

лась на 6-й день лечения. При средней степени выраженности болевого синдрома состояние улучшилось на 3–4-е сутки, максимальный эффект был достигнут на 8–9-е сутки, трудоспособность наступала на 10-е сутки. При выраженной степени болевого синдрома с заинтересованностью корешка стойкий эффект отмечался на 10–12-е сутки лечения, трудоспособность наступала на 13–14-е сутки.

Представленная схема лечения позволяет купировать или значительно уменьшить интенсивность боли в 91,8% случаев. Применение комбинации дексаметазона, Комбилипена, Артрозана и Октолипена позволяет купировать болевой синдром в 2 раза быстрее, чем при применении стандартной схемы лечения; сократить время нетрудоспособности на 5–7 дней и удлинить межприступный период.

TREATMENT OF DORSALGIA AT THE OUTPATIENT-POLYCLINIC STAGES AT A TOWN HOSPITAL

I. Pimonova

Town Hospital, Town of Moskovsky

To undertake therapeutic and prophylactic measures at a town hospital is urgent for patients complaining of back pain. To enhance therapeutic efficiency enables the use of new combination treatments.

Key words: dorsalgia, osteochondrosis, radicular syndrome, disk herniation, combination treatments, Arthrozan, Kombilipen.

Журнал «Медицинская сестра» —

издание, необходимое
руководителям
медицинских учреждений —
главным врачам,
их заместителям
по сестринскому
персоналу,
специалистам-практикам,
преподавателям
и студентам
всех медицинских
образовательных
учреждений

Подписаться можно
с любого месяца

Полугодовой
подписной индекс

по каталогу «Роспечать» — 47989
по каталогу «Пресса России» — 44463
по каталогу «Почта России» — 73257



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«РУССКИЙ ВРАЧ»

из практики

НОВЫЙ МЕТОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

П. Ногтев, К. Чилингариди, кандидат медицинских наук,
В. Яковенко, кандидат биологических наук,
ММА им. И.М. Сеченова
E-mail: minaeva.v@mail.ru

В статье отражен успешный опыт применения нового неинвазивного электрофизиологического метода контроля и коррекции моторики желудочно-кишечного тракта у больной, страдавшей ранней спаечной кишечной непроходимостью.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, электрогастроэнтерография, стимуляция кишечника.

Одним из тяжелых послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии, занимающим 3-е место (после распространенного и местного перитонита — абсцессов брюшной полости), является ранняя спаечная кишечная непроходимость (СКН). Частота развития СКН за последние 20 лет увеличилась почти в 2 раза [4, 7, 10]. Рецидивы СКН после повторного хирургического разделения спаек отмечены у 30,3–71% больных [1, 2]. В 10–12% случаев заболевание протекает с формированием спаечных конгломератов, когда хирургическое лечение становится крайне проблематичным, а в некоторых ситуациях технически невозможным. Наиболее часто СКН возникает как после хирургического лечения воспалительных заболеваний внутренних органов, так и после повторных оперативных вмешательств. По данным литературы, наибольшее количество пациентов с клинической симптоматикой ранней СКН приходится на 1-ю неделю послеоперационного периода (около 60%) [4]. Риск развития ранней СКН зависит от многих факторов, и для конкретного больного прогнозировать с высокой вероятностью дальнейшее течение заболевания нельзя. Летальность вследствие СКН остается высокой (от 13 до 60%), что побуждает к поиску новых способов лечения.

В настоящее время лечение СКН начинается с консервативных методов лечения и включает все возможные сегодня методы стимуляции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — как медикаментозные, так и инструментальные. При нарастании клинических и лабораторных показателей интоксикации, усилении водно-электролитных нарушений, появлении признаков ишемии кишечника и перитонеальных явлений возникает необходимость в повторном вмешательстве на брюшной полости.

