

качества градации «ниже среднего» и «низкая» (42,8% и 7,1%; $p<0,05$ между другими градациями, выявленными в этой группе). В группе врачей нелечебного профиля врачи примерно равномерно распределены по группам с градациями «ниже среднего», «средняя», «выше среднего» (27,1%, 36,8%, 22,5%; $p>0,05$).

В модельной группе хирургов большинство обладает средней степенью готовности к риску (66,7%), при этом среди хирургов таких лиц больше, чем в других группах ($p<0,05$). Обращает внимание, что среди хирургов не выявлено лиц с низкой готовностью к риску, а лиц с показателем градации «ниже среднего» меньше, чем в других группах (5,6%; $p<0,05$). В то же время среди хирургов больше лиц с рассматриваемым показателем градаций «выше среднего» и «высокая» (27,9%; $p<0,05$). Выявленные особенности позволяют сделать вывод, что у хирургов риск-рефлексия выражена сильнее, чем у терапевтов (по большинству показателей $p<0,05$), а также врачей нелечебного профиля (по ряду показателей $p<0,05$).

Полученные данные демонстрируют закономерную зависимость риск-ориентации от степени сопряженного с профессиональной деятельностью физического и нервно-эмоционального напряжения, что позволяет рекомендовать рассматриваемую методику для оценки готовности профессионалов к деятельности в экстремальных ситуациях.

К ЛЕЧЕНИЮ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ

И.Г. Еременко, Н.Н. Раткина,
Н.И. Шумейко
*ГОУДПО НГИУВ Росздрава
Новокузнецк, Россия*

Актуальность

По распространённости среди населения миопия занимает в РФ второе место среди болезней глаз, имеющих наибольшее медико-социальное значение, что определяется высокой частотой в популяции и склонностью к развитию осложнений (Южаков А.М. и др., 2000; Тарутта Е.П., 2005). Заболеваемость детей и подростков

миопией за последние 10 лет выросла в 1,5 раза. Среди выпускников школ частота миопии достигает 20-26%, из них миопия высокой степени – 6,8 % (Тарутта Е.П., 2004).

Цель

Обосновать необходимость лечебного воздействия на шейный отдел позвоночника (ШОП) у детей с прогрессирующей миопией; показать целесообразность применения тропикамида у этих больных.

Материалы и методы

Обследовано 46 детей (92 глаза) с прогрессирующей миопией: 27 девочек и 9 мальчиков в возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст $12,3 \pm 0,4$). У 30 детей (65,2%) близорукость была слабой степени (в среднем $1,7 \pm 0,32$ D), у 11 (23,9%) – средней ($4,7 \pm 0,2$ D), у 5 – высокой ($8,5 \pm 0,7$ D). Дети наблюдались в отделении глазного диспансера на протяжении 3-5 лет. Критерий включения – отсутствие стабилизации прогрессирования миопии от стандартной терапии. В схему обследования входили ЭЭГ, РЭГ в полушарных и затылочных отведениях, рентгенография ШОП с функциональными пробами, консультация невролога. Проводимое лечение состояло, помимо очковой коррекции, из комплекса упражнений и аппаратного воздействия на функцию аккомодации, медикаментозной питающей и сосудистой терапии, лазерстимуляции сетчатки, а также мероприятий, направленных на улучшение гемодинамики в вертебро-базилярном бассейне (ВББ): массаж шейно-воротниковой зоны, электрофорез с эуфиллином и озокерит на ШОП, мануальная и рефлексотерапия. В случаях, когда степень миопии после циклоплегии была меньше, чем на узкий зрачок (в 58 % наблюдений), обязательно назначали тропикамид 0,5 % на ночь на 2 недели. Полученные результаты сравнивались с итогами лечения этих же детей в предыдущие годы, но без воздействия на ШОП.

