

инструментальных исследований, наряду со стоматологическими и другими данными, занесенные в компьютер позволяют автоматизировать процесс опознания личности.

Создание банка данных в лечебных учреждениях не только поможет ускорить и облегчить обследование больных, но и будет неоценимым источником сведений для возможно необходимой идентификации личности. Использование компьютерной обработки материала позволит быстро вводить, обрабатывать, сортировать и сопоставлять поступающую информацию.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТОННЕЛЬНО-КОМПРЕССИОННЫМИ СИНДРОМАМИ

Кочеткова Е.А., Козлов А.В., Смагин А.А.
НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск-Главный ОАО РЖД»

Патогенетическая обоснованность лекарственного насыщения лимфатической системы при различных заболеваниях занимает все более достойное место в практической медицине. Фундаментальными исследованиями в области экспериментальной и клинической лимфологии доказана возможность создания высоких концентраций лекарственных веществ в патологическом очаге путем насыщения лимфатической системы с соблюдением принципа регионарности. (Ю. М. Левин, 1983; Р. Т. Панченков с соавт., 1984).

Мы проводили лимфотропную терапию 39 пациентам с поражениями периферической нервной системы, с так называемыми тоннельно-компрессионными синдромами. Лимфотропная терапия являлась компонентом комплексного лечения, включающего в себя оперативное лечение и нейростимулирующую терапию в послеоперационном периоде. Контрольной группой служили 20 пациентов прооперированных по стандартной методике.

Перед оперативным вмешательством на операционном столе путем введения в первый межпальцевой промежуток с тыльной стороны оперируемой конечности подкожно на глубину 0.5-1.0см. использовали комплекс лимфотропной смеси, включающий лидазу 32 ЕД, гидрокортизон 100мг, даларгин 1мг, лидокаин 2% 4мл.

Перед оперативным лечением и в раннем послеоперационном периоде оценивали интенсивность болевого синдрома с помощью VAS шкалы боли, выраженность отека, степень восстановления чувствительности, проводили изучение сосудистого тонуса, электромиографии. В основной группе восстановление чувствительности до уровня нормостезии отмечали у 15 пациентов в сроки от 3 до 7 дней ($p < 0,05$). Восстановление показателей магистрального кровотока – RI, линейная скорость кровотока, перифериче-

ское сопротивление в сроки от 2 до 5 суток ($p < 0,05$).

Интенсивность боли в основной группе была менее выражена VAS 4-5 баллов ($p < 0,05$). Восстановление двигательной активности в течение 3-4 суток. У 12 пациентов отмечали восстановление чувствительности в сроки 3-7 дней до уровня нормостезии.

Таким образом, применение лимфотропной терапии в комплексном хирургическом лечении пациентов с синдромом локтевого канала является высокоэффективным методом и позволяет рекомендовать его для широкого клинического применения.

ЗНАЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА В ЦЕЛЕПОЛАГАНИИ У КУРСАНТОВ ВОЕННО-ДЕСАНТНОГО УЧИЛИЩА

Приказнов А.Ю.
*Рязанское высшее воздушно-десантное командное училище (военный институт) имени генерала В.Ф. Маргелова
Рязань, Россия*

Рациональное целеполагание способно оказывать серьёзное влияние на физиологическую стоимость достижения конечного результата в процессе освоения военной профессии. Индивидуальные особенности целеполагания очевидно, могут существенно влиять и на организацию стратегии индивидуального обучения, коммуникативного поведения, и на уровень стресса, который испытывает курсант в процессе освоения теоретических дисциплин, разнообразных умений и практических навыков. Успешность освоения учебного материала определяется многими факторами, в том числе и индивидуальными психофизиологическими особенностями курсантов. Среди них (наряду с другими) самого серьёзного внимания заслуживает индивидуальный профиль латерализации функций мозга. Преобладание левополушарных функций, которые, как известно, определяют преимущественно аналитическую стратегию поведения, влияет на целеполагание, основанное на постижении существенных связей изучающих явлений и процессов. В результате целеполагание может оказаться гораздо более рациональным, достижение правильно выбранной цели будет достигнуто затратой меньших усилий. Преобладание же функций правого полушария, которые определяют иную стратегию поведения и также влияют на целеполагание. Стратегия выбора будет отличаться от «левополушарного». Путь к цели может оказаться более сложным, более затратным в физиологическом смысле. В чистом виде такие крайние формы, вероятно, встречаются не часто, однако, влияние межполушарной функциональной асим-

метрии на тип целеполагания существует у всех курсантов, обладающих конкретным профилем латерализации функции мозга со всеми его проявлениями в моторной и сенсорной сферах.

