

LOWER RETROCOLONIC ANASTOMOSIS IN STOMACH RESECTION

The author has carried out comparative study of 1179 stomach resections in gastric and duodenal ulcers, conducted according to two methods—Hoffmeister-Finsterer's and with retrocolonic anastomosis. It was revealed that stomach resection with retrocolonic anastomosis is more simple for its technique, especially in application of the sutural instruments and it has some constructive advantages, in comparison with other modifications of the Billrot-II scheme.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян А. В. Сов. мед., 1963, 3, стр. 102.
2. Геворкян Л. А. Дисс. канд. Ереван, 1968.
3. Грицман Ю. Я. Танталовый механический шов при резекции желудка. М., 1961.
4. Земляной А. Г. Резекция желудка. Л., 1973.
5. Кривошеев С. В., Рубашов С. М. Резекция желудка при язвенной болезни. Кишинев, 1956.
6. Кузнецов В. А. Вестн. хир., 1968, 1, стр. 95.
7. Малхасян В. А., Таткало И. В. Мат. X научн. сессии, посв. 50-летию образования СССР. Ереван, 1972, стр. 6.
8. Матюха Л. А. Клин. хир., 1974, 4, стр. 38.
9. Мирза-Авакян Г. Л., Авакян А. В., Ванецян Н. Г. Труды ЕрМИ, в. XX, кн. II. Ереван, 1981, стр. 31.
10. Пиксин И. Н., Сурин В. М., Бобков В. Ф., Ярлыков В. И. Клин. хир., 1974, 4, стр. 80.
11. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев, 1972.
12. Ярошенко В. И. Клин. хир., 1972, 3, стр. 57.
13. Neuber E. S. G. O., 45, 2, 204.

УДК 616.711—085.83

Р. А. ЧИЛИНГАРЯН, Г. Г. МАНУЧАРЯН, Г. Г. ОВСЕПЯН,
Ж. А. САГАТЕЛЯН

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПОД ВЛИЯНИЕМ СОЧЕТАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ФИЗИО- БАЛЬНЕОФАКТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРЕШКОВОГО СИНДРОМА ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Впервые проведены исследования последовательного применения диадинамфореза трипсина и радоновых ванн при остеохондрозе шейного и поясничного отдела позвоночника. Выявлен выраженный терапевтический эффект, заключающийся в улучшении электрогенеза мышц и сокращении сроков пребывания больного в стационаре.

Бедущая роль в лечении больных с корешковым синдромом остеохондроза позвоночника принадлежит физическим факторам. Однако общепризнано, что лечение указанных больных каким-либо одним методом физиотерапии неэффективно, и потому целесообразно применение комплексных методик физиобальнеолечения.

В последние годы в литературе [2] появились исследования, свидетельствующие об эффективности применения двух физических факторов в один и тот же день при шейном остеохондрозе.

В ранее проведенных исследованиях [1] нами было доказано, что диадинамфорез трипсина и радоновые ванны при чередовании процедур через день у больных с корешковым синдромом остеохондроза позвоночника оказывают обезболивающее действие, улучшая периферическое кровообращение и трофику тканей и вызывая противовоспалительный эффект.

Вопрос о воздействии последовательного (близкого к сочетанному) применения диадинамфореза трипсина и радоновых ванн в один и тот же день при корешковом синдроме у больных остеохондрозом позвоночника в литературе не освещен.

В данной работе были выдвинуты следующие задачи: выяснить целесообразность последовательного (в один и тот же день) назначения диадинамфореза трипсина и искусственных радоновых ванн, изучить их влияние на клинико-неврологическую картину заболевания, биопотенциалы мышц, выявить взаимосвязь между клиническим проявлением заболевания и электромиографическими сдвигами у вышеназванных больных под влиянием примененного комплекса.

Клинические наблюдения проведены у 169 больных, из которых 98 страдали дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом с моно- и бирадикулярным синдромом и 71 человек — шейно-грудным радикулитом (44% в подострой и 56% в фазе неполной ремиссии). Больным назначалось последовательное (близкое к сочетанному) лечение диадинамфорезом и радоновыми ваннами.

