

применение и точный алгоритм. Именно учет всех особенностей выявленной патологии перед операцией (21 больной) позволил вплотную приблизиться к принципу «каждому больному — своя операция» и тем самым достичь хороших результатов лечения (табл. 3).

Таблица 3

Виды оперативных вмешательств в зависимости от диагноза

Заболевание	Вид оперативного вмешательства	Количество операций
ЯБ желудка	Резекция желудка по Бильрот II	3
ЯБ ДПК	СПВ + РС 2	2
	СПВ + РСТ + ПУО	2
ХНДП	ПАДЕС + ПУО	2
	Дуоденоюностомия «конец в бок»	10
	Двойное отключение ДПК	2

После проведения оперативного лечения в отдаленном послеоперационном периоде (1 — 5 лет) положительный результат отмечается в 91,7 %

Таким образом, особенностью течения картины ЯБ желудка и ДПК является то, что реальная симптоматика — функциональное нарушение нервной системы, депрессия — полностью доминирует над симптомами ХНДП.

У этих больных только при целенаправленном обследовании установлен диагноз дуоденального стаза. Следует отметить недостаточную осведомленность гастроэнтерологов, психиатров о возможности сочетания такого заболевания с психосоматическими проявлениями.

Е.В. Кривигина, О.И. Очиров, Г.Ф. Жигаев, В.А. Козин, В.Ж. Цыренов

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

Восточно-Сибирский государственный технологический университет (Улан-Удэ)

Артериальная гипертония является ведущим фактором риска острых и хронических заболеваний сосудов головного мозга, увеличивает опасность возникновения инсультов в 2 — 7 раз [1, 2]. В последние два десятилетия распространенность артериальной гипертензии составляет в США 20 — 25 % популяции, в России — 20 — 30 %.

Наиболее частой причиной гипоксии являются хроническая сосудистая мозговая недостаточность, важными факторами риска которой являются артериальная гипертензия и атеросклероз [3, 4, 6]. В эпидемиологических исследованиях установлена прямая линейная зависимость между артериальным давлением и частотой первичного инсульта. В 3/4 случаев нарушение мозгового кровообращения развивается у лиц с нормальным артериальным давлением [3, 5].

Риск развития хронической дисциркуляторной энцефалопатии (рис. 1) возрастает на 80 % с увеличением диастолического артериального давления (ДАД) на каждые 10 мм. рт. ст.; на фоне гипотензивной терапии количество фатальных и нефатальных инсультов снижается на 35 — 40% при снижении ДАД на 5-8 мм.рт.ст. Чем выше артериальное давление, тем больше риск развития инсульта и наоборот.

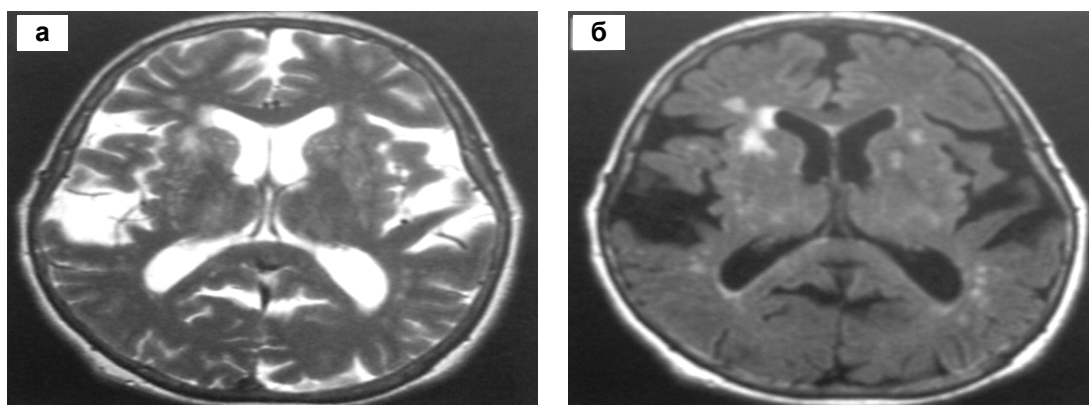


Рис. 1. Дисциркуляторная энцефалопатия с гипертонической болезнью и атеросклерозом сосудов головного мозга. МРТ в режиме T2.