Наше внимание привлек новый электрофизиологический метод контроля функциональной активности ЖКТ и лечения его дисфункции. Метод и аппаратуру разработали сотрудники Института хирургии им. А.В. Вишневского [13]. Это — узкоспециализированный многоканальный комплекс, который позволяет выполнять гастрографию, дуоденографию, энтерографию, колонографию и резонансную стимуляцию ЖКТ. Диагностическая часть комплекса — «селективный полиграф ЖКТ» [11, 12] — электронный блок, обрабатывающий и усиливающий сигналы биоэлектрической активности

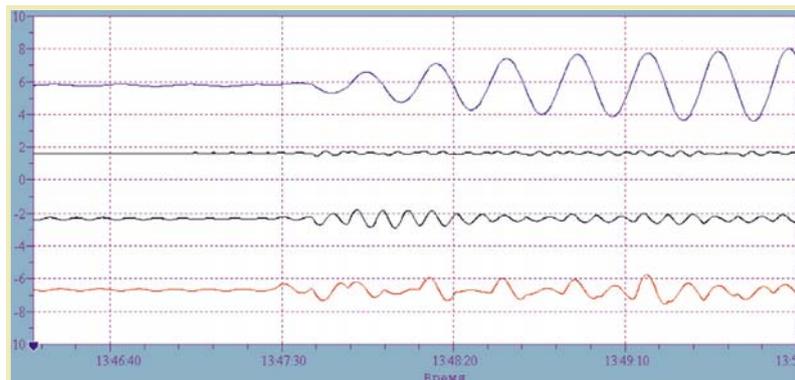


Рис. 1. Спонтанная биоэлектрическая активность возбудимых структур основных отделов ЖКТ Слева – до 13 ч 47 мин 30 с. Начальный этап развития реакции возбудимых структур желудка и неспецифические реакции тонкой и толстой кишки в ответ на резонансную стимуляцию возбудимых структур (справа – от 13 ч 47 мин 30 с). Первая сверху кривая соответствует биоэлектрической активности желудка, 2-я – двенадцатиперстной кишке, 3-я – тонкой кишке, 4-я – толстой кишке

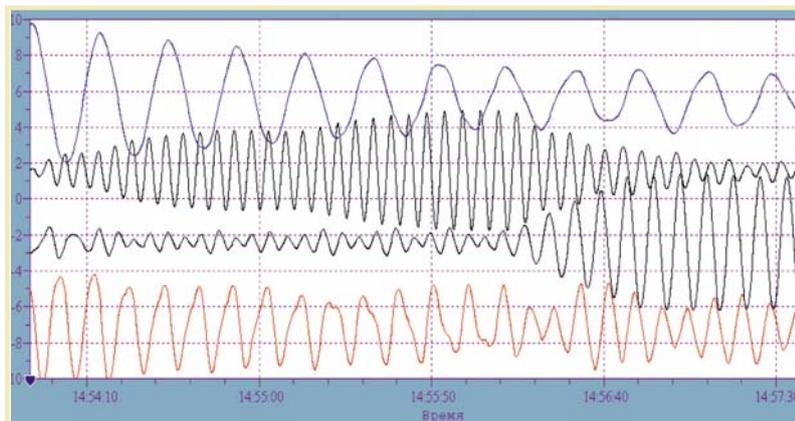


Рис. 2. Реакции возбудимых структур основных отделов ЖКТ в ответ на изменения частоты импульсов в стимулирующей серии

ЖКТ, причем дифференцированно всех его отделов (желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и ободочной кишки). Электронный блок подсоединяется к компьютеру (ноутбуку) со специальным программным обеспечением, позволяющим представлять результаты исследования в виде 4 кривых, соответствующих желудку, двенадцатиперстной кишке, тонкой и толстой кишке [5, 9]. Обоснование метода базируется на многочисленных исследованиях, доказывающих наличие тесных взаимосвязей между электрической и механической составляющими сократительной деятельности всех отделов ЖКТ. Регистрация биопотенциалов желудка и кишечника проводится неинвазивно с верхних и нижних конечностей пациента, может осуществляться многократно. Это исследование безопасно и позволяет обследовать даже больных в состоянии крайней тяжести [10].

Принцип работы резонансного стимулятора ЖКТ (другая составная часть комплекса) основан на способности возбудимых структур кишечной трубки взаимодействовать с ультранизкочастотной электростимуляцией, имеющей необходимую подобранную частоту воздействия, родственную естественным биоэлектрическим процессам определенного отдела ЖКТ. Амплитуда тока стимулирующих импульсов

мала и находится ниже порога возбуждения нервных тканей внутренних органов скелетной мускулатуры. Поэтому сеансы резонансной терапии не вызывают неприятных ощущений у пациента, но при совпадении частотных характеристик естественной биоэлектрической активности возбудимых структур внутренних органов и стимулирующих серий достаточно для возникновения эффекта резонанса [12, 14], а также объективно доказанных изменений функционального состояния стимулируемых органов ЖКТ. Использование резонансного стимулятора в комплексе с селективным электрогастроэнтерографом позволяет проводить лечебное воздействие целенаправленно, опираясь на данные об исходном состоянии биоэлектрической активности, а также менять силу и частоту стимуляции в зависимости от данных, регистрируемых на мониторе компьютера в режиме реального времени.