О ВЫБОРЕ МЕТОДА РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Рябков И.А., Томнюк Н.Д.

*МУЗ «Городская клиническая больница №6
им. Н.С. Карповича»
Красноярск, Россия*

Для хирургического лечения язвенной болезни двенадцати перстной кишки широкое распространение получили различные виды ваготомий. Тем не менее, резекция желудка до сих пор остается одним из ведущих методов лечения не только хронической язвы желудка, но и язвы дуоденальной локализации. Следует отметить, что среди множества методов резекции желудка, а их более 80, «устояли» и имеют широкое распространение лишь две: резекция желудка на короткой петле по Гофмейстеру – Финстереру и резекция с анастомозом на длинной петле с дополнительным Брауновским соустьем по Бальфуру или Ру.

Одной из тяжелых болезней оперированного желудка является пептическая язва желудочно-кишечного тракта. Если раньше возникновение пептической язвы было связано с техническими погрешностями в наложении гастроэнтероанастомоза, то в настоящее время удельный вес этих операции значительно снизился, а пептические язвы стали встречаться чаще. По данным статистики чистота их колеблется в пределах 1-1,5 % случаев при условии технически правильно выполненной резекции желудка.

Среди причин способствующих появлению пептической язвы можно выделить: экономную резекцию желудка, резекцию для исключения без демукотизации слизистой антрального отдела, технически не верно выполняется операция. Появлению язв нередко способствует неполная ваготомия в сочетании гастроэнтероанастомозом, а также болезнь Золингера – Эллесона.

Одним из преимуществ резекции желудка по Гофмейстеру – Финстереру, так считал С.С. Юдин, желудочно-кишечное соустье постоянно омывается щелочным дуоденальным содержимым, что нейтрализует остаточную соленую кислоту. Этот фактор отсутствует при операции по Бальфуру. Щелочное дуоденальное содержимое попадает по межкишечному анастомозу в отводящую петлю, а желудочно-кишечной анастомоз остается без защиты. Этим объясняется и то, что после реконструктивной гастродуоденопластики появляются пептические язвы у тех больных, у

которых многие годы после резекции желудка их не было.

За последние 20 лет под нашим наблюдением находилось и оперировалось 113 больных с пептической язвой анастомоза. Большинство из них в свое время были оперированы по поводу язвенной болезни желудка и ДПК. Женщин было 23 мужчин 90, в возрасте от 28 до 72 лет. Из них по два раза оперировано 21 человек, трижды - 3 и один четырежды. Выполненные операции. Резекция желудка по Гофмейстеру – Финстереру - 48, Биллирот - I - 13, по Бальфуру - 22, наложение только гастроэнтероанастомоза – 18, экономное иссечение язвы без ваготомии - 9, у 3-х тип операции установить не удалось.

Обращает внимание большой процент пептической язвы у больных с гастроэнтероанастомозами. У 12-ти был наложен как дополнение к операции ушивание перфоративной язвы ДПК, у 2-х больных после операции Б-И развилась рубцовая структура анастомоза на фоне пептической язвы и в 4-х случаях объяснение мы не нашли.

Анализ жалоб, клинической каротины, рентгенологических и гастроскопических данных, а также выписки из историй болезней показывает, что первые симптомы пептической язвы возникли до одного года у 29 больных, от года до двух – 68 и только у 16 от 3-х до 5-ти лет.

В диагностике пептической язвы исследование желудочного сока имеет исключительно важное значение. Оно должно производиться в обязательном порядке до и после операционного вмешательства. По нашим данным разницы в кислотности желудочного сока при операциях по Бальфуру и Гофмейстер – Финстереру почти не отмечено.

Заслуживает внимание тот факт, что среди больных с пептическими язвами (14 человек), была сделана ранее резекция желудка для исключения (в настоящее время этот тип операции в клинике не практикуется) следовательно, можно предположить, что у остальных больных этой группы причиной пептической язвы являлись технические погрешности. В тоже время среди больных с пептической язвой, где был наложен анастомоз по Бальфуру - (22 пациента), экономная резекция сделана в 8 случаях, а у остальных объем резекции был вполне достаточен.

Характерна локализация пептической язвы, у всех она чаще располагалась на отводящей петле, реже в самом анастомозе, только у 3-х больных в приводящей.

В лечении пептических язв в клинике используются операции: наддиафрагмальной ваготомии - как основное в 91% случаев, и реконст-