

малоберцовому нерву составило 40,6 м/с (до лечения 32,8 м/с), по большеберцовому - 38,7 м/с (до лечения 34,1 м/с). Во второй группе минимальное значение по малоберцовому нерву составило 36,6 м/с (до лечения 32,8 м/с), по большеберцовому - 36,7 м/с (до лечения 34,1 м/с). Нормализация скоростных параметров при компрессионном типе невропатий отмечена в основной группе в 6,7% случаев по малоберцовому нерву и у 12% больных – по большеберцовому. Исходно повышенные скоростные параметры снизились у всех больных в первой группе.

Таблица 2

Динамика показателей ЭНМГ под влиянием тракционно-мобилизационной терапии

	Исследуемый нерв	Аксональный тип (n=17)		Компрессионный Тип (n=14)	
		До	После	До	После
А _д (мВ)	М/б	0,54±0,17	1,03±0,18*	1,15±0,34	2,11±0,51*
	Б/б	0,58±0,21	1,67±0,34*	2,18±0,63	3,05±0,79
А-пр (мВ)	М/б	0,49±0,12	0,95±0,26*	0,95±0,23	1,86±0,54*
	Б/б	0,52±0,09	1,22±0,19*	1,11±0,17	1,64±0,35*
СПИ _д ф (м/с)	М/б	53,7±4,29	52,5±5,77	36,7±2,90	45,7±1,05*
	Б/б	51,1±3,92	49,8±4,63	37,2±3,20	44,6±3,82*

Примечание: * – обозначены величины достоверно отличающиеся от значений, определенных до лечения (P<0,05). Ад – амплитуда М-ответа в дистальной точке; Апр – амплитуда М-ответа в проксимальной точке СПИ_дф – скорость проведения импульса; М/б – малоберцовый нерв; Б/б – большеберцовый

Таким образом, амплитудные параметры, которые были значительно снижены у большинства пациентов восстанавливались до показателей близких к норме. Это свидетельствует о наличии процессов восстановления проводимости вследствие уменьшения компрессии в заинтересованных мышцах нижних конечностей [2]. При этом максимальный стимулирующий эффект зарегистрирован при комплексном применении тракционно-мобилизационной терапии с ПИР при аксональном типе невропатий и при компрессионном. Увеличение скорости проведения импульса по двигательным волокнам мало и большеберцовых нервов было достоверным изменением в клинической картине. По данным магниторезонансной томографии, после лечения у 24 пациентов (40%), получавших тракционно-мобилизационную терапию, межпозвоночные грыжи и протрузии уменьшились на 0,2±0,5 см, от первоначальных размеров, а у 4 человек ранее имеющиеся протрузии не были обнаружены. Во 2-й группе уменьшение межпозвоночных грыж и протрузий отмечено у 13 человек (21,7%) на 0,15±0,5 см от первоначальных размеров.

Таблица 3

Динамика изменений по данным МРТ

Показатели МРТ (степень уменьшения грыж и протрузий в см)	Группа исследования	Контрольная группа	P
Без динамики	3,3%	41,6%	>0,05
Уменьшение >0,05 см	50%	36,7%	>0,05
Уменьшение >0,1 см	46,7%	21,7%	>0,05

При проведении тракционного лечения необходимо учитывать ее основные принципы - безопасность, адекватность, постепенное увеличение тракционного воздействия, сочетание тракции с миорелаксирующими воздействиями в целях потенцирования и облегчения переносимости [6]. Комплексное применение глубокого массажа (роликами), методов мобилизации, тракции и экстензионной тракции грудного отдела позволили существенно улучшить положительную динамику при лечении [10]. За счет адекватного дифференцированного совмещения миорелаксирующего и мобилизирующего воздействия с тракцией мы добились выраженного релаксирующего эффекта. Создали условия для улучшения микроциркуляции во всей дренажной системе позвоночника, и как следствие выраженного уменьшения отека и компрессии корешков в заинтересованных позвоночно-двигательных сегментах [4, 5]. Данные исследований говорят об эффективности использования тракционно-мобилизационной методики при лечении рефлекторно-компрессионных синдромов при дорсопатиях поясничного отдела позвоночника [1].

