

В настоящее время комплексная терапия кривошеи состоит в сочетании консервативных ортопедических мероприятий со специальной лечебной гимнастикой, массажем и физиотерапевтическими процедурами. В качестве консервативных ортопедических мероприятий в настоящее время используются: гипсовая повязка (Фридлянд М.О. 1954); ватно-марлевая повязка (Чаклин В.Д. 1957); специальная повязка (Биезинь Л.И. 1968); укладка мешочками с песком (Юмашев 1971); ватно-марлевая баранка (Волков М.В., Дедова В.Д., 1972); картонно-ватно-марлевый воротник (Мирзоева И.И., Конюхов М.П., 1983); головодержатель из ткани «Трикор» (Научно - производственный центр «Огонёк», Москва 1992.).

Известные устройства имеют ряд существенных недостатков. Они вызывают мацерацию кожи новорожденного в местах их соприкосновения, имея циркулярную форму, сдавливают шею ребенка с возможностью прижатия сосудов, дыхательных путей, не формируют шейный лордоз, необходимость постоянного контроля за положением устройства на ребенке, не обеспечивают достаточной коррекции.

Нами предложено устройство для постуральной коррекции кривошеи (подана заявка на изобретение № 2002133551/14(035306) от 10.12.2002, по которой от 7 апреля 2004 г. принято решение о выдаче патента на изобретение), в котором устранены изложенные выше недостатки и при его использовании создаются комфортные условия коррекции положения головы и формирования функции грудино – ключично - сосцевидной мышцы. При нейрогенном генезе кривошеи оно способствует редуцированию влияния позотонических рефлексов.

Устройство контактирует с кожей ребенка по задней поверхности шеи, в области ушной раковины со здоровой стороны и в области сосцевидного отростка с пораженной стороны, не охватывает шею циркулярно. Благодаря форме устройства обеспечивается надежная фиксация в корригированном положении при сохранении возможности поворота головы в сторону поражения, формируя функцию пораженной мышцы. Это устройство использовалось для реабилитации детей с сочетанной нейро-ортопедической патологией в Астраханском Областном Специализированном доме ребенка (акт использования от 1.10.2003 г.) для детей, имеющих кривошею как врожденную, так и приобретенную нейрогенного характера, в возрасте от 1,5 мес. до 2 лет. В каждом случае проведения постуральной коррекции с помощью выше указанного устройства получен положительный результат, осложнений не отмечалось.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА
НАРУШЕНИЙ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ
КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ**

Шурыгин К.В.

Ростовская областная клиническая больница

Сонографическая оценка эвакуаторной функции резецированного желудка является важным звеном в исследовании эффективности радикальных операций.

Целью работы явилась разработка ультразвуковых критериев оценки нарушений моторной функции культи желудка у больных после хирургического лечения рака желудка.

Трансабдоминальным ультразвуковым методом обследованы 94 пациента после субтотальной резекции желудка в связи с его опухолевым поражением. Все исследования проводили с использованием ультразвукового сканера SonoAce-5000 (Medison, Ю. Корея), оснащенного конвексным датчиком 3,5 МГц. В качестве показателей, характеризующих функциональное состояние резецированного желудка, могут выступать значения периода полувыведения его содержимого. В связи с этим, при ультразвуковом исследовании культи желудка измеряли величины объема органа через определенные временные промежутки (через каждые 10 мин). Суть метода состояла в определении времени уменьшения показателя объема содержимого желудка до 1/2 от исходного после приема натощак 300-500 мл физиологического раствора. При этом применяли формулу определения показателя объема желудка: $V_n = a(S_{1n} + S_{Fn}) \times h_n / h_o$, где a - коэффициент размерности, равный 1 ед. измерения, n - номер измерения, S_1 - величина очерченной площади поперечного сечения антрального отдела желудка в средней трети, S_F - величина очерченной площади культи желудка во фронтальном срезе, h - высота стояния уровня жидкости в полости желудка (от уровня верхней стенки антрального отдела желудка), h_o - высота стояния уровня жидкости в полости желудка при первом измерении.

На основании проведенных исследований было выявлено, что искусственные жомы в области гастроэнтеро- и гастрозофагоанастомоза в ранний послеоперационный период выполняли роль полноценных сфинктеров, которые обеспечивали порционную эвакуацию, восстановление резервуарной функции культи желудка и в значительной степени препятствовали рефлюксу в пищевод либо в культи желудка. Анализ полученных результатов оценки периода полувыведения содержимого желудка в зависимости от способа пилорусмоделирующего анастомоза позволил выявить, что ускоренная эвакуация содержимого культи желудка была отмечена только у пациентов с формированием жома без искусственного клапана, что говорит о недостатках данного метода пилорусмоделирующей операции. Из полученных результатов также следует, что замедленная эвакуация содержимого желудка в подавляющем большинстве случаев (84,3%) наблюдалась в раннем послеоперационном периоде (первые 2 недели после операции). Это объясняется отеком области анастомоза и снижением моторной активности культи желудка в этот период времени.