Изменения на МРТ при сосудистой патологии головного мозга проявляются более выраженной церебральной атрофией и возникновением диффузных и очаговых изменений, более выраженным субкортикальным и лобным лейкоареозом и субкортикальными очагами.

При проведении метаанализа 45 популяционных исследований у 450 тысяч человек при сроках наблюдения от 5 до 30 лет выявлена достоверная зависимость числа инсультов от уровня диастолического артериального давления, особенно в молодых возрастных группах. Длительно обеспечиваемое устойчивое снижение артериального давления уменьшает риск смерти от нарушения мозгового кровообращения на 37 %. У больных с артериальной гипертензией при возникновении гипертонического криза часто развиваются общемозговые проявления (головная боль, головокружение, тошнота, рвота, рассеянная мелкоочаговая симптоматика, кратковременный моно- или гемипарез, менингеальные симптомы). Сосудистые заболевания нервной системы можно отнести к наиболее важным проблемам клинической неврологии. Это находит подтверждение во все возрастающей распространенности указанной патологии, в том числе и протекающей с острым нарушением мозгового кровообращения. Клиника заболевания прогрессирующая, а ее начальные стадии, характеризующиеся лишь головной болью, общей слабостью, эмоциональной лабильностью, снижением памяти и внимания, головокружением и нарушением сна, могут выявляться лишь в условиях максимальных физических и/или психо-эмоциональных нагрузок.

Именно «незаметность» начала заболевания и отсутствие лечения опасны в плане прогноза. Авторы считают, что гипертонический криз — это клиническая форма острого проходящего нарушения кровообращения, которое чаще развивается у больных с гиперкинетическим типом гемодинамики.

В настоящее время исследователи отмечают, что наибольшая частота развития сосудистых катастроф (инсульт, инфаркт миокарда) регистрируется в ранние утренние часы. Этот феномен обусловлен существованием хронобиологических циркадных ритмов и активацией симпатoadrenalной системы.

Таким образом, клинически для гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии сначала характерны преимущественно субъективные симптомы (головная боль, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, памяти и внимания), а также анизорефлексия, рефлекс орального автоматизма, нарушение координации движений. Впоследствии этого формируются неврологические синдромы: гемисиндром, паркинсонизм, амиостатический синдром.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. — М., 2001. — 327 с.
2. Дзизинский А.А. Артериальная гипертензия / А.А. Дзизинский. — Иркутск, 2002. — 40 с.
3. Кобалава Ж.Д. Роль систолического артериального давления в развитии органных нарушений / Ж.Д. Кобалава // РМЖ. — Кардиология. — 2001. — Т. 9, № 10. — С. 415—417.
4. Фомина И.Г. «PROGRESS» во вторичной профилактике инсульта / И.Г. Фомина, В.А. Парфенов, Р.Г. Оганов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2002. — № 11. — С. 61—67.
5. Цагарешвили Е.А. Давление бьет по сосудам или что такое транзиторная ишемическая атака / Е.А. Цагарешвили // Легкое сердце. — 2000. — № 2. — С. 6—7.
6. Blood pressure: stroke and coronary heart disease. Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies for the regression dilution bias / Mac Mahon S. [et al.] // Lancet. — 1990. — Vol. 33, N 5. — P. 765—774.

В.М. Лебезев, А.Г. Шерцингер, Г.Д. Гунзынов, А.Д. Укоев

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Российский научный центр хирургии РАМН (Москва)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Основным клиническим проявлением внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ) является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Портокавальное шунтирование (ПКШ) является радикальным методом лечения больных с ВПГ, однако при невозможности его выполнения методом выбора становится гастротомия и прошивание варикозно расширенных вен пищевода и желудка.