования, мы отметили высокую информативность (90,2%) КТ, когда патологический процесс переходит на забрюшинную клетчатку. Информативность же УЗИ при этом составила 88,6%. Диагностика инфицированных форм панкреонекроза осуществлялась под лучевым контролем путем чрескожной пункции брюшной полости и забрюшинного пространства с последующей окраской экссудата по Граму и микроскопией. В настоящее время, по данным зарубежных авторов, имеется рост грамположительной и грибковой флоры, причина которого точно не установлена [7]. Тем не менее некоторые специалисты находят взаимосвязь грибковой флоры с неблагоприятным исходом заболевания [3].

Нами применялись оригинальные доступы к локализованным очагам инфицированного панкреонекроза. Манипуляции выполнялись с помощью троакара.

Прокол кожи производился перпендикулярно к ее поверхности методом "Free hand" под контролем ультразвукового датчика. Инструмент продвигали к гнойному очагу, обходя прилежащие органы. В большинстве случаев использовался доступ в левом подреберье (рис. 2). Некоторые зарубежные авторы [5, 6] отдавали предпоч-

тение доступу через поясничную область слева, когда пункционный канал проходил между селезенкой и толстой кишкой. Пункция в левом подреберье применялась в связи с наличием так называемого "акустического окна", проходящего через *lig. gastrocolicum* между большой кривизной желудка и поперечной ободочной кишкой. Он был применен у 13 пациентов для дренирования сальниковой сумки. Второй по частоте доступ располагался в правом подреберье (рис. 2) и был осуществлен у 11 больных при локализации патологического очага в области головки и тела поджелудочной железы. Пункционный канал проходил впереди двенадцатиперстной кишки между желудком и поперечной ободочной кишкой. Доступ в поясничной области слева (рис. 3) использовали в 2 случаях в комбинации с другими вариантами. При этом пункционный канал проходил при абсцессах, локализованных в области хвоста поджелудочной железы или параколической клетчатки, между селезенкой и толстой кишкой. Редкое использование данного доступа связано с опасностью повреждения сосудов в области ворот селезенки и стенки ободочной кишки. У 3 пациентов при абсцедировании параколической клетчатки использовали доступ у *spina iliaca posterior superior* (рис. 4). У одного пациента проводилось двойное дренирование вблизи абсцесса больших размеров ввиду неэффективности ранее установленного дренажа. В одном случае выполнялось дренирование двумя многодырчатыми дренажами, установленными навстречу друг к другу.

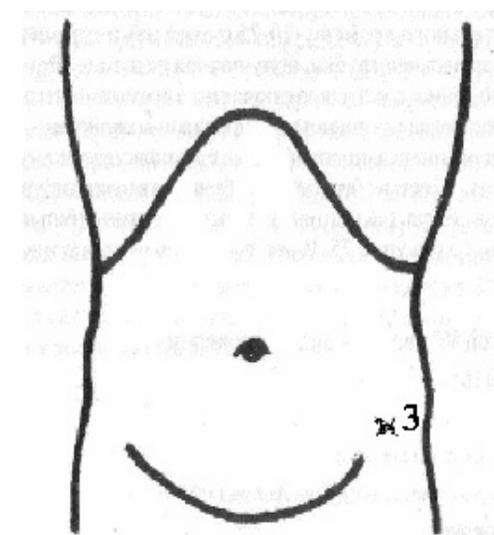


Рис. 4. Доступ 3 у spina iliaca anterior слева к параколической клетчатке.

В большинстве случаев полостные образования дренировали двумя трубками. При отграниченных скоплениях объемом более 100 мл осуществляли ежедневный лаваж раствором диоксида в течение 28 ± 21 суток. У одного пациента производились 8-кратные пункции полостных образований до полного разрешения патологического процесса. У одного больного после многократных пункций возникли показания к переходу на лапаротомию вследствие образования тонкокишечных свищей и аррозивного кровотечения из ложа поджелудочной железы.

После лапароскопических санаций брюшной полости при остром деструктивном панкреатите у 5 больных через 9 ± 3 суток сформировались полостные гнойные очаги, которые дренировали в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве под УЗ контролем. При затруднении ультразвукового осмотра поджелудочной железы на фоне метеоризма использовалась методика "интракорпорального экрана", позволяющая визуализировать структуру поджелудочной железы, сальниковой сумки и забрюшинного пространства [2]. Для этого баллон, находящийся в желудке, заполняли физиологическим раствором, что позволяло повысить разрешающую способность эхосонографии.

Несмотря на эффективность пункционных методов дренирования у больных с

панкреонекрозом под ультразвуковым контролем, в 15 (71,4%) случаях были выполнены хирургические вмешательства. Основными задачами открытых методов хирургического лечения являлись широкое дренирование парапанкреатического пространства, некрэксеквестрэктомия, дополнительная санация очагов некроза.

