

chronic gastritis (type B, stage of remission) patients as a control group have been studied. The all-round examination included esophagogastroduodenoscopy, pH-metry of gastric juice, double testing for helicobacter infection (test for urease activity and the microscopy of Gimza-staining impression

smears). The examination of the biochemical composition of the gastric juice included the study of its osmolarity and NO₂ and Ca⁺² level. It has been revealed hypoosmoticity of the gastric juice while the role of NO in the stimulation of gastric secretion is questionable.

УДК 616.711+616.8:616-082

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ В УМОВАХ НЕВРОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВУЗЛОВОЇ ЛІКАРНІ

Луцький І.С., Євтушенко М.І., Журавльова В.П., Туз Ю.О., Чаплик О.А.

Дорожня клінічна лікарня на ст. Донецьк

Вузлова лікарня на ст. Артемівськ

Вертеброневрологічна патологія є однією з актуальних проблем сучасної медицини. Вона належить до найпоширеніших як серед захворювань нервової системи, так і в загальній структурі хвороб. Поширеність цієї патології має тенденцію до безперервного збільшення. Найбільше число пацієнтів знаходиться у віці від 30 до 59 років. Саме тому зазначена патологія є найчастішою причиною тимчасової втрати працездатності й уступає в цьому тільки захворюванням органів подиху і кровообігу. Це визначає не тільки медичну, а і соціально-економічну значимість даної проблеми [6]. Основна причина розвитку неврологічних синдромів спондилогенної природи - дегенеративно-дистрофічні зміни у хребетному руховому сегменті (РХС) [1,3]. В їх основі лежать порушення біомеханічних функцій хребта, які зв'язані з неможливістю адекватної компенсації навантажень, що приходяться на міжхребцевий диск [5]. Зараз зафіксовано, що кожна друга людина на землі протягом життя зазнає біль у спині, внаслідок остеохондрозу хребта [3].

Специфіка роботи на залізничному транспорті (переохолодження, вібрація, тривале перебування в змушеному положенні тіла, статико-динамічні і психоемоційні навантаження, робота в екстремальних умовах) сприяє виникненню больових відчуттів у різних відділах спини і часто потребує госпіталізації. В 2004 році у неврологічному відділенні вузлової лікарні станції Артемівськ проліковано 949 хворих з неврологічними проявами остеохондрозу

хребта, що склало 57,3% від усіх залізничників, які знаходилися на лікуванні у відділенні.

Протягом тривалого часу в неврологічному відділенні накопичувався досвід лікування вертеброневрологічних хворих. Вивчались сучасні методи лікування спондилогенної неврологічної патології в передових лікувально-профілактичних закладах нашої країни і ближнього зарубіжжя, доступна медична література, розроблялись власні методики і прийоми. Працівники неврологічного відділення вузлової лікарні ставлять перед собою задачу, спрямовану на відновлення функцій хребта у працівників залізничного транспорту шляхом ліквідації больового синдрому, нормалізації рухового стереотипу за рахунок зменшення дегенеративно - дистрофічних змін хрящової тканини дисків і покращення репаративних та регенераційних властивостей дисків, відновлення трофіки, еластичності м'язів, зв'язок, капсул хребта тощо.

При госпіталізації у відділення всім хворим проводилися обстеження, що включали визначення стандартних клініко-лабораторних показників, спондилографію, ультразвукове дослідження внутрішніх органів, при необхідності вивчався характер кровообігу по хребетних артеріях методом доплерографії, при корінцевих синдромах робили комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію хребта і спинного мозку.

При проведенні лікувальних заходів враховували такі фактори:

- локалізація патологічного процесу

(шийний, грудний або поперековий відділи хребта);

- характер клінічних синдромів;
- інтенсивність больових відчуттів;
- стадія патологічного процесу;
- супутня соматична патологія;
- особистостні параметри конкретного хворого (стать, вік, статура і т.д.).

Індивідуалізації лікування надавалося особливе значення, тому що недиференційний підхід може призвести до зриву компенсаторних механізмів, пролонгації захворювання і навіть до стійкої втрати працездатності [3].

Безпосередньо реабілітаційні заходи проводилися по розробленому нами алгоритму (схема 1), та носили поетапний характер. При їх виконанні вирішувалися задачі:

1. Дезактуалізація больового феномену.
2. Усунення блоку хребетно-рухового сегменту.
3. Формування активного м'язового корсету, покращення функцій міжхребцевих дисків.
4. Відновлення звичного рухового стереотипу.
5. Навчання пацієнтів профілактичним заходам для попередження загострення.