Описанный лечебно-диагностический комплекс с успехом применяется в ряде клиник России [3, 6, 8, 12], хотя общий опыт пока невелик. Приводим клиническое наблюдение, касающееся применения селективного полиграфа и резонансного электростимулятора ЖКТ у больной с развившейся ранней СКН.

Больная К., 72 лет, с 05.10.09 по 26.11.09 г. находилась на лечении в клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ММА им. И.М. Сеченова.

Больной в плановом порядке 23.09.09 удалены матка и правые придатки. Операцию предполагалось выполнить лапароскопическим способом, но в связи с выраженным спаечным процессом в малом тазе после ранее выполненной левосторонней аднексэк-

томии больной осуществлено надлобковое чревосечение.

Послеоперационный период вначале протекал стандартно, но на 12-е сутки появилась рвота до 3 раз в день. 05.10.09 по клиническим и рентгенологическим данным у больной диагностирована острая кишечная непроходимость. В течение 12 ч проводилась общепринятая консервативная терапия, не давшая клинического эффекта. По данным рентгеноскопии картина кишечной непроходимости сохранялась.

05.10.09 в экстренном порядке выполнена релапаротомия. В малом тазе выявлен выраженный рубцово-спаечный процесс с вовлечением петель подвздошной, сигмовидной кишки и мочевого пузыря, ткани плохо дифференцировались. После разделения спаечного конгломерата выявлено, что участок подвздошной кишки на протяжении 10 см рубцово изменен с формированием нескольких «двустволок». Выполнена резекция 20 см подвздошной кишки с наложением межкишечного анастомоза.

В послеоперационном периоде сохранялся парез кишечника. Проводилась стандартная стимуляция работы кишечника (медикаментозная и ультразвуковая). Вначале удалось достичь появления перистальтики, затем – самостоятельного стула. Однако сохранялся парез кишечника, количество застойного

отделяемого из желудка достигало 600–700 мл за сутки. 15.10.09 прослежен пассаж взвеси бария по кишечнику в течение 24 ч, отмечалось медленное продвижение контрастного препарата по кишечнику до прямой кишки; через 1 сут часть принятой взвеси бария остается в желудке. 16.10.09 с целью стимуляции работы кишечника эндоскопически установлен энтеральный зонд с последующим введением в него солевых растворов. Состояние больной на некоторое время улучшилось – ежедневно был неоднократный, жидкий стул. Однако сохранялись тошнота, вздутие живота, шум плеска в кишечнике на фоне прослушиваемой вялой перистальтики. 18.10.09 и 19.10.09 отмечались подъемы температуры до 38°C с ознобом, лейкоцитоз – до $16 \cdot 10^9/л$. К 21.10.09 увеличилось количество застойного отделяемого по желудочному зонду (до 2,5 л/сут).

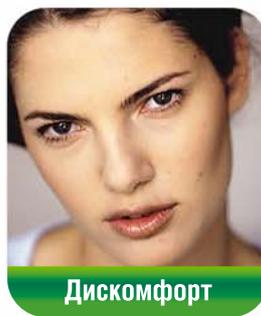
При рентгенологическом исследовании отмечались газожидкостные тонкокишечные уровни, контрастный препарат, введенный в энтеральный зонд, забрасывался в двенадцатиперстную кишку и желудок. По данным УЗИ, в левой мезогастральной области определялись петли тонкой кишки с утолщенными стенками до 6–8 мм, межпетельно – скопление жидкости. У больной развилась тонкокишечная непроходимость, обусловленная спаечным процессом брюшной полости. 21.10.09 выполнена экстренная релапаротомия. В брюшной полости выявлен выраженный спаечный процесс с образованием единого конгломерата без четкой дифференцировки тканей. Петли кишечника равномерно умеренно раздуты, стенка кишки утолщена вследствие отека. При попытке выделения петли тонкой кишки был вскрыт ее просвет с последующим ушиванием дефекта. Все дальнейшие манипуляции по выделению кишки приводили к десерозированию ее стенок. С учетом отсутствия у больной признаков странгуляционной кишечной непроходимости, явлений перитонита и невозможности технически разделить петли кишечника операция закончена. С целью уменьшения синдрома высокого внутрибрюшного давления швы наложены только на кожу.

