

кровотока и моторной активности зарегистрированы на расстоянии 15 – 20 см от связки Трейтца: АПО – $6,5 \pm 0,08$ мм; АМВ – $22,2 \pm 0,03$ мм; ПМВ – $8,2 \pm 0,01$ мм. Показатели регионарного кровотока и моторной активности тощей кишки на расстоянии 5 – 15 см и 20 – 35 см от дуоденоюанального угла достоверно снижены: АПО соответственно $4,5 \pm 0,07$ и $5,4 \pm 0,09$ мм ($p < 0,05$); АМВ – $16,8 \pm 0,05$ мм и $17,1 \pm 0,03$ мм ($p < 0,05$); ПМВ – $7,5 \pm 0,01$ мм и $6,2 \pm 0,01$ мм ($p < 0,05$).

Проведенные интраоперационные исследования локальной гемомотородинамики тощей кишки подтвердили, что важным в технике операции является определение оптимального количества пересеченных брыжеечных сосудов. Так, при пересечении 2 прямых сосудов в исследуемом участке кишечной петли АПО составила $4,2 \pm 0,07$ мм; АМВ – $12,4 \pm 0,09$ мм, ПМВ – $5,2 \pm 0,05$ сек. При пересечении одной сосудистой аркады первого порядка и 2 прямых сосудов брыжейки в исследуемом участке тощей кишки выявлено снижение АПО до $2,9 \pm 0,04$ мм ($p < 0,05$). Параметры моторной активности представлены достоверно ослабленными, но учащенными (АМВ – $8,0 \pm 0,06$ мм, ПМВ – $4,4 \pm 0,03$ сек; $p < 0,05$).

Таким образом, технические особенности выполнения основных моментов операции с целью профилактики ранних осложнений сводились к следующему: при формировании кишечных культей необходимо стремиться к максимальному сохранению адекватного интрамурального кровотока; желудочно-кишечные и межкишечные анастомозы предпочтительнее выполнять однорядным прецизионным швом; для моделирования Ру петли оптимальным является пересечение тощей кишки на расстоянии 15-20 см от связки Трейтца и лигирование не более 2 прямых сосудов с сохранением артериальных брыжеечных аркад.

Придерживаясь изложенных особенностей выполнения резекции желудка по Ру, больным с язвенной болезнью желудка и ДПК удалось избежать несостоятельности культи ДПК, гастроэнтеро- и энтероэнтероанастомозов; перфораций отводящей кишки; снизить частоту Ру стаз синдрома до 8,1%.

Список литературы:

1. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27 - 32.
2. Майорова Ю. В., Кузин Н. М., Крылов Н. Н., Канадашвили О. В. Преимущества и недостатки резек-

ции желудка с анастомозом по Ру в лечении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. // Хирургия. – 1996. – № 5. – С. 61 – 66.

3. Никитин Н. А. Недостаточность швов дуоденальной культи в urgentной хирургии язвенной болезни. – Киров. – 2002. – 216 с.

4. Петров В. П., Бадуров Б. Ш., Хабурзания А. К. Резекция желудка по Ру. – М.: ПИК ВИНТИ. – 1998. – 212 с.

5. Саенко В. Ф., Авценко А. Е., Маркулан Л. Ю. Синдром Ру и его клиническое значение // Клини. хир. – 1989. – № 8. – С. 19 – 21.

6. Сигал З. М., Халимов Э. В., Морякова В. Т. Новый способ хирургического лечения язвенной болезни желудка I типа. Ижевск.: Издательство удмуртского университета. – 2001. – 182 с.

7. Чернова Т. Г. Дуоденогастральный рефлюкс и последствия резекции желудка: Автореф. канд. мед. наук. – М., 1994. – 22 с.

SUMMARY

THE FUNCTIONAL STATE OF STOMACH AND DUODENUM AFTER VAGOTOMY

*Khalimov E. V., Kapustin B. B.
Izhevsk State Medical Academy.*

The regional blood flow and motility of stomach and duodenum in 75 patients operated for complicated ulcer disease were investigated. There were performed subdiaphragmatic truncal vagotomy in 14 patients (24,6%), selective proximal vagotomy in 12 patients (21,1%), combined Tailor's gastric vagotomy in 18 patients (31,5%) and extensive selective proximal vagotomy in 13 patients (22,8%). The study was carried out in early postoperative period (3 – 4 days) and in the late postoperative period (6 months) with the Z.M. Siegal's method of transilluminative hemomotorodynamic monitoring. The following indices were calculated: amplitude of pulse oscillation and the amplitude of motor wave in mm and the period of motor wave in seconds. It was found that regional blood flow and the motility of stomach and duodenum were better after combined gastric vagotomy. The drug therapy for improving blood flow and motor functional correction in early postoperative period after vagotomy are also useful and valid therapeutic measures.

Key-words: vagotomy, stomach, duodenum, motility, regional blood flow.

