

- ного сустава: Дисс. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 1997. – 171 с.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
 3. Корж А.А., Тяньгут В.А., Филипенко В.А. Значение эндопротезирования в развитии ортопедической артрологии // Материалы 4 съезда травматологов и ортопедов. – Н.-Новгород, 1997. – С.526.
 4. Малова М.Н., Лирцман В.М. Предоперационная подготовка и послеоперационное лечение больных пожилого и старческого возраста. – М.: Медицина, 1980. – С. 41-56.
 5. Малова М.Н. Клинико-лабораторные методы исследования в травматологии и ортопедии. – М.: Медицина, 1985. – С.54-58.
 6. Неймарк А.И. Кардиологические нарушения и их коррекция при нефрэктомии, осложненной кровотечением // Кровообращение (Приложение к журналу "Экспериментальная и клиническая медицина"). – Ереван: Изд-во Академии наук Армянской ССР, 1983. – Т.XVI. – №5. – С.53-55.
 7. Петровский Б.В., Ефуни С.Н., Демуров Е.А., Родионов В.В. Гипербарическая оксигенация и сердечно-сосудистая система. – М.: Наука, 1987. – С.35-42.

© ЛЕЛЯВИНА Т.И., КУЗНЕЦОВ В.М., СОДНОМОВ Ч.В., КОЗИН В.А. –
УДК 616.33-089.87

РОЛЬ ВНУТРИДУОДЕНАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ

Т.И. Лелявина, В.М. Кузнецов, Ч.В. Содномов, В.А. Козин.

(Бурятский государственный университет, ректор – чл.-корр. РАО, проф. С.В. Калманов, медицинский факультет, декан – проф. С.М. Николаев, кафедра хирургических болезней БГУ, зав. – Засл. врач Бурятии, проф. Г.Ф. Жигаев; республиканская больница им. Семашко, гл. врач – Засл. врач РФ и Бурятии, к.м.н. М.П. Рябов)

Резюме. Проведено обследование 89 больных после резекции желудка, различными способами и ваготомии. Установлено, что внутридуоденальное давление не зависит от способа операции, но имеется прямая корреляционная связь с функциональными дискинезиями ДПК. Максимальное ВДД отмечено у всех обследованных больных на 3 день после операции. Корреляция между ВДД и объемом отделяемого из культи ДПК по назодуоденальному зонду не выявлено. Высокая внутридуоденальная гипертензия ДПК считается одним из основных факторов несостоятельности ее швов в ближайшем послеоперационном периоде (Д.Д. Верещаденко, 1988; Я.Д. Витебский, С.Г. Платонов 1990; Г.Ф. Жигаев, 1992, I. Vacchini et al., 1980).

Динамика дуоденальной гипертензии после резекции желудка и ваготомии в литературе освещена недостаточно (А.И. Горбашко и соавт., 1985; В.И. Гостищев и соавт., 1989).

Целью нашей работы явилось изучение изменений внутридуоденального давления в ДПК и ее культи в первые 5 суток после резекции желудка и ваготомии. Гидростатическое внутридуоденальное давление определялось у 89 больных методом "открытого катетера" – поэтажной манометрии.

Поводом к оперативному вмешательству у 33 больных служила язва ДПК пенетрирующая в головку поджелудочной железы, у 21 – незажившая после ушивания гастродуоденальная язва, у 17 – резидивная после ушивания перфорации язва пилорического канала, у 11 – хроническая калезная язва ДПК и у 7 – стеноз выходного отдела желудка.

Резекция желудка по Бильрот-I выполнена у 4 больных, по Бильрот-II – у 66 (в модификации Гофмейстера-Финстерера 29, Бальфура – 23, Ру – 14) и ваготомия – у 19.

У всех больных перед операцией измеряли исходное внутридуоденальное давление. Во время операции в ДПК или ее культи вводили полихлорвиниловый зонд d = 0,3-0,5 см, гидростатическое давление в ДПК, или ее культи измеряли в течение 5 суток послеоперационного периода.

Внутридуоденальное давление составляло до 160 мм. вод. ст., а отделяемое – от 0-50 мл. В этот

период прослеживалась явная зависимость количества содержимого от внутриполостного давления в культи ДПК.

На 6-сутки после операции отделяемое по зонду отсутствовало, ВДД составляло $90 \pm 16,6$ мм. вод. ст.

Внутриполостное давление культи ДПК в послеоперационном периоде зависит от метода резекции желудка, и достоверно увеличивается у больных с резекцией желудка по Бильрот-II на короткой петле, и отсутствием лечебных мероприятий: лекарственной или электрической стимуляции кишечника. Несостоятельности швов культи ДПК не отмечено ни в одном случае.

Таким образом, внутриполостное давление в культи ДПК достигает максимального уровня на 3 день после операции, а на 6 – приходит к нормальному уровню ВДД.