Методика диадинамфореза трипсина. Активным электродом являлся анод. В зависимости от выраженности болевого синдрома процедура отпускалась в следующих параметрах: а) двухтактный фиксированный ток от 2 до 1 минуты, б) ток, модулированный коротким периодом, от 1 до 3 минут, в) ток, модулированный длинным периодом, от 1 до 3 минут. Сила тока 10—20 мА. Перед отпуском процедуры 10 мг трипсина растворялось в 10—15 мл боратного буфера (борная кислота—0,2, хлористый натрий—7,4, едкий натрий—3 г, дистиллированная вода—до 500 мл). Смоченная фильтровальная бумага накладывалась на сегмент соответствующих спинальных корешков паравerteбрально, а на болевые точки, по ходу пораженных корешков, отпускались только диадинамические токи без фореза трипсина.

Радоновые ванны отпускались с дозировкой 40 нКи/л, температурой 36—37°, продолжительностью 8—12 мин. Воздействовали на больного диадинамфорезом трипсина и бальнеофактором в один и тот же день, соблюдая 3-часовой интервал между процедурами. Электропроцедуры отпускали ежедневно общим числом 12—14, а водные—два дня подряд с последующим днем отдыха, всего на курс 10—12 ванн. В лечебный комплекс включались лечебная физкультура и массаж.

После проведенного курса лечения у больных пояснично-крестцовым и шейным радикулитом наблюдались положительные сдвиги, проявляющиеся в исчезновении или уменьшении болевого синдрома, анталгических поз, рефлекторных, чувствительных, вегетативных сосуди-

стных расстройств. В результате лечения 37,8% больных с пояснично-крестцовым радикулитом и 12% больных шейным радикулитом выписано со значительным улучшением и соответственно 59,2 и 79% больных—с улучшением. При этом средняя продолжительность лечения составляла 20—22 дня, тогда как при чередовании этих же процедур через день этот показатель возрастал до 29—31 дня.

Исследование электрогенеза мышц признано одним из наиболее объективных, адекватных и атравматических методов изучения периферической нервной системы [3—5]. Отмечено, что электромиографическая активность у больных пояснично-крестцовым радикулитом зависит от тяжести клинического синдрома заболевания [6, 7].

В настоящей работе приведены результаты ЭМГ исследования 44 больных пояснично-крестцовым и 28 больных шейным радикулитом.

Запись производилась 2-канальным электромиографом фирмы «Альвар» с применением методики глобальной ЭМГ. Применялись биполярные электроды с межэлектродным расстоянием 5 мм. Обследование проводилось до и после курса лечения, изучался электрогенез мышц, наиболее адекватно отражающих состояние пояснично-крестцового и шейного утолщений спинного мозга и соответствующих сплетений—передней большеберцовой икроножной, дву- и трехглавых мышц плеча. Указанные мышцы изучались как на пораженной стороне, так и на здоровой. Исследовался электрогенез мышц в состоянии покоя при отдаленных и ближних синергических движениях и при максимальном сокращении. Всего изучено 144 ЭМГ.

При визуальной оценке общей картины ЭМГ данных отмечено следующее: по классификации Ю. С. Юсевич [7] до лечения у больных пояснично-крестцовым радикулитом I тип ЭМГ отмечен у 34, II—у 6, III—у 4 больных; у больных шейным радикулитом I тип ЭМГ отмечен у 25, II—у 2, III—у 1 больного. Наличие II и III типов ЭМГ у анализируемой группы больных свидетельствует о нарушении проводимости по нерву, что проявляется появлением уреженных биопотенциалов, на фоне которых возникают спайковые разряды. Наличие II и частично III типа ЭМГ может быть обусловлено не только поражением периферического мотонейрона, но и мотонейронов передних рогов спинного мозга и клеток РЭНШОУ, т. е. нарушением процессов α -спастичности. Вместе с тем нельзя исключить невролиз, приводящий к возникновению так называемого невраксита.

Более подробную информацию удалось получить при количественном анализе ЭМГ данных. Учитывалось, что подсчет основных параметров (частота следования интерференционных волн и величина амплитуды суммарных биопотенциалов) достаточно полно отражает количественную сторону процессов.

Основные параметры ЭМГ у больных пояснично-крестцовым радикулитом следующие—пораженная сторона передней большеберцовой мышцы при максимальном напряжении до лечения: в среднем амплитуда равна $150,7 \pm 21,7$, $t=0,02$, после лечения— $202,7 \pm 41,4$, $t=2,29$ (разница достоверна). Характерно, что аналогичное увеличение амплитуды суммарных биопотенциалов обнаружено и в здоровой конечности:

до лечения 155,2, после лечения—236 (разница также достоверна). Достоверного увеличения частоты следования «интерференционных» потенциалов не обнаружено (6,39 до и 6,66 после лечения, $P < 0,01$), (таблица).