Больные, которым производились пункции под УЗ контролем, были разделены по тяжести состояния на 2 группы: группа средней (16) и тяжелой (5) степени. В группе средней тяжести отмечались ранние токсемические осложнения в виде острой сердечно-сосудистой недостаточности (1 больной) и пневмонии (1), а также поздние постнекротические осложнения: абсцесс параколического пространства (1), нагноения ран (2), кишечные свищи (1). В группе тяжелой степени ранние токсемические осложнения в виде пневмоний возникли у 2 больных. Поздние постнекротические осложнения представляли собой абсцессы забрюшинного пространства (2), нагноения раны (2), кишечные свищи (1), аррозивное кровотечение (1). Общая летальность составила 12% (в группе средней тяжести – 9%, тяжелой – 15%).

В 63% случаев выявлялась грамотрицательная флора панкреонекроза, в 37% она носила смешанный характер, что требовало назначения дополнительных антибактериальных препаратов. Выявляемость кандидозной флоры в пунктатах достигала 50%, что связано, на наш взгляд, с нозокомиальной инфекцией на фоне длительного антибактериального лечения и, возможно, антибиотикопрофилактики.

Накопленный опыт позволяет рекомендовать для пункционного лечения панкреонекроза под УЗ контролем 4 доступа к ограниченному инфицированным очагам панкреонекроза. Наиболее безопасной к сальниковой сумке считаем пункцию из левого подреберья, где в большинстве случаев имеется "акустическое окно".

Итак, пункционные манипуляции под эхолокационным контролем наиболее эффективны у больных с различными формами панкреонекроза при отсутствии свободно лежащих секвестров ткани поджелудочной железы, являющихся основным источником интоксикации. Данная методика лечения позволяет снизить летальность при средней тяжести до 9% и тяжелом течении заболевания до 15%, а также количество

ранних токсемических и поздних постнекротических осложнений. Благодаря методике "интракорпорального экрана" можно комбинировать лапароскопию и эхолакационное исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ващетко Р.В., Толстой А.Д., Курьегин А.А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. – СПб, 2000. – С. 185–191.
2. Малков И.С., Алукаев М.И., Зайнутдинов А.М., Шарафисламов И.Ф., Киришин А.П. Способ диагностики патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Положительное решение о выдаче патента на изобретение РФ № 2003120741 / 021929 от 07.07.2003.
3. Рудаков А.А., Дуберман Б.Л. // Анн. хир. гепа-тол. – 1998. – № 2. – С. 94–99.
4. Cuschieri A. // Semin. Laparosc. Surg. – 2002. – Mar. № 9. – P. 54–63.

5. Freeny P.C., Hauptmann E., Althaus S.J. et al. / Amer. J. Roentgenology. – 1998. – Vol. 170. – P. 969–975.
6. Johnson C.D., Imrie C.W. Pancreatic disease. London, Springer. – 2004. – P. 383–399.
7. Hans G. Beger, Rainer Isenmann. // J. Hepatobil. Pancreat. Surg. – 2002. – Vol. 9. – P. 436–442.

Поступила 22.03.06.

PUNCTURE METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH DESTRUCTIVE FORMS OF PANCREONECROSIS

I.S. Malkov, A.M. Zainutdinov, I.F. Sharafislamov, A.P. Kirshin

Summary

A new method for surgical treatment of patients with destructive forms of pancreatitis was developed and introduced. This method increased the treatment results, decreased the mortality of patients with severe forms, as well as reduced early toxemic and late postnecrotic complications.

УДК 616.36 – 004 – 02 : 616.831 – 08

ВЫБОР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

А.Г. Иванов, В.В. Трусов

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики, лечения и военно-полевой терапии (зав. – проф. В.В. Трусов) Ижевской государственной медицинской академии

Печеночная энцефалопатия (ПЭ) – сложный синдром, охватывающий весь комплекс потенциально обратимых психических и неврологических нарушений, развивающихся вследствие острой или хронической печеночной недостаточности и портосистемного шунтирования крови [2, 3, 5, 8]. Чаще всего патогенетический механизм связывают с эффектом нейротоксических метаболитов (аммиак, меркаптаны, коротко- и среднецепочечные жирные кислоты и др.), поступающих из кишечника, синтезом "ложных" нейротрансмиттеров из ароматических аминокислот и усилением ГАМКергической передачи нервных импульсов в головном мозге [1, 2, 7, 8]. Отсутствие единой причины и доказательств роли многих факторов повышают актуальность изучения ПЭ с целью оптимизации ее контроля. Таким образом, проблема ПЭ выдвигается на одно из ведущих мест в современной гепатологии. Ее актуальность определяется медико-социальной значимостью – неврологические и психические нарушения не только ухудшают показате-

ли качества жизни пациентов, но и являются причиной ранней инвалидизации [4].

Лечение и профилактика ПЭ представляют определенные трудности, так как во многом зависят от степени печеночной недостаточности. Традиционные комбинации лекарственных средств не всегда оказываются достаточно эффективными, и это предопределяет необходимость усиления терапевтического подхода к элиминации многочисленных повреждающих факторов. С этой целью в комплекс лечения ПЭ мы предлагаем включить эфферентный метод гемокоррекции – криоаферез. В последние годы в клинической практике широко используются методы эфферентной терапии, среди которых особое место занимает криоаферез [6].

Цель исследования – углубленная оценка выбора методов терапевтического воздействия при печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени.

В соответствии с поставленной целью было проведено комплексное клиническое обследование 55 больных (мужчин – 34,