Відповідно профілю відділення, в основі лікування вказаного контингенту хворих лежала консервативна терапія. Згідно рекомендаціям експертів ВООЗ яким розробка нових методів консервативної терапії хворих зі спондилогенними больовими синдромами є пріоритетним напрямком сучасної вертеброневрології. Це пов'язано з тим, що хірургічна декомпресія хребта застосовується у невеликої кількості осіб з ускладненим плином захворювання, не завжди приносить бажаний результат, до того ж є дорогим методом лікування [6].

Відповідно до виробленого алгоритму на першому етапі реабілітації ліквідували больовий синдром. При цьому використовували різні підходи, вибір яких залежав від інтенсивності алгії і стадії патологічного процесу. У рішенні цієї задачі важливе місце займає використання медикаментозних препаратів, особливо при значному болі. Перевага віддавалася призначенню несте-

роїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) (моваліс, диклофенак, месулід і ін.) у загальноприйнятих дозуваннях парентерально, перорально, у формі ректальних свічок, методом електрофорезу. Вибір даної групи препаратів був обумовлений не тільки їх анальгетичною дією, але і тим фактом, що в механізмах формування ноцицептивної імпульсації при дегенеративних процесах у хребті значне місце належить прозапальним цитокинам (ІЛ-1, ІЛ-6, ФНО-б), лейкотриєнам, простагландинам, інгібування яких НПЗЗ дозволяє ефективніше купірувати больовий синдром, зменшувати виразність дегенеративних змін у хрящовій тканині [4].

Окрім традиційних способів боротьби з болем застосовували іріготерапію, фармакопунктуру з використанням антигемотоксичних препаратів (цель Т, траумель С, дискус композитум і ін.).

У гострому періоді захворювання, особливо при корінцевих синдромах, широко вживали медикаментозні блокади з глюкокортикоїдами (дипроспан, модітен-депо): паравертебральні, під джгут, перидуральні на поперековому рівні, епідуральні по Cathelin.

Хороший ефект одержували при призначенні фізіотерапевтичних процедур: діадинамічних струмів, діадинамофорезу анальгетиків, ампліпульстерапії, ультрафіолетового опромінення в ерітемних дозах, ультразвуку, лазеротерапії, чрескожної нейроелектростимуляції.

З метою зниження внутрішньодискового тиску, декомпресії невральних структур, зменшення натягнення паравертебральних м'язів проводили тракційне лікування. Перевагу віддавали підводному витягненню, з урахуванням клініко-анатомічних та патофізіологічних аспектів. Горизонтальні тракції поєднували з пневмомасажем та гідромасажем, при цьому проводилася дефанотерапія. У стадію гострого болю тракції проводили з особливою обережністю.

Після зменшення больового синдрому, а часто і паралельно з ним, для усунення блоку РХС використовували метод мануальної терапії (МТ). Перевага віддавалася «м'яким» методикам впливу на заблокований сегмент із використанням довгих важелів [2]. При неможливості проведення МТ робили постізометричну релаксацію

