

выполнена фундопликация по Дору. В группе больных с ахалазией кардии III ст дисфагии в отдаленном периоде не отмечено. У всех б-х (49/95) при ахалазии III-IV ст отмечено сокращение просвета пищевода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Операция Геллера является высокоэффективным методом лечения ахалазии кардии. Эзофагокардиомиотомию необходимо дополнять теми видами фундопликации, которые могут обеспечить клапанную функцию кардии, не вызывая дисфагии после операции. Косая неполная фундопликация на 270-320° - надежный метод профилактики гастроэзофагеального рефлюкса после операции Геллера.

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Шестаковская Е.Е.

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТРИКТУРАХ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского, Россия, agtitov@mail.ru*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценка результатов пластики пищевода при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. У 33,3% (71/213) больных с послеожоговыми стриктурами пищевода было сочетанное поражение желудка. У 56,3% (40/71) б-х проходимость пищевода восстановлена бужированием. 31 (43,7%) б-му выполнена эзофагопластика.

Одномоментно восстановление проходимости желудка и внутриплевральная эзофагогастропластика выполнена 9 больным из 31 (29,0%). В этих случаях выполнялась гастроэнтеростомия (2), гастро-дуоденопластика (2), пилоропластика (2) или продольное иссечение рубцово-измененной стенки желудка с поперечным его ушиванием. Затем «испорченный» желудок использовался для эзофагопластики доступом по Льюису (5) или по Гэрлоку(2), Ретростернальная шунтирующая пластика стеблем из антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка после его обномоментной резекции по Б-П (2). Многоэтапно оперировано 22 (71,0%) больных. На первом этапе – операции по восстановлению пассажа из желудка. Тонкокишечная эзофагопластика выполнена 1 больному, колоэзофагопластика - 6, гастропластика – 15. Внутриплевральный доступы применялись у 10 больных (Льюиса – 8, Гэрлока -2), загрудинное проведение трансплантата – у 8.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Осложнения отмечены у 6 больных (26,1%) – без достоверных различий в группах больных, оперированных одномоментно или многоэтапно. Летальность: 1 больной умер на 3 сутки после многоэтапной эзофагогастропластики от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка выбор методов восстановления их проходимости индивидуален с учетом

многих факторов (общее состояние больного, степень и протяженность стеноза пищевода и желудка, особенности анатомии и т.д.).

Амирханов Т.Н.

ТОКСИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА ЦЕЛЛЮЛОЗНО-БУМАЖНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия,
taymuraz001@yandex.ru*

В процессе интенсивного развития промышленности изучение роли вредных и сопряженных с риском для здоровья факторов производственной среды является своевременным и очень важным. Длительное влияние комплекса производственных факторов одновременно с ухудшением здоровья работающих, как правило, может привести к патологическим изменениям слизистой оболочки полости рта, заболеваниям пародонта, твердых тканей зубов (Амиров Н.Х., 2008; Kornman, K.S., Lou H., 2000). В литературе имеются лишь единичные работы, в которых представлены результаты исследования токсических веществ (ТВ) целлюлозно-бумажной промышленности (ЦБП). В то же время, по данным литературы, заболеваемость зубов и слизистой ротовой полости у рабочих в ЦБП достаточно высока (Смайлова Л.Ф., 2006).

Цель исследования - комплексное клиничко-патофизиологическое исследование токсических факторов ЦБП и их влияние на стоматологическую заболеваемость рабочих данной промышленности.

Методы исследований. Проведено углубленное клиническое, рентгенологическое, лабораторное и функциональное обследование состояния органов и тканей полости рта 75 работников ЦБП (57 мужчин, 18 женщин), работающих во вредных цехах ЦБК имеющих контакт с ТВ (основная группа) и 79 работников ЦБП (47 мужчин, 32 женщин), не имеющих непосредственного контакта с ТВ (контрольная группа). По возрасту обследуемые были распределены на 2 группы: первая группа обследуемых в возрасте 21-35 лет; вторая – 36-52 года. Известно, что токсическими факторами, вызывающими стоматологическую заболеваемость у работников являются производственная пыль, диоксид серы, сероводород, метилмеркаптан, диметилсульфид, метанол, скипидар, оксид углерода, хлор и др. Проведен сравнительный анализ показателей стоматологической заболеваемости у обследуемых лиц основной и контрольной групп.

Результаты исследования. В ходе исследования выявлено, что в результате действия токсических факторов ЦБП, у рабочих вредных цехов ЦБК количество обращений к врачу стоматологу было на 10% выше, чем в контрольной группе. Уровень выявленных стоматологических заболеваний находился в прямой зависимости от возраста и стажа работы на вредном производстве. У обследуемых основной группы воспалительные процессы в ротовой полости протекали