Эхоскопически функция пилорусмоделирующего жома проявлялась у пациентов в виде слоистых сокращений по типу "сжимающегося и разжимающегося цилиндра". В первые 8 суток после операции у большинства пациентов (92,3%) перистальтика культи желудка отсутствовала или была едва заметна вследствие малой амплитуды, составляющей менее 20%. Так, при ультразвуковом исследовании в ближайшем послеоперационном исследовании были установлены низкие показатели частоты перистальтики

до 0-1 волны в мин при скорости ниже 2,5 мм/сек. В ряде случаев перистальтика вообще отсутствовала. Подобная ультразвуковая картина замедления моторной активности резецированного желудка сохранялась в течение 2 месяцев после выполнения операции. В 7,7 % случаев в раннем послеоперационном периоде было обнаружено увеличение частоты перистальтики до 4-6 волн/мин, вызванное нарушением проходимости выходного канала культи желудка за счет появления препятствия для эвакуации содержимого и явившееся компенсаторным моментом этого патологического состояния. В ходе ультразвукового обследования резецированного органа при глубокой перистальтической волне в дистальном отделе культи отчетливо визуализировалось формирование "псевдоантральной полости" в виде относительно изолированного фрагмента культи, грушевидной формы, заполненного анэхогенным содержимым. В динамике, по мере продвижения глубокой перистальтической волны объем этой псевдоструктуры равномерно уменьшался.

Итак, разработанные ультразвуковые критерии эвакуаторной функции резецированного желудка могут быть рекомендованы для оценки эффективности хирургического лечения рака желудка и своевременного выявления послеоперационных осложнений.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЦВЕТОВОГО ДОПЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Шурыгин К.В.

Ростовская областная клиническая больница

Ранняя диагностика экстренных осложнений рака желудка у больных представляет значительные трудности. Это связано с тяжестью состояния пациентов, затруднениями проведения контрастного рентгенологического и эндоскопического методов исследования. Для диагностики экстренных осложнений рака желудка в динамичном порядке можно применять ультразвуковой метод исследования. Целью исследования явилось изучение возможностей цветового доплеровского картирования в ранней диагностике экстренных осложнений у больных раком желудка.

Трансабдоминальным ультразвуковым методом с применением режима цветового доплеровского картирования были обследованы 94 пациента после хирургического лечения рака желудка. При этом использовали УЗ-сканер SonoAce-5000 (Medison, Ю. Корея).

Выполненное нами исследование гастроэнтероанастомоза с применением цветного доплеровского картирования объективно подтвердило наличие в области сформированного сфинктера развитой капиллярной артериальной и венозной сети, что явилось одним из основных критериев его функциональной состоятельности. Развитая сеть кровеносных сосудов определялась по контуру жома в виде интенсивно окрашенного пульсирующего просвета мелких сосу-

дов, сосудистый рисунок характеризовался как "единичные точечные сигналы". Состояние кровоснабжения сформированного сфинктера у больных зависело от продолжительности послеоперационного периода. Так, в первые сутки после операции было отмечено снижение плотности сосудистой сети в области гастроэнтероанастомоза, что объяснялось результатом механического сдавления послеоперационным отеком различной степени капиллярной сосудистой сети. По мере увеличения продолжительности послеоперационного периода артериальный и венозный кровоток в области гастроэнтероанастомоза характеризовался повышением плотности сосудистой сети как показателя активного кровоснабжения этой зоны.

Кроме того, у больных после хирургического лечения рака желудка цветовое доплеровское картирование было использовано и для выявления энтерогастрального рефлюкса. В наших исследованиях среди больных энтерогастральный рефлюкс был выявлен у 12,6% обследованных. Ультразвуковые признаки энтерогастрального рефлюкса 1 степени были зафиксированы у 4,6% больных, а 2 степени – у 8% пациентов. При этом, I степень энтерогастрального рефлюкса была установлена только на основании цветового доплеровского картирования.

Анализируя полученные данные при исследовании больных, была установлена следующая динамика ультразвуковой картины резецированного желудка с наложенными анастомозами с пищеводом и тонкой кишкой. Ранний послеоперационный период характеризовался наличием ультразвуковых признаков отека структур, формирующих гастроэнтероанастомоз, в ответ на операционную травму. При этом страдала функциональная способность самого гастроэнтерального соустья - она была либо резко угнетена и слабо интенсивна, либо отсутствовала.

Моторно-эвакуаторные нарушения в ранние сроки после резекции желудка носили в основном функциональный характер и реже были обусловлены механическими препятствиями на пути эвакуации содержимого культи желудка. Прежде всего, само вмешательство приводило к падению тонической и двигательной функции желудочной стенки, сохраняющемуся в течение 2 месяцев. Результаты послеоперационного обследования показывали замедление перистальтической активности резецированного желудка в виде снижения частоты перистальтической волны, уменьшения ее скорости, низкой амплитуды перистальтики в сроки до 2 мес после резекции желудка. В этот период времени, несмотря на слабое раскрытие просвета анастомоза, относительно часто встречался энтерогастральный рефлюкс. Данный факт можно объяснить функциональной пассивностью анастомоза на рефлюксирующую волну из тонкой кишки.

Итак, ультразвуковое исследование культи желудка у онкологических больных с применением цветового доплеровского картирования подтверждало, что гастроэнтероанастомоз обеспечивал регулируемый транзит пищевых масс, обладал относительной функциональной автономией и хорошо выполнял антирефлюксную функцию. Модификации пластических операций в виде клапана-"створки" и полного инвагинационного клапана позволили дополнить