Выводы. Установлено положительное влияние тракционно-мобилизационной методики на патофизиологию позвоночника, что приводит к уменьшению выраженности компрессионных и рефлекторных синдромов, восстановление сухожильно-

мышечных рефлексов, нормализации объема движений, снижения болевых проявлений при применении мобилизационно-тракционного стола. Отмечается по данным магнито-резонансной томографии уменьшение размеров межпозвоночных грыж под влиянием тракционно-мобилизационного воздействия. Применение сочетания мобилизации и тракции позволило существенно снизить нагрузку на мышечно-связочный аппарат позвоночника при выполнении процедуры. Определена эффективность воздействия мобилизационно-тракционного стола в комплексе с методами специальной лечебной гимнастики и массажем.

Литература

1. Блюм Е.Э. Теоретическая биомеханика. – М.: РУДН, 1999. – 205с.
2. Блюм Е.Э., Неймарк А.И. // J. Science Culture Education. – 2000. – Vol.3. – P.156–159.
3. *Болезни нервной системы: Рук-во для врачей* / Под ред. Яхно Н.Н. и др. – М.: Медицина, 1995. – 656 с.
4. Бородин О.Б., Сулименко Ю.А. // Современные проблемы курорт, терапии: Сб. науч. тр. – Киев, 1988. – С. 30.
5. Васильева Л.Ф. / В кн.: Мануальная терапия в вертеброневрологии. – Новокузнецк, 1990. – С.53–56.
6. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига, 1991. – 341 с.
7. Веселовский В.П. и др. // Периф. нервн. система. – Минск: Наука и техника, 1987. – Вып. 10. – С. 134–137.
8. Попелянский А.Я. Хабиров Ф.А. // Казанский мед. ж. – 1983. – Т.64, № 5. – С. 382–389.
9. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. – Казань: КГУ. – 1986. – Т. 2, Ч. 2. – 287 с.
10. Попелянский Я.Ю. // Неврол. вест. – 1999. – Т. XXXI, Вып. 1-4. – С.5–9.
11. Ситиль А.Б. и др. // Ж. им. С.С. Корсакова. – 2000. – №10. – С.25–28.

THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF TRACTION MOBILIZED THERAPY AT THE TREATMENT OF DORSOPATHY OF LUMBAR SECTION OF VERTEBRAL COLUMN

O.M. STREPETOV, V.A. DROBYSHEV, A.G. KOKOULIN

Summary

The traction mobilized effect on vertebro-motor sections is a method of traction treatment. The traction influence on articular block is difficult because of reflector muscul-articular fixation. The use of this method allows to increase the effectiveness of dorsopathy treatment of lumbar section of vertebral column.

Key words: vertebro-motor sections,

УДК 616.381-002

ЗАЩИТА ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ВНУТРИВЕННЫМИ ИНФУЗИЯМИ ПЕРФТОРАНА

У.З. ЗАГИРОВ, Г.М. ДАЛГАТОВ, Н.Н. ЗАГИРОВА*

Ныне, когда в значительной степени решены вопросы диагностики, предоперационной подготовки, анестезиологического пособия и послеоперационного ведения больных, основным фактором, определяющим летальность после резекции кишки является несостоятельность швов анастомоза. Число больных с осложненным процессом заживления толстокишечного анастомоза составляет от 5,5–69% [2,5,11]. Это связано с тем, что дистальные отделы кишечника превосходят другие по количеству и степени вирулентности кишечной микрофлоры, в результате чего может происходить инфицирование окружающих тканей через физические герметичные швы, наложенные на толстой кишке [10]. Осложненный процесс заживления кишечного соустья чаще встречается у лиц пожилого и старческого возраста. Это объясняется частотой сопутствующей патологии у этих больных, особенно атеросклероза сосудов, сахарного диабета и др. заболеваний, которые могут снижать функциональные резервы жизненно важ-

* Кафедра хирургии стоматологического и педиатрического факультетов ДГМА, г. Махачкала

ных органов и усугубить, нарушения гемоциркуляции и гипоксии, в т.ч. стенки кишки в области анастомоза [1,3,4].