В послеоперационном периоде продолжены антибактериальная, инфузионная терапия, УЗ-стимуляция желудка и кишечника. На фоне лечения удалось добиться появления вялой перистальтики и скудного жидкого стула, однако количество отделяемого из желудка достигало 1 л. На 9-е сутки после последней операции – свищ тонкой кишки; к нему установлена ирригационно-аспирационная система. Общепринятые методы лечения были неэффективными, у больной постепенно развивалась декомпенсация водно-солевого и энергетического обмена; как следствие, появились признаки дыхательной и сердечной недостаточности.

С 30.11.09 в комплекс лечения была введена резонансная электростимуляция под контролем селективной электрогастроэнтерографии. Стимуляция осуществлялась в разных режимах в зависимости от биоэлектрической активности ЖКТ. Длительность проводимой стимуляции достигала 3 ч. В первые 6 сут сеансы стимуляции проводили ежедневно, затем – через день. Полный курс лечения включал 13 сеансов. Активность основных отделов ЖКТ постепенно нарастала (от 1–3 до 12–18 мкВ для желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишок, от 2–5 до 15–25 мкВ – для толстой кишки). Амплитуда биоэлектрических сигналов в конце курса лечения увеличилась максимально (80–120 мкВ – для желудка, 60–80 мкВ – для двенадцатиперстной и тонкой кишок, 100–140 мкВ – для толстой кишки). На рис. 1 и 2 представлены фрагменты лечебно-диагностического сеанса. 13.11.09 выполнено рентгеноконтрастное исследование: принятая *рег ос* взвесь бария через 10 ч находилась в сигмовид-

Бускопан®

Останавливает спазмы,
останавливает боль!



Дискомфорт



Боли



Спазмы



Болезненные менструации

Бускопан® — ваш правильный и надежный выбор

- Быстрое устранение боли
- Направленное действие
- Натуральная основа

Взрослые и дети старше 6-ти лет:



1–2 супп. 3–5 раз/сутки — эффект через 8–10 минут



1–2 табл. 3–5 раз/день — эффект через 20–30 минут
Эффект сохраняется в течение 6-ти часов



Boehringer
Ingelheim

Бускопан® — препарат выбора при болях и спазмах в области живота

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ЛИБО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

ной кишке и ампуле прямой кишки. Больной начато питание через рот. С 14.11.09 перестало поступать тонкокишечное отделяемое по дренажу; 16.11.09 удалены дренаж, зонд для питания; пациентка переведена на питание через рот. 19.11.09 инфузионная и антибактериальная терапия отменена. На момент выписки больная активна, температура нормальная, тошноты, вздутия и боли в животе нет, стул ежедневный. Рана на животе полностью зажила.

Через 1 мес после выписки пациентка чувствует себя удовлетворительно.

Приведенное наблюдение, как и весь наш опыт, позволяют говорить о целесообразности применения резонансной стимуляции в комплексном лечении ранней СКН.

