

хранялись двухвершинные кривые с равной высотой подъема (10) и кривые с преобладанием второго пика (2). Таким образом, восстановление дуоденального пассажа пищи с включением в процесс пищеварения гепатопанкреатодуоденальной зоны способствует нормализации углеводного обмена.

При эндоскопическом исследовании в отдаленные сроки после операции сформированный клапан створка сохраняет свою перистальтическую активность, эффективно предупреждая заброс дуоденального содержимого в культю желудка. При микроскопическом исследовании биопсий слизистой культи желудка признаки характерные для рефлюкс-гастрита имели место у 5,5 %.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, операция редуоденизации с формированием инвагинационно-клапанного гастродуоденоанастомоза является методом выбора в лечении больных с постгастрорезекционными расстройствами, а формируемый «искусственный привратник» способствуют более медленной и ритмичной эвакуации пищи из культи желудка, надежно предупреждая рефлюкс содержимого из нижележащих отделов пищеварительного тракта в вышележащие. Операция редуоденизации дает пациенту шанс на восстановление работоспособности, предупреждает прогрессирование заболевания и возможное развитие тяжелых, опасных для жизни осложнений, способствует трудовой и социальной реабилитации.

**А.А. Задорожный, Н.А. Задорожная**

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Сибирский государственный медицинский университет (Томск)*

Экспериментальное исследование проведено на 256 собаках, 66 кроликах и 239 мышах. Применялись клинические, биохимические, морфологические и рентгенологические методы обследования.

В результате было выявлено следующее:

- ✘ с первых дней развития анаэробной инфекции в эксперименте возникают: тахикардия, несоответствие между пульсом и температурой, отек и серозное отделяемое из раны, статистически достоверное падение гемоглобина, снижение кожной температуры и венозное давление на пораженной конечности: перечисленные симптомы неспецифичны, так как они наблюдаются при гнойной инфекции и тяжелых травматических поражениях конечностей;

- ✘ достоверные симптомы анаэробного процесса (газ в мягких тканях, гангрена кожи, желтушность склер, отсутствие в ране грануляций) развиваются поздно и свидетельствуют о его запущенности; в артериях конечности, пораженной анаэробной инфекцией, быстро возникают фазовые функциональные и органические изменения, которые могут служить важными тестами для ранней диагностики этого осложнения, локализации и путей его распространения;

- ✘ самым ранним и патогномичным ангиографическим симптомом возникновения в ране конечности анаэробной инфекции является спазм магистральных артерий и расширение мышечных коллатералей, наступающий при инъекции токсинов в первые 24 часа, а при заражении ран анаэробными штаммами — в первые трое

суток. Ценность этого симптома состоит в том, что он обнаруживается до развития клинической картины анаэробной инфекции;

- ✘ следующим ангиографическим симптомом анаэробной инфекции, возникающим на фоне развившегося спазма на 3—5 сутки, является тромбоз магистральных артерий;

- ✘ газ в мягких тканях выявляется на 4—6 сутки, как правило, в тканях лишенных кровоснабжения;

- ✘ ангиография позволяет в ранние сроки диагностировать анаэробную инфекцию, ее локализацию и пути распространения, не только при быстропрогрессирующих и хронических формах, но и при ее возникновении у иммунизированных и получавших с профилактической целью антибиотики;

- ✘ при анаэробной инфекции ран возникают два типа нарушения кровоснабжения мягких тканей: локальный и тотальный.

При первом — нарушение кровоснабжения с последующим развитием некроза наступает в отдельных мышцах или группах их; при тотальном тромбозе некроз развивается в мягких тканях дистальнее расстройства кровообращения.

При локальном типе нарушения кровоснабжения в конечности наиболее рациональным является рассечение фасциальных влагалищ над мышцами, лишенными кровоснабжения, с последующим их иссечением; при тотальном — ампутация конечности на уровне тромбоза магистральных артерий.