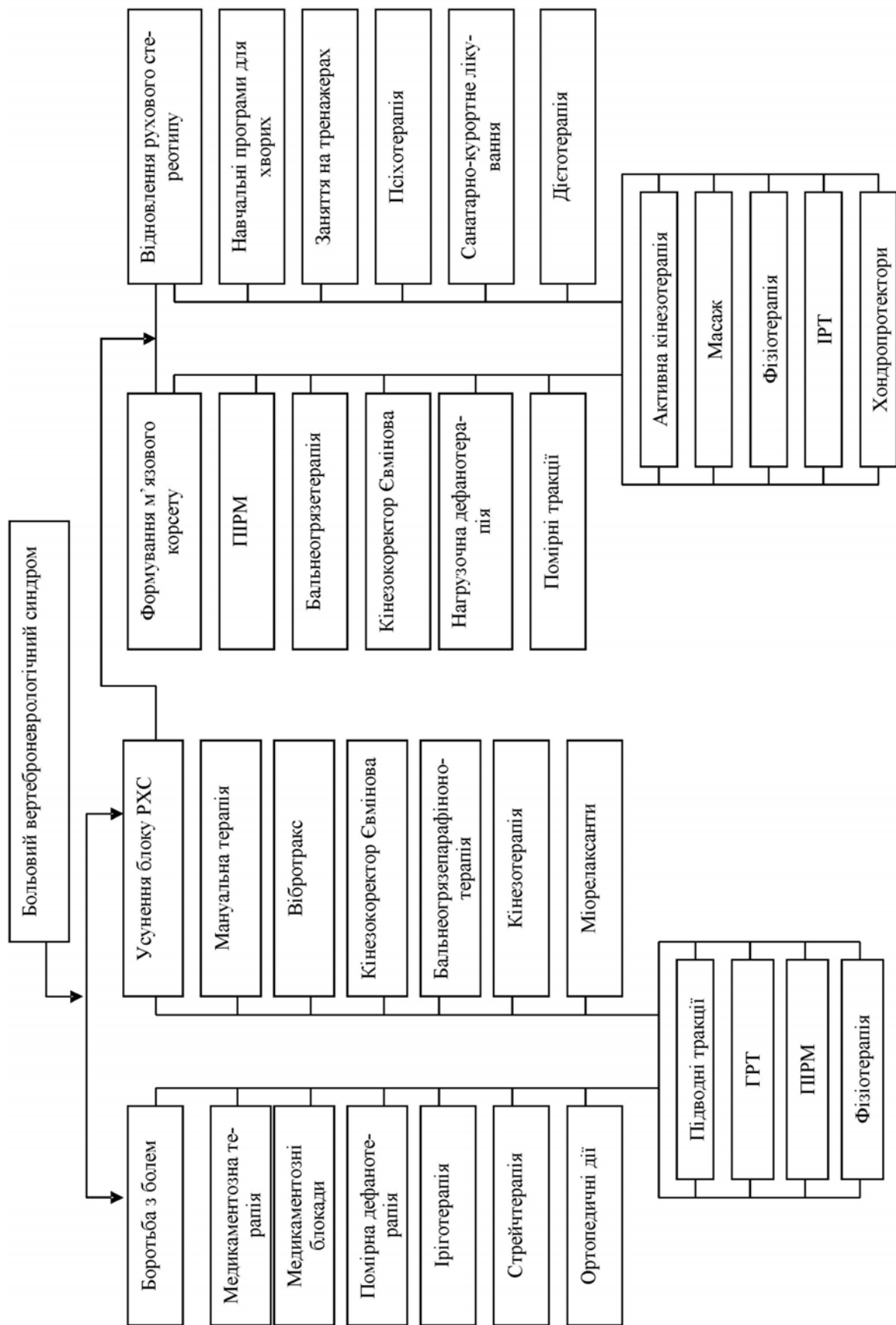


Схема 1. Алгоритм лікування вертеброневрологічних хворих

м'язів (ПІРМ) з безпосереднім впливом на м'язи, що знаходилися в стані натягнення. Для досягнення м'язової релаксації і підвищення ефективності МТ використовували кінезотерапію, фізіотерапію, голкорексотерапію (ГРТ), тракційне лікування. Посилення міорелаксуючого ефекту добивалися призначенням препаратів з групи міорелаксантів (сирдалуд, баклофен, мідокалм), деякі з котрих мають і анальгетичну дію (сирдалуд).

Після усунення больового синдрому і блоку РХС приступали до наступного етапу реабілітації – формуванню м'язового корсету і відновленню звичного рухового стереотипу. Цей етап починався в стаціонарі та продовжувався в поліклініці та умовах санаторно-курортного лікування. Широко використовували методики кінезотерапії (модифікований нами профілактор Євмінова, кінезокоректори, пристосування Єланського й інші методики), продовжували дефанотерапію. Крім цього, пацієнт займався з інструктором ЛФК. Хороший ефект отримували від використання фізіотерапії, масажу, ГРТ.

У відділенні проводяться заняття з психотерапії, як групові, так і індивідуальні для зниження реакції на хронічний біль. Пацієнти навчаються методиці аутогенного розслаблення м'язів. Їм надаються індивідуальні поради щодо подальшого зміцнення м'язового корсету. У відділенні для хворих складена пам'ятка по профілактиці загострень корінцевих синдромів. Для закріплення ефекту від проведеної терапії, а також для запобігання прогресування дегенеративного процесу, поліпшення обміну в хрящовій тканині, хворому рекомендується прийом хондропротекторів (ціль Т, дискус композитум, алфлутоп, структум, терафлекс, артепарон і ін.).

Таким чином, розроблений алгоритм дозволяє диференційно підходити до реабілітаційних заходів у хворих з вертеброневрологічними синдромами спондилогенної природи, враховувати стадію захворювання, виразність алгії, локалізацію процесу, а також індивідуальні параметри пацієнта. Це дозволяє добиватися позитивних результатів у лікуванні цієї категорії хворих в умовах неврологічного відділення вузлової лікарні.