Результаты

У всех детей определялось сужение ретинальных артерий. РЭГ в 94,7 % случаев выявила затруднение венозного оттока как в бассейне каротид, так и в бассейне позвоночных артерий (ПА). У 52,6 % больных имелась гипертензивная ангиопа-

тия мозговых артериол, у 7,7 % - гипотоническая ангиопатия. Пульсовой кровоток во внутренней сонной артерии (ВСА) в 68,4 % наблюдений был на нижней границе нормы (в регионе ПА – только в 31,6 %). У 15,8 % больных имелось снижение пульсового кровотока в ВББ 4 степени (в ВСА – у 5 %), у 21,1% - 3 степени (в ВСА – у 4 %), у остальных 31,5% - 1-2 степени (в ВСА - у 22,6 %). По ЭЭГ - у всех общемозговые ирритативные проявления, компенсированные на уровне мезодиэнцефальных структур. На рентгенограммах ШОП - гипермобильность позвоночных сегментов от С2 до С6, у 50% - функциональный блок С0 – С1, у больных старше 15 лет – проявления раннего шейного остеохондроза. По заключению невропатолога всем обследованным пациентам выставлен диагноз хронической цереброваскулярной недостаточности.

В результате повторных курсов с лечебным воздействием на ШОП (не реже 2 раз в год) была достигнута стабилизация миопии (средний срок наблюдения $19,5 \pm 2$ месяца). Увеличилась острота зрения на $0,11 \pm 0,03$; уменьшилась сила корригирующего стекла на 0,5 дптр. В контрольной группе острота зрения после лечения увеличилась лишь на $0,05 \pm 0,03$, наблюдалось увеличение близорукости.

Выводы

Прогрессирование миопии происходит на фоне патологии ШОП, сопровождающейся нарушением церебральной гемодинамики, особенно в ВББ, что требует обязательной лечебной коррекции. Данные РЭГ, выявляющие у 52,6% этих больных гипертензивную ангиопатию мозговых артериол, а также результаты офтальмоскопии (сужение ретинальных артерий) показывают целесообразность назначения при сопутствующем спазме аккомодации (в 58 % наблюдений) препарата тропикамид. Это мидриатик короткого действия, относящийся к группе м-холинолитиков, одно из свойств которых – спазмолитическое действие на сосуды. Препарат оказывает положительное влияние на аккомодационный аппарат, удобен в применении для комплексного лечения прогрессирующей миопии.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Б.Б. Капустин, С.С. Моргунов,

Э.В. Халимов, З.М. Сигал

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Ижевск, Россия

В неотложной и плановой хирургии осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки дискутабельной и нерешенной проблемой остается выбор способа операции (М.И. Кузин, 2001; А.И. Чернооков, 2007; М.А. Евсеев, 2009). Перспективным направлением резекционных методов является создание пиорус-моделирующих желудочно-кишечных анастомозов (Г.К.Жерлов, 2009). Полноценную функциональную активность последних предопределяют особенности регенерации и состояние локального интрамурального кровотока желудочной и кишечной стенки. Пусковым моментом послеоперационной регенерационной недостаточности служит активация перекисного окисления липидов (Р.Т.Нигматуллин, В.В.Плечев, 2008).

В клинике госпитальной хирургии ГОУ ВПО ИГМА операцией выбора в хирургии язвенной болезни и оперативной коррекции болезней оперированного желудка остается трубчатая резекция желудка по В.В. Сумину (1972, 1997). Технологической особенностью метода является формирование желудочной трубы из большой кривизны с возможностью анастомозирования трубчатой культи с двенадцатиперстной кишкой в вариантах прямого или терминолатерального союства. Для улучшения непосредственных и отдаленных функциональных результатов операции нами разработан и внедрен в клинику усовершенствованный однорядный серо-серозномышечноподслизистый шов (патент РФ на изобретение №2180531). Экспериментальными и клиническими исследованиями (трансиллюминационный гемомотородинамический мониторинг по З.М.Сигалу, 1989) установлено, что в процессе формирования желудочно-кишечных анастомозов предложенным однорядным