С появлением в клинической практике перфторана, обладающего газотранспортной функцией, изменились взгляды на традиционные принципы инфузионно- трансфузионной терапии при таких состояниях, как хроническая и острая гипоксия [6,7]. Эффект перфторана в условиях нарушения микроциркуляции объясняется способностью препарата снабжать ткани кислородом через мелкие капилляры, недоступные для эритроцитов и увеличивать эффективную площадь газообмена сосудов за счет полного освобождения кислорода из эритроцитов [8,9]. Отсутствие методов эффективного сохранения кровоснабжения шовной полости и коррекции микроциркуляции в зоне межкишечного анастомоза, особенно в условиях локальной ишемии определяют значимость исследований, направленных на повышение надежности рискованных кишечных анастомозов у больных пожилого и старческого возраста при выполнении различных реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке.

Цель – изучение влияния инфузий перфторана на заживление толстокишечного анастомоза у лиц пожилого возраста.

Материал и методы. Основанием для исследования служили 45 больных в возрасте от 60 до 79 лет (в среднем $68 \pm 9,6$ лет, медиана 69 лет), которым выполнены реконструктивно-восстановительные операции по поводу патологии толстой кишки: опухоли кишечника, колостомы, различные виды механической кишечной непроходимости неопухоловой этиологии, ранения и перфорации толстой кишки, долихомегалосигма (табл.1).

В зависимости от компонентности проводимой инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на коррекцию нарушений гомеостаза, больные разделены на две группы. Контроль составили 24 больных, которым инфузионно-трансфузионную терапию проводили с применением кристаллоидных, коллоидных растворов и препаратов крови. Основную группу составили 21 больной, сопоставимую с контрольной группой по возрасту ($p=0,45$), характеру основной и сопутствующей патологии ($p=0,78$), объему оперативного вмешательства ($p=0,23$). Этим пациентам, наряду с операцией, традиционную инфузионную терапию (без использования препаратов крови) дополняли ежедневным внутривенным ведением перфторана (из расчета по 5 мл на 1 кг веса тела в течение 3 суток).

С целью контроля состояния кишечных анастомозов больным в ближайшем послеоперационном периоде проводилось комплексные исследования с использованием общеклинических, рентгенологических, эндоскопических методов.

Результаты. При клиническом обследовании в контрольной группе пациентов в 31% случаях в ближайшем послеоперационном периоде имелись боли в животе, в 38,1% случаев – периодические вздутие живота и затрудненное отхождение газов и кала, в 40,5% – повышение температуры, у 9,5% – в области анастомоза пальпировался воспалительный инфильтрат. В лабораторных показателях у 35,7% больных отмечался лейкоцитоз >16 тыс. со сдвигом формулы крови влево. У 2 (8,3%) из этих больных на 6-8 сутки после операции наступила несостоятельность швов анастомоза. При гистологическом исследовании области анастомоза у них выявлена недостаточность репаративных процессов в зоне межкишечного соустья.

Таблица 1

Распределение больных по характеру основной патологии

Заболевание	Контрольная группа	Основная группа	Всего	$p(\chi^2)$
Опухоли кишечника	10	9	19	1,0
Колостомы	5	7	12	0,7
Мех. киш. непрох. неопух. этиологии	4	2	6	0,2
Ранения и перфорации кишки	2	2	4	1,0
Долихомегалосигма	3	1	4	0,5
Итого	24	21	45	

У преобладающего большинства пациентов (81,1%) из основной группы по сравнению с контролем отсутствовали выраженные боли в животе. Всего лишь у 21,7% больных в раннем послеоперационном периоде появились признаки пареза кишечника (запоздалое появление перистальтики кишечника, отхождение стула и газов), которые были ликвидированы консервативными мероприятиями в течение в среднем 6-12 часов. Это позволило применить энтеральное питание через тонкий назоэнтеральный зонд в конце вторых суток послеоперационного

периода. В 25,0% случаях в лабораторных показателях отмечался лейкоцитоз >16 тыс. со сдвигом формулы крови влево (табл.2). У одного (4,8%) из пациентов основной группы на 4 день после операции в брюшной полости в области анастомоза пальпировался болезненный инфильтрат без четких границ, который в результате проведенной терапии рассосался. Случаев несостоятельности анастомоза в основной группе пациентов не отмечено.

