

ниях летальных исходов, непосредственно связанных с методикой выполнения операции, не было. Интраоперационных осложнений не было. Среди осложнений, связанных с