лезни, выраженности бронхиальной обструкции и активности воспалительного процесса.

Заболевание клинически проявлялось у них малопродуктивным кашлем, одышкой при физической нагрузке, симптомами умеренно выраженной неспецифической интоксикации. Физикально при исследовании легких обнаруживались коробочный перкуторный тон, жесткость дыхания, рассеянные сухие хрипы. При изучении функции внешнего дыхания падение ОФВ до 63,0±4,2%, $МОС_{25}$-до 56,1±3,1%, $МОС_{50}$– до 43,2±2,6%, $МОС_{75}$-до 29,3±3,2% от должных величин.

Основу лечебного комплекса составляли базовая лекарственная терапия, физиопроцедуры в сочетании с различными видами лечебной физкультуры. Рефлексотерапия применялась по показаниям с бронхоспазмолитической, общеукрепляющей целью по общепринятым и оригинальным методикам. В связи с этим нами были апробированы две схемы акупунктуры: аурикулотерапия и сочетание ее с воздействием на ряд корпоральных точек. В результате лечения в группе больных, получивших РТ с воздействием только аурикулярные точки, значительные улучшения, заключавшиеся в исчезновении одышки, уменьшения кашля, аускультативных симптомов, улучшения отделения макроты. Улучшение было незначительным у 2 больных, а у 18 каких-либо изменений в течении болезни не было.

При изучении функции внешнего дыхания в этой группе больных лишь у 4 из них отмечалось увеличение $ОФВ_1$ и ФЖЕЛ на 10-15% по сравнению с исходными величинами. В 21 наблюдении показатели бронхиальной проходимости практически не изменялись.

В отличие от них в группе больных, получавших ИРТ с воздействием на аурикулярные и корпоральные точки, значительное улучшение зарегистрировано у 22 из 25 больных., Положительная динамика клинических проявлений болезни у них сопровождалась ростом $ОФВ_1$ и $МОС_{25}$, $МОС_{50}$, $МОС_{75}$ в среднем на 20-25% от исходных величин. В 3 случаях РТ оказалось мало или неэффективной.

Клинико-лабораторные и функциональные методы исследования в динамике, а также оценка эффективности лечения позволили определить место РТ в общем терапевтическом комплексе детей с указанной патологией и сформулировать основные принципы ее использования в сочетании с другими видами воздействия.

1. При наличии показаний для противовоспалительной терапии ее предпосылают рефлексотерапии.

2. При наличии явного или скрытого бронхоспазма назначается корпоральная РТ многопрофильного действия (бронхоспазматического, гипосенсибилизирующего, общеукрепляющего). На цикл 10-12 процедур ежедневно, либо через день, возможно в сочетании с противовоспалительной медикаментозной, ингаляционной терапией.

3. Показанием для корпоральной и аурикулярной РТ с первых дней пребывания ребенка в стационаре является клинически выраженный бронхоспазм (приступы удушья, затрудненного дыхания) легкой и средней степени тяжести (до купирования бронхоспазма 2-5 процедур).

4. Сделан вывод о необходимости при включении РТ в комплексе лечебных мероприятий у больных ХЗЛ отдавать предпочтение сочетанным акупунктурным воздействиям на аурикулярные и корпоральные точки.

5. Наиболее показательные и стабильные результаты были получены в тех случаях, когда в комплексе лечения проводились два цикла РТ по 8-10 процедур с перерывом в две недели.

Таким образом, методы РТ могут использоваться в комплексе лечебных мероприятий для активной терапии и профилактики ХЗЛ и обострений сопутствующих заболеваний.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Томнюк Н.Д., Рябков И.А.,
Жиго П.Т., Абузяров А.И., Кембель В.Р.
Городская клиническая больница № 6,
Красноярск

Лечение осложненных форм язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста остается весьма актуальной проблемой и сложной задачей, о чем свидетельствует множество публикаций по этому вопросу.

Язвенное поражение желудка и ДПК в возрастной группе старше 60 лет по данным различных авторов колеблется от 3,5% до 31,2% от общего числа гастродуоденальных язв. С увеличением возраста увеличивается заболеваемость, изменяется соотношение полов, возрастает частота желудочной локализации, чаще сочетаются язвы желудка и язвы ДПК; увеличивается количество осложнений, следовательно, растет процент летальных исходов.

Наше сообщение базируется на результатах лечения 311 больных находившихся во втором хирургическом отделении клинической больницы № 6 (1999-2004 г.).

Больные были разделены на две группы: первая от 61 до 75 лет, как группа «пожилых» людей; вторая от 76 до 90 лет, так называемая группа «старческого» возраста. Соответственно первая группа составила 189 (60,8%), вторая – 122 (39,2%) человека.

Мужчин было 173, женщин 138; соответственно язв желудка и ДПК 108 (35%) и 203 (65%).

При анализе течения язвенной болезни было установлено, что дуоденальные язвы, впервые выявленные в пожилом и старческом возрасте у 139 (68,47%) были «старые» - язвенная болезнь имела место до достижения больными 60-летнего возраста и у 64 (31,53%) «старческие». Относительно язв желудка – у 32)30%) выявлены «застарелые» и 76 (70%) «старческие» язвы.