Проведенные исследования позволили условно выделить две основные клинические формы заживления анастомоза.

Таблица 2

Сравнительная посиндромная оценка заживления толстокишечного анастомоза (%)

Группа	Выраж. боль	Задержка стула и газов	Рост температуры	Лейкоцитоз (>16000)	Инфильтрат бр. пол.	Несостоят. анастом.
Осн.	18,8	31,3	25,0	25,0	4,8	0
Контроль	31,0	38,1	40,5	35,7	9,5	8,3
p	0,35	0,64	0,28	0,44	0,5	0,18
Итого	27,6	36,2	36,2	32,8	8,6	6,9

Первая, благоприятная форма заживления анастомоза характеризовалась незначительно выраженными проявлениями воспаления в области анастомоза, при отсутствии специфических клинических проявлений. Такое состояние мы расценивали как неосложненный процесс заживления анастомоза, не требующий специального лечения. При второй, неблагоприятной форме заживления анастомоза отмечался определенный явный симптомокомплекс анастомозита, подтвержденный данными объективного исследования. Подобное состояние являлось благоприятным фоном для развития несостоятельности швов анастомоза, что указывает на необходимость проведения комплекса специальной терапии. Если в контрольной группе у 31,0% пациентов наблюдалась неблагоприятная форма заживления анастомоза, то в основной группе она составляла всего лишь 18,8%. Соответственно, особенности заживления анастомоза влияли на продолжительность нахождения больного в стационаре. Средняя длительность пребывания больных в стационаре пациентов из контрольной группы составила 19 дней, а из основной группы – 14 дней.

В контрольной группе у многих обследованных к исходу 10 суток после операции ирригография показывала признаки выраженного паракишечного воспалительного процесса: дугообразное смещение контура кишки в области анастомоза, неомогенность паракишечных тканей, перекрут и фиксация кишки, косой или перекрещивающийся ход складок слизистой. Нередко в области анастомоза на протяжении 2-4 см наблюдалось циркулярное и ассиметричное сужение просвета кишки до 1,5-2 см, как правило, с резким, подчеркнутым переходом в неизмененные отделы кишки. У больных основной группы к концу 10 суток после операции рентгенологически признаки анастомозита выражены меньше. Спазм о в области анастомоза, определявшийся более четко у пациентов из контрольной группы, здесь имел менее явный характер, всего лишь у 2 больных наблюдалось циркулярное и ассиметричное сужения области анастомоза до 2,5-3,5 см, а у остальных просвет кишки был сравнительно широким.

Фиброколоноскопически у лиц контрольной группы через 2 недели после операции в преобладающем большинстве случаев заживление кишечного анастомоза сочеталось с воспалительным процессом. При этом в области анастомоза имелся отек слизистой оболочки на протяжении 2-4см в проксимальном и дистальном направлениях; просвет анастомоза сужен до 1,0-1,5 см, деформирован за счет отека слизистой оболочки. По линии кишечного соустья определялся налет фибрина. В зоне анастомоза в пределах слизистой оболочки выявлялись единичные очаги некроза, а по краям регенерирующей раны – эпителизация. При эндоскопическом исследовании у больных основной группы, как и в контроле, почти во всех наблюдениях в области кишечного анастомоза отмечены явления воспалительного процесса, но его интенсивность, была менее выражена. У нескольких больных анастомоз имел вид деформированной складки высотой до 1,5-2 см с четко выраженной межгубной анастомотической бороздкой, по краям которой имелись мелкие грануляционные разрастания. У остальных заживление анастомоза сопровождалось слабо вы-

раженной воспалительной реакцией. К исходу 2-х недель фиброколоноскопия выявляла сформированный, эластичный анастомоз диаметром 3,0-3,5 см. Слизистая оболочка в области соустья имела вид относительно ровной циркулярной складки без заметных признаков воспаления и слабо отличалась от соседствующей слизистой. Обнаруживалось практически полное завершение эпителизации шовной полосы.