Таблица

Динамика амплитуды осцилляции переднебольшеберцовой мышцы у больных остеохондрозом позвоночника под влиянием комплексного лечения

Исследуемая мышца	До лечения		После лечения	
	здоровая конечность	больная конечность	здоровая конечность	больная конечность
Переднебольшеберцовая	155,2±22,2	150±21,7	236±44,4 $P < 0,01$	202±41,4 $P < 0,01$

В икроножной мышце на больной стороне после лечения также обнаружено увеличение амплитуды (85,4 до лечения и 125—после, $P < 0,001$), однако разница недостоверна. Вместе с тем в здоровой аналогичной мышце увеличение амплитуды имеет обратный характер: до лечения 125,9 и после—117,9.

В случае, когда терапия оказывает неспецифическое воздействие на сократительную функцию мышцы, возможно увеличение амплитуды потенциалов не только в пораженной, но и здоровой мышце. По-видимому, лечебный эффект диадинамофореза трипсина в сочетании с радоновыми ваннами сказывается не только в устранении воспалительных дегенеративных и других процессов, возникающих в периферическом нерве при радикулитах, но и в улучшении проводимости по нерву. При этом различные мышцы неодинаково отвечают на это воздействие: увеличение амплитуды в здоровой мышце возможно лишь при условии сохранения ресурсов синаптической передачи, а последнее зависит не только от состояния медиаторного обмена, но и от функциональной нагруженности мышц. Очевидно, у больных пояснично-крестцовым радикулитом мышцы передней группы голени компенсируются в большей степени, чем задней. У больных шейным радикулитом в результате анализа ЭМГ данных выявлено следующее: количественные показатели пораженной стороны двуглавой мышцы до лечения: амплитуда—187,4, частота 16,8 гц, после лечения соответственно 228,8 и 17,3 гц (разница достоверна). На здоровой стороне также имеется увеличение амплитуды (от 182,5 до 217,1, $P < 0,001$). Трехглавая мышца: амплитуда на здоровой стороне до лечения—141,8, после лечения—188,6 (разница недостоверна), на пораженной стороне до лечения—125, после лечения—185,7 ($P > 0,05$). Частота в трехглавой мышце также возросла незначительно ($P > 0,05$).

Таким образом, ЭМГ исследования больных пояснично-крестцовым и шейным радикулитом подтвердили выраженный клинический эффект диадинамофореза трипсина и радоновых ванн. В пораженных мышцах отмечено увеличение амплитуды биопотенциалов, учащение их осцилляции, нормализация ЭМГ. При этом более отчетливый эффект отмечен у больных пояснично-крестцовым радикулитом. В то же время необходимо отметить, что обнаруженное увеличение амплитуды потенци-

алов в мышцах здоровой стороны указывает на общебиологический эффект указанных методов лечения и является отражением процессов улучшения проводимости по периферическому нерву.

Нами прослежена взаимосвязь между клинической эффективностью применяемого комплекса лечения и показателями ЭМГ исследований. Обнаружено, что при 100% улучшении клинических неврологических симптомов у больных пояснично-крестцовым и шейным радикулитом улучшение ЭМГ показателей наступало соответственно в 83 и 94% случаев.

Таким образом, при лечении корешковых проявлений остеохондроза позвоночника диадинамофорезом, трипсина и радоновыми ваннами при последовательном приеме их в один и тот же день достигается выраженный терапевтический эффект, сокращаются сроки пребывания больного в стационаре.

НИИ курортологии и физиотерапии
им. А. А. Акопяна МЗ Арм. ССР

Поступила 3./III 1982 г.

