

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

швом параметры локального кровотока шовной полосы достоверно превосходят аналогичные при формировании двухрядных анастомозов.

Эндоскопические и морфологические критерии регенерации подтверждают характер заживления однорядных желудочно-кишечных анастомозов по типу «первично-го натяжения». Изучение функционального состояния культи желудка и однорядных гастродуodenальных (прямых и терминолатеральных) и поперечных терминолатеральных гастроэюнальных анастомозов в отдаленные сроки позволило нам считать их пилорусмоделирующими и применять при восстановлении желудочно-кишечной непрерывности в следующих технологических вариантах: прямой пилорусмоделирующий гастродуodenальный анастомоз (ГДА); прямой пилорусмоделирующий ГДА с клапаном на передней стенке; терминолатеральный пилорусмоделирующий ГДА; поперечный пилорусмоделирующий гастроэюноанастомоз.

Завершение резекции желудка терминолатеральным ГДА или гастроэюнальным анастомозом побуждает хирургов к поиску и разработке дополнительных способов укрепления швов дуоденальной культи (Н.А.Никитин, 2005; В.В.Плечев, 2008; Г.Д.Одишешвили, 2008). С целью снижения недостаточности швов культи ДПК нами внедрен «Способ профилактики несостоятельности кишечных культей» (патент РФ на изобретение №2198601), позволяющий формировать культию без угнетения внутристеночного кровотока.

Хронический постгастрорезекционный анастомоз диагностируем на основании эндоскопической картины, дополненной внутривизуальным исследованием гемомотородинамики культи желудка, желудочно-кишечного анастомоза и отводящей кишки («Способ диагностики пострезекционного хронического анастомозита», патент РФ на изобретение №2230484). Прикладное значение способа заключается в возможности объективной оценки функциональной активности сформированного соустья и прогнозирования отдаленных результатов операции.

Для коррекции регенерационной недостаточности, возникающей у пациентов

после резекции желудка по поводу жизнеугрожающих состояний (желудочно-кишечное кровотечение), стандартная схема предоперационной подготовки и послеоперационного лечения дополнена включением Реамберина 1,5% в объеме 800 мл в сутки на протяжении всего периода нахождения больных в отделении интенсивной терапии. Уменьшение тканевой гипоксии у пациентов в критическом состоянии, нормализация гемодинамических параметров, снижение частоты постоперационных и постгеморрагических осложнений позволили расширить показания к экстренной и срочной резекции желудка и свести к минимуму «операции отчаяния».

Отказ от плановой органосохраняющей операции (селективной проксимальной ваготомии) пациентам с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки обоснован нами на основании разработанного «Способа интраоперационного прогнозирования эффективности ваготомии» (патент РФ на изобретение № 2261043). Неборатимое угнетение моторно-эвакуаторной функции пилороантрального отдела с выраженной редукцией кровотока говорит о нецелесообразности выполнения органосохраняющей операции с точки зрения возможного рецидивного язвообразования и развития нежелательных постваготомических расстройств (гастростаз, возникающий при изолированной СПВ или дополненной дренирующими вмешательствами).

Таким образом, разработка и совершенствование оперативно-технических методик в функциональной хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов после резекции желудка.