Заключение. У лиц пожилого возраста включение перфторана в комплекс инфузионной терапии при выполнении реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке способствует благоприятному течению послеоперационного периода, ускорению репаративных процессов и уменьшению частоты развития осложнений межкишечного анастомоза.

Литература

1. Баркаган З. В. // *Materia Medika*. 1997;1:23-27.
2. Брюсов П. Г. и др. // *Хирургия*. 1994;10:29-32.
3. Горобец Е. С., Свиридова С. П. // *Анестезиол. и реанимация*. 2001;5:44-47.
4. Городецкий В. М. // *Гематол. и трансфузиол.* 1994;3:25.
5. Костюк Г. Я. и др. // *Клин. хирургия*. 1990; 2:10-11.
6. Кочетыгов Н. И. Кровезаменители при кровопотере и шоке. Л. 1984;17-18.
7. Лубнин А. Ю. // *Проблемы гематологии и переливания крови*. 1999;3:11-17.
8. Маджуга А. В. // *Вест. интенс. терапии*. 1999;2:48-51.
9. Мороз В. В. // *Анестезиология и реанимация* 2001;6:22.
10. Рамазанов М. Р. Резекции и анастомозы полых органов. Махачкала, 2002;23.
11. Сигал М. З., Рамазанов Н. Р. // *Клин. хир.* 1991;2:6-7.

УДК 661.36-008.5-089.48

ДРЕНИРОВАНИЕ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

А. В. ГУСЕВ, Б. А. БАЛАГУРОВ, И. Н. БОРОВКОВ, О. И. КОНЬКОВ,
Ч. Т. МАТИНШ, Е. Ж. ПОКРОВСКИЙ, А. В. РАСКИН,
А. М. СТАНКЕВИЧ

При механической желтухе (МЖ) как доброкачественного так и злокачественного генеза стентирование желчных протоков находит все больше сторонников [8,10] и применяется при неэффективности традиционных методов лечения [6], предоперационной декомпрессии [2], паллиативного лечения [7], лечения ряда ятрогенных травм желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), альтернативы гепатикоеюностомии и наружно-внутреннего чрескожного чреспеченочного дренирования (ЧЧД). Наружно-внутренний дренаж, несмотря на определенные положительные моменты, является психологической травмой для больного, снижая качество жизни (болевые ощущения, дискомфорт в зоне трубок, постоянное чувство тревоги из-за возможности смещения, выпадения, инфицирования кожи вокруг него, необходимости ежедневных промываний, и т.д.) [1,4]. Не исключаются желчные затеки, гемоперитонеум и др. осложнения при ЧЧД [3,9]. Если целесообразность применения стентов при неоперабельных опухолях билиарного тракта в качестве паллиативного лечения часто одобряется, этого нельзя сказать при их использовании по поводу холедохолитиаза и доброкачественных стриктур, что диктует необходимость исследований этой области.

Цель – оценить эффективность различных вариантов стентирования и ЧЧД желчных путей при механической желтухе.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения МЖ у 168 лиц, оперированных на базах кафедры общей хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ИвГМА и в больнице скорой помощи г. Владимира в период с 1997 по 2007 гг. Больные разделены на две группы, сравнимые по полу, возрасту, характеру основной и выраженности сопутствующей патологии. Первая – 132 пациента, кому выполнено ЧЧД (мужчин 46, женщин 86). Вторая группа – 36 пациентов, кому выполнено стентирование желчных протоков (мужчин 13, женщин 23). Пациенты со стентированием старше 60 лет составили 47,2%, с ЧЧД – 60,6%. Ранее 33,3% пациентов I группы и 96,7% II группы были оперированы на желчных путях

группы были оперированы на желчных путях (варианты холецистэктомии, холедоходуоденостомии, гепатикоеюностомии, папилэктоми). В экстренном порядке в хирургической стационар госпитализированы 54,6% пациентов I группы и 50% II группы. С давностью желтухи >7 суток госпитализированы 54,6% пациентов I группы и 56,7% II группы. В тяжелом и средне-тяжелом состоянии госпитализированы 84,1% пациентов I группы и 80% II группы. Высокий уровень билирубина и повышенная активность трансаминаз (отмеченные более чем в 80% обеих групп) свидетельствуют о выраженной печеночной недостаточности у данной категории пациентов.