Ռ. Ա. ՉԻԼԻՆԳԱՐԻԱՆ, Գ. Գ. ՄԱՆՈՒՉԱՐԻԱՆ, Գ. Գ. ՀՈՎՍԵՓԻԱՆ Ժ. Ա. ՍԱԳԻԵԼԻԱՆ

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ՕՍՏԵՈՆՈՒՐՈԴԻ ՆՅԱՐԴԱՐՄԱՏԱՅԻՆ ՍԻՆԴՐՈՄԻ
ԿԼԻՆԻԿԱ-ԷԼԵԿՏՐՈՄԿԱՆԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԱՇԱՐԺԵՐԸ
ՖԻԶԻՈԹԵՐԱՊԵՎԻԱԿ ԵՎ ԼՈԳԱՆՔԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿՑՈՒՄ
ՐՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Գոտկասրբնային և պարանոցային ռադիկուլիտներով 169 հիվանդների նշանակվել է համակցված բուժում, նույն օրը նրանք ստացել են տրիպսին դիադինամոֆորեզ և ռադոնային լողանքներ երեք ժամյա ընդմիջումով: Հիվանդների կլինիկական պատկերում առաջ են եկել դրական տեղաշարժեր ողնաշարի շարժողունակության, ռեֆլեկտոր, զգացողական, վեգետատիվ-անոթային խանգարումների մեջ:

44 հիվանդների էլեկտրամկանադրության մեջ նկատվել են դրական տեղաշարժեր, որոնք արտահայտվել են մկանների կծկման ամպլիտուդայի և հաճախականության մեծացումով, որը ընթացել է զուգահեռ կլինիկական տեղաշարժերին, կազմելով համապատասխանաբար 88% և 100%:

Այսպիսի բուժական մեթոդը կրճատել է հիվանդների միջին մահճակալ օրերի թիվը 7-ով:

R. A. CHILINGARIAN, G. G. MANOUCHARIAN, G. G. HOVSEPIAN,
Zh. A. SAGHATELIAN

CLINICO-ELECTROMYOGRAPHICAL SHIFTS UNDER THE
INFLUENCE OF COMBINED EFFECT OF PHYSIOBALNEOLOGIC
FACTORS IN TREATMENT OF RADICULAR SYNDROME OF
VERTEBRAL OSTEOCHONDROSIS

For the first time the authors have studied the successive application of diadynamophoresis of trypsin and radon baths in osteochondrosis of the cervical and lumbar sections of the vertebra.

The data obtained have revealed that this complex is effective in the treatment of such patients; the terms of their staying in the hospital shorten, the muscular electrogenesis improves.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джанджугова Р. С., Тер-Багдасарян П. П. Тез. докл. ЕрМИ, 1980, стр. 102.
2. Латышев З. А. *Вопр. курортол., физиотер. и лечебной физкульт.*, 1978, 5, стр. 38.
3. Попелянский Я. Ю. Шейный остеохондроз. М., 1966.
4. Скудырова З. А. В кн.: *Остеохондроз позвоночника*, ч. II. Новокузнецк, 1976, стр. 97.
5. Усманова А. И. В кн.: *Остеохондроз позвоночника*, ч. II. Новокузнецк, 1976, стр. 115.
6. Чилингарян Р. А., Манучарян Г. Г. и др. Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, т. II. М., 1981, стр. 493.
7. Юсевич Ю. С. Электромиография тонуса скелетной мускулатуры человека в норме и патологии. М., 1969.

УДК 616.62—006.52

Л. Н. МКРТЧЯН, А. О. ТАТАРЯН, Ш. А. ПАПАЗЯН

К ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПАПИЛЛОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Изучено влияние некоторых эпидемиологических факторов при папилломах мочевого пузыря на основании анализа историй болезни 249 больных с учетом возрастного фактора и половой принадлежности.

В последние годы как в нашей стране, так и за рубежом эпидемиологическим исследованиям опухолей различных локализаций придается большое значение. Это прежде всего связано с выявлением природно-климатических, социально-бытовых и профессионально-гигиенических факторов, способствующих или препятствующих распространению опухолевых заболеваний.

В отношении рака мочевого пузыря первоочередное значение имеет профессиональная принадлежность. Среди заболевших раком мочевого пузыря на первом месте находятся работники автотранспорта и механизаторы сельского хозяйства, имеющие постоянный контакт с нефтепродуктами, а также рабочие текстильной и полиграфической промышленности [3].

Эпителий слизистой оболочки мочевого пузыря предрасположен к пролиферативным и метapластическим изменениям, часто развивающимся на фоне воспалительного процесса [16]. Установлено, что под влиянием хронических раздражителей (хронические циститы, камни мочевого пузыря и пр.) переходный эпителий меняет не только свою морфологическую характеристику, но и биологические свойства. По наблюдениям А. Г. Романенко [5], хронические циститы приводят сначала к сосудистой петлистости, ячеистости, далее к росту папиллом с последующим озлокачествлением.