Література

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – 2-е изд., перер. и доп. – М.: Антидор, 2002. – С.618 – 728.
2. Левит К., Зассе Й., Янда В. Мануальная медицина: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1993. – 512с.
3. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. – М.: Медицина, 1989. – 463с.
4. Шостак Н.А. Боли в спине – вопросы диагностики и лечения //Реферативный медицинский журнал. – 2002. - Т. 10, № 25. – С. 1147-1149.
5. Юдельсон Я.Б., Нечаев В.И. Морфофункциональные аспекты вертеброневрологии // Неврологический журнал. – 2000. – Т 5, № 6. – С. 33-35.
6. WHO Department of noncommunicable disease management. Low back pain initiative. – Geneve, 1999. –152p.

Резюме

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УЗЛОВОЙ БОЛЬНИЦЫ

Луцкий И.С., Евтушенко Н.И., Журавлева В.П., Туз Ю.О., Чаплик О.А.

Обобщен опыт лечения больных вертеброневрологической патологией в условиях неврологического отделения узловой больницы. Разработан алгоритм реабилитационных мероприятий, включающий этап борьбы с болью, ликвидацию блока позвоночного двигательного сегмента, формирование мышечного корсета, восстановление привычного двигательного стереотипа.

Summary

THE EXPERIENCE OF THE TREATMENT OF NEUROVERTEBROLOGICAL PATIENTS UNDER THE CONDITIONS OF NEUROLOGICAL DEPARTMENT OF CENTRAL HOSPITAL

Lutsky I.S., Yevtushenko M.I., Zhuravleva V.P., Tuz Yu.O., Chaplik O.A..

The experience of the treatment of the patients with neurovertebrological pathology under the conditions of neurological

department of central hospital is generalized. They have developed the rehabilitative algorithm including pain arresting, liquidation

of locomotory segment backbone block, formation of muscular corset, restoration of a habitual locomotory stereotype.

УДК 616-005-053-089

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАВШИХСЯ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

**Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Плаксин Е.А., Тимофеев В.Д., Деревянко А.А.,
Мартюшев Е.Е.**

*Дорожная клиническая больница на ст. Донецк.
Донецкий государственный медицинский институт им. М.Горького.*

Одним из опасных осложнений после операций на органах брюшной полости является образование кишечных свищей. При этом в организме довольно рано наступают выраженные общие расстройства, особенно со стороны водно-электролитного и белкового обменов. Больные быстро теряют массу тела, развивается лихорадка, приобретая нередко септический характер. Летальность в данной группе больных достигает 29,9 – 45% [3, 7, 11], а в остром периоде формирования свищей (несформировавшиеся кишечные свищи) она достигает до 71,7% [8]. Больные умирают от прогрессирующего перитонита, сепсиса, интоксикации, истощения, обезвоживания, печеночно-почечной недостаточности [7, 9, 10].

Лечение больных с кишечными свищами является трудной задачей и очень тяжелым моральным и физическим испытанием для больного. Нередко возникают ошибки, обусловленные незнанием практическими врачами показаний к применению различных методов временной обтурации кишечных свищей, критериев выбора срока хирургического вмешательства и методов оперативного пособия. Особенно опасны эти ошибки при тонкокишечных несформировавшихся и осложненных свищах. Консервативная терапия либо оперативное закрытие сформировавшихся свищей всегда сопровождается благоприятным исходом. Иная картина наблюдается при лечении больных с несформировавшимися кишечными свищами. Лечение больных с данной патологией в настоящее время может быть успешным только в том случае, если правильное понимание сути и ди-

намики течения патологического процесса будет обеспечено современными организационными формами оказания лечебной помощи данной категории больных.

Ранняя и точная диагностика наружных кишечных свищей, определение их характера, локализации и развивающихся осложнений, правильный выбор показаний к лечению различных свищей, определение срока хирургического вмешательства и способа оперативного пособия являются одним из основных путей снижения летальности при данной патологии.

Мы обладаем опытом лечения 168 больных с тонкокишечными свищами различного характера, этиологии и локализации. Возраст больных колебался от 17 до 73 лет, причем преобладали лица в возрасте 50-60 лет, то есть трудоспособного возраста.

Диагностика кишечных свищей основывается на тщательном изучении анамнеза, данных внешнего осмотра, установления факта выхождения газов и содержимого кишки, исследования свищевого отверстия и свищевого хода пальцем, зондирование свищевого канала, а также включает определение локализации и структуры свища, связь его с тем или иным органом, состояния периферического отрезка кишки, несущей свищ (рентгенологическое исследование, применение красителей), характера и степени кишечных потерь, стадии болезни, наличие осложнений.

Чаще всего диагноз кишечного свища не представлял особых трудностей: появление в ране или по дренажам из брюшной полости кишечного содержимого являлось неопровержимым доказательством