Если имеется возможность провести проводник через зону обструкции в 12-перстную кишку (ДПК), целесообразно отдать предпочтение наружно-внутреннему дренированию перед наружным. Данный вариант оказался возможен лишь в 29,6%. В то же время нередки случаи, когда первоначально выполнить наружно-внутреннее дренирование невозможно, но после этапа наружного дренирования, санации и стихания воспалительных явлений частично восстанавливается проходимость билиарного тракта, что и позволяет перевести дренаж в положение наружно-внутреннего. Этот вариант дренирования выполнен в 23,5%. В 53,1% случаев удалось провести наружно-внутреннее дренирование, а в 46,9% лишь наружное из-за невозможности преодоления зоны обструкции билиарного тракта. Нет статистически достоверной зависимости варианта дренирования (наружное или наружно-внутреннее) от генеза МЖ и уровня обструкции билиарного тракта и считаем, что это зависит от выраженности стеноза.

Таблица

Характер стентирования в зависимости от причины МЖ

Вид стентирования	Причина механической желтухи	Σ
Чрескожное чреспеченочное стентирование (ЧЧС) одним протезом	Рак гепатикохоледоха	6+1л
	Рак ворот печени	1
	Рецидив рака БСДПК, состояние после папилэктоми	1
	Рак БСДПК	1
	Хр. индуративный панкреатит, стеноз ТООЖП	1
	Рубцовая стриктура гепатикохоледоха	4
	Рак головки поджелудочной железы	3
ЧЧС долевых протоков	Рак общего печеночного протока	1
Баллонная эндобилиарная дилатация, ЧЧС холедоха	Рак ТООЖП	1
Баллонная дилатация анастомоза, ЧЧС гепатикоеюноанастомоза	Стриктура гепатикоеюноанастомоза, холангит	1
Ретроградное стентирование одним или двумя стентами	Рак головки поджелудочной железы	1
	Рак общего желчного протока	2
Чресфистульное стентирование	Стриктура общего печеночного протока	1
	Рак общего печеночного протока	2
Интраоперационная баллонная дилатация и стентирование	Холедохолитиаз, протяженная стриктура ТООЖП	1
	Стриктура гепатикохоледохаеюноанастомоза	2
Интраоперационное стентирование	Холедохолитиаз, протяженная стриктура ТООЖП	1
	Клипирование холедоха во время ЛХЭ	1
Интраоперационное стентирование и холедохоеюноанастомоз по Ру	Индуративный панкреатит	2
	Травма холедоха при ЛХЭ	1
Интраоперационная баллонная дилатация, стентирование и наружное дренирование общего печеночного протока	Рак гепатикохоледоха	1л
Итого		34+2л

Примечание: л – летальный исход в стационаре

Различные варианты ЧЧД при доброкачественном генезе МЖ были выполнены в 29 случаях (22%), летальность в данной подгруппе – 13,8%. Наиболее часто данный вариант дренирования выполнен при стриктурах гепатикохоледоха (41,4%), холедохолитиазе (20,7%), индуративном панкреатите (17,2%). При злокачественном генезе МЖ ЧЧД выполнено 103 пациентам (78%), летальность – 14,6%. На первом месте по количеству стоит рак гепатикохоледоха (43,7%), на втором – рак головки поджелудочной железы (35,9%), на третьем – рак большого сосочка ДПК (БСДПК) и ворот печени (по 6,8%). Во второй группе пациентов стентирование при доброкачественном генезе МЖ выполнено в 41,7% (стриктуры желчных протоков и гепатикоеюноанастомоза,

* ГОУ ВПО Ивановская ГМА, каф. общей хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, ГКБ СМП г. Владимира