Такое разделение язв у лиц пожилого и старческого возраста на наш взгляд является целесообразным, так как отражает их клинические и патоморфологические различия. Если «старые» язвы по пато-

морфологическому строению и клиническому течению существенно не отличаются от обычных, то «старческие» имеют своеобразное течение: острое начало, чаще проявляются в виде осложнений – кровотечения, перфорации и пенетрации. В клинической картине у них отсутствует периодичность, сезонность, возникают на фоне общего атеросклероза, повышенного артериального давления, воспалительных заболеваний со стороны печени, поджелудочной железы и др.

Следует отметить, что у лиц пожилого и особенно «старческого» возраста было сочетание язв желудка и ДПК (22 человека), множество язв 3-5 (у 3-х), а у одного до 7 язв. Они расценены, как гипоксическое на фоне сердечно-легочной недостаточности.

Язвенное кровотечение, как наиболее грозное осложнение, имело место у 129 (из 203 язв ДПК), из них у 47 «старческого» возраста, желудочной локализации – у 67 (из 108), у 32 в более пожилом возрасте. Кровоточащие язвы в преклонном возрасте имели свои особенности, у 12 пациентов они были гигантскими, суспиционные более 3 см, пенетрирующие в поджелудочную железу и связку печени, в центре эрозированные сосуды со склеротизированными, неспадающимися стенками. Превалировали лица женского пола, гемостатическая терапия была мало эффективна.

Перфорация язв желудка и ДПК в пожилом и «старческом» возрасте – (второе грозное осложнение) имело место у 62 (из 203 больных) с локализацией язв в ДПК и 29 (из 108) в желудке. Для перфоративной язвы отмечены свои особенности; в клинической картине отсутствовали классические симптомы: внезапное начало, «кинжальная» боль, при рентгенологическом обследовании – наличие пневмоперитонеума. Все это приводило к диагностическим ошибкам. Чаще наступала перфорация желудочных язв у лиц мужского пола.

Обособленно стоит вопрос о лечении, он требует особого подхода и выдержки. Наиболее рациональной операцией в плановой хирургии считается, к сожалению, резекция желудка. В последние десятилетия расширились показания к органосохраняющим операциям, экономным резекциям, иссечением язв.

Мы согласны с мнением большинства хирургов, что в условиях экстренной хирургии язвенной болезни у больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами следует прибегать к малотравматическим и легко выполнимым, операциям таким, как – ушивания, иссечения с ушиваем язвы, ваготомиям, хотя это не всегда возможно.

Наши больные оперированы по экстренным и срочным показаниям. Большинству произведена резекция желудка, ушивание язвы, иссечение с ушиванием. Ваготомия произведена у 9 больных с двумя летальными исходами. Полагаем, что показанием к ваготомии у лиц этой категории должны быть ограничены лишь при высокой желудочной секреции, которую в силу специфики не всегда можно определить. Как альтернатива ваготомии мы выполняем операцию Таулера, которая предотвращает ишемический некроз малой кривизны желудка, повреждения нерва Латарже, сохраняется кровообращение малой кривизны. В группе больных пожилого возраста количество осложнений отмечено у 26, летальность составила 18 больных.

При локализации язв в желудке основным методом лечения была резекция, а у крайне тяжелых больных «старческого» возраста – иссечение язвы. Оперировано 82 больных, летальность составила 21 человек.

Таким образом, напрашивается закономерный вывод, что пути снижения риска летального исхода при язвенной болезни у лиц пожилого и «старческого» возраста в более настойчивом хирургическом лечении в среднем возрасте и расширение показаний к плановому раннему лечению. Учитывая многообразие клинических проявлений язвенной болезни и другие особенности, не может быть только одного какого либо стандартного метода. Залогом успеха является индивидуальный подход к каждому пациенту.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ КОЭФФИЦИЕНТА ОТСТАВАНИЯ ОТ СТАНДАРТОВ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МОЗГА

Торишнева Е.Ю. Ушаков А.А.
АГТУ, институт «Биологии и природопользования», Астрахань

Ранняя диагностика в современной медицине весьма важна, так как позволяет поставить диагноз на уровне обратимых функциональных нарушений. Это позволяет не только своевременно приступить к проведению восстановительных реабилитационных мероприятий у сложного контингента детей с нейроортопедическими нарушениями, но и предупредить развитие осложнений в форме церебральных параличей. Их своевременная диагностика и ранняя адекватная коррекция имеют решающее значение для предупреждения тяжелых расстройств движений, речи, психики на последующих этапах развития ребенка.

Нами было обследовано 67 детей с перинатальным поражением мозга в возрасте от рождения до 2 лет 3 мес. Целью научно-исследовательской работы было - выявление влияния ранней диагностики нейроортопедических нарушений и раннего начала реабилитации, с использованием современных методов кинезитерапии, на последствия перинатального поражения мозга.Группа больных, путем метода неселективного отбора, была разделена на две подгруппы:

- основная (37 человек). Дети этой подгруппы были обследованы на выявление нейро - ортопедической патологии в раннем возрасте и им была проведена ранняя реабилитация в основе которой лежала кинезитерапия по M. Le Metayer, W.H. Phelps, B.и K.Bobath, G. Tardieu, V.Vojta, С.А. Бортфельд, К.А.Семеновой - воспитание произвольной моторики на основе выполнения активного движения по правильной схеме, доведения выполнения этой локомоции до автоматизма в соответствии с возрастными этапами психомоторного развития ;
- контрольная (30 человек) - это дети, которым по различным причинам не была проведена ранняя диагностика нейро-ортопедического статуса, а реабилитация проводилась по обычной методике, в основе