Литература

1. Баранов Г.А., Карабовский М.Ю. Отдаленные результаты оперативно-го устранения спаечной кишечной непроходимости // Хирургия. – 2006; 7: 56–60.
2. Власов А.Л., Хабибулина З.А., Перископов Д.В. Результаты анализа 64 случаев ранней спаечной непроходимости кишечника // Здоровоохранение Башкортостана. – 2003; 4: 72.
3. Воронюк Г.М., Коробко Л.М., Строганов Д.А. и соавт. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости, которая возникла у больного вскоре после хирургического разделения спаек // Детская хирургия. – 2003; 4: 48–49.
4. Запороженко Б.С., Вилюра О.В., Бородаев И.Е. и соавт. Ранняя острая спаечная кишечная непроходимость, вопросы диагностики, хирургического лечения и профилактики рецидива // Украинский журн. хирургии. – 2009; 4: 60–62.
5. Каримов С.Х., Мирошниченко А.Г., Кацадзе М.А. и соавт. Селективный электроэнтерогастрограф: пат. Рос. Федерация. № 54302 // Открытия, изобретения. – 2006; 18.
6. Каримов С.Х. Объективизация диагностики пареза желудочно-кишечного тракта и контроля его лечения при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 2008.
7. Лубянский В.Г., Комлева И.Б. Эффективность лечения конгломератных форм спаечной кишечной непроходимости с применением энотрансверзоанастомоза // Хирургия. – 2009; 3: 29–32.
8. Рахмонов Д.А. Объективизация диагностики и контроля лечения пареза желудочно-кишечного тракта при разлитом перитоните // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2007.
9. Свинын С.Ф., Комякова К.В., Каримов С.Х. и соавт. Программно-инструментальный комплекс для функциональной диагностики в хирургической гастроэнтерологии // Приборостроение. – 2006; 11: 74–77.
10. Ступин В.А., Смирнова Г.О., Баглаенко М.В. и соавт. Периферическая электрогастроэнтерография в клинической практике // Леч. врач. – 2005; 2: 60–62.
11. Яковенко В.Н., Шульгина Н.М., Цагарав А.Б. и соавт. Перспективное направление развития интегральных электрофизиологических методов // Вестн. интенс. тер. – 2008; 4: 58–61.
12. Яковенко В.Н., Игнатъева В.Б., Цагарав А.Б. и соавт. Резонансная стимуляция. Перспективы использования для лечения и в научных исследованиях // Вестн. интенс. тер. – 2007; 2: 52–55.
13. Яковенко В.Н., Яковенко С.В., Смирнова В.И. и соавт. Универсальный энтерогастрограф: пат. Рос. Федерация. № 2088150 // Открытия, изобретения. – 1997; 24.
14. Яковенко В.Н., Шульгина Н.М., Яковенко С.В. и соавт. Механизмы генерации медленных составляющих биоэлектрической активности в диагностике и коррекции функционального состояния органов ЖКТ // Межд. мед. журн. – 2000; 3: 228–233.

A NEW METHOD IN THE COMPLEX TREATMENT OF ADHESIVE ILEUS

P. Nogtev, K. Chilingaridi, Candidate of Medical Sciences, V. Yakovenko, Candidate of Biological Sciences I.M. Sechenov Moscow Medical Academy
The paper shows successful experience in using a new electrophysiological non-invasive monitoring method and in correcting gastrointestinal tract motility in a patient with early adhesive ileus.

Key words: adhesive ileus, electrical gastroenterography, intestinal stimulation.

из практики

КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

В. Корсун, доктор медицинских наук, профессор,
Е. Корсун,
РУДН, Москва
E-mail: korsun_v@mail.ru

У детей раннего возраста вследствие различных причин часто встречаются функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Поэтому поиск новых эффективных средств коррекции данных нарушений продолжается. В качестве коррекции работы ЖКТ целесообразно использовать препараты растительного происхождения. Одним из новых фитопрепаратов является Плантекс, содержащий экстракт плодов и эфирное масло фенхеля.

Ключевые слова: функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, Плантекс, дети.

Вследствие несовершенства ферментативной и нервной систем, недоразвития морфофункциональных систем всего пищеварительного тракта у детей раннего возраста довольно часто встречаются функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. При этом родители отмечают плохой сон, наличие у ребенка схваткообразных кишечных колик, повышение газообразования, отказ от грудного вскармливания и пр. [5].

После исключения острой патологии со стороны пищеварительного тракта (острый аппендицит, непроходимость кишечника и пр.) у детей нередко устанавливают функциональные нарушения в виде кишечных колик. Они могут появляться при приеме матерью жирной и пряной пищи, несбалансированном прикорме, искусственном вскармливании, патологии в родовом периоде (дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистит, наличие аллергических реакций в анамнезе и пр.), курении женщины в период беременности.

Устранить указанные нарушения иногда удается, если предотвратить возможное срыгивание. Для этого достаточно подержать ребенка в полувертикальном положении в течение 10 мин. Однако в некоторых случаях таких рекомендаций недостаточно. Поэтому поиск новых, более эффективных средств и методов коррекции функциональных нарушений пищеварительного тракта у детей (и не только в раннем возрасте) продолжается.

В качестве коррекции работы пищеварительного тракта целесообразно использование фитопрепаратов ветрогонного, спазмолитического действия (плоды фенхеля, укропа, петрушки, кориандра, цветки ромашки, душицы и др.)

Одним из новых растительных средств является Плантекс, содержащий экстракт плодов и эфирное масло фенхеля. Препарат увеличивает секрецию желудочного сока, усиливает перистальтику кишечника, предупреждает скопление газов в кишечнике и способствует их отхождению, оказывает спазмолитическое и антисептическое действие [1].

Фенхель обыкновенный (*Foeniculum vulgare* Mill.) – многолетнее травянистое растение с сильным ароматом; произрастает в теплых районах России, на Кавказе, в Средней