Однако максимальное значение ВДД отмечается у больных с незажившими и рецидивными гастродуоденальными язвами после ушивания и после резекции желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера.

Причиной болезней оперированного желудка, по нашему мнению является не скорректированная до операции функциональная дискинезия ДПК.

THE ROLE OF INTRADUODENAL PRESSURE DURING THE POSTOPERATIVE PERIOD AFTER STOMACH SURGERY

T.I. Lelyavina, V.M. Kuznetsov, V.M. Sodnomov, V.A. Kozin

(Republican Hospital named after N.A. Semashko, Chair of surgical diseases)

Eighty-nine patients were examined after resection of stomach by various methods. It was defined that intraduodenal pressure doesn't depend on the surgery method, but there is a straight correlative tie with functional dyskinesias of duodenum. The maximum level of intraduodenal pressure registered in all patients for the third day after operation. The correlation between intraduodenal pressure and volume of matter taken from the stump of duodenum by nazoduodenal probe, wasn't revealed. High intraduodenal hypertension of duodenum considers as one of the main factors of non sustainability of stitches during recent postoperative period. (D.D. Verchadenko, 1988; Y.D. Vitebskiy, S.G. Platonov 1990; G.F. Zhigaev, 1992; I Bachini et al, 1980). Dynamics of duodenal hypertension after resection of the stomach and vagotomy has been insufficiently described in the literature. (A.I. Gorbashko and co-authors, 1985; V.I. Gostichev and co-authors, 1989).

The aim of our work was studying the changes in intraduodenal pressure in duodenum and it's stump during first 5 days after resection of the stomach and vagotomy.

Литература

1. Вершаденко Д.Д. Клиника постгастрорезекционных пептических язв. – Клин. мед. – 1988. – №1. – С.85-94.
2. Витебский Я.Д., Платонов С.Г. Вопросы диагностики недостаточности БДС // Диагностика и лечение заболеваний печени, поджелудочной железы, селезенки и ДПК. Тез. докл. конф. хирургов. Тюмень, 12-14 сентября, 1990. – Т.2. – С.286-289.
3. Горбашко А.И., Батгаев О.Х., Самофалов А.А. и др. Реконструктивные операции при постгастрорезекционных синдромах // Вестник хирургии. – 1985. – №6. – С.29-33.
4. Гостищев В.К., Мисник В.И., Канорский И.Д. и др. Диагностика и лечение ПХЭС // Хирургия. – 1989. – №7. – С.8-11.
5. Жигаев Г.Ф. Дуоденальный стаз. – Иркутск, 1992. – 156 с.
6. Костин А.Е. Гидростатическое давление в ДПК в ближайшем послеоперационном периоде после резекции желудка // Хирургия. – 1989. – С.48-49.
7. Baxhini J., Martino Q., Falaschi C.F., Viti M. Pancreatite acuta postoperatia (PAP) // Nastra esperienra diretto. Minerva chir., – 1980. – Vol.35. N.6. – С.421-427.

© МИТКИНОВ О.Э., ЛЕКМАНОВ А.У. –

УДК 617-089.5-032:611.2-053.2

НИЗКОПОТОЧНАЯ ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ

О.Э. Миткинов, А.У. Аекманов.

(Бурятский государственный университет, ректор – чл.-корр. РАО, проф. С.В. Калманов, медицинский факультет, декан – проф. С.М. Николаев, кафедра хирургических болезней БГУ, зав. – проф. Г.Ф. Жигаев)

Резюме. Оценена эффективность и безопасность метода ингаляционной анестезии с минимальным потоком свежего газа на основании исследования параметров кислородного транспорта. Исследован 71 ребенок при хирургических операциях (ASA II-IV). Проводили ингаляционную анестезию галотаном и изофлюраном с потоком газов 0,5 л/мин. Показатели доставки, потребления и тканевой экстракции кислорода оставались на оптимальном уровне на всех этапах анестезии. Соотношение компонентов газовой смеси и параметры вентиляции были стабильны. Наряду с этим отметим улучшение микроклимата в дыхательном контуре, снижение расхода анестетика и загрязнения атмосферы операционной и высокую управляемость анестезии.

Ингаляционные методы анестезии, стоявшие у истоков зарождения анестезиологии, и на сегодняшний день занимают достойное место в концепции современной многокомпонентной анестезии.

К преимуществам ингаляционной анестезии (ИА) следует отнести [3] редкость возникновения анафилактических реакций, предсказуемость фармакокинетики и фармакодинамики, низкий риск интраоперационного пробуждения больного. Традиционная методика проведения ИА подразуме-

вает подачу в наркозный контур большого потока газа с рассчитанным и фиксированным соотношением компонентов газовой смеси. При этом большое количество неиспользованного анестетика и медицинских газов теряется, кроме того, создаются невыгодные условия для увлажнения и согревания дыхательной смеси, избыточно загрязняется окружающее пространство. Все это заставляет анестезиологов думать о мерах по возможному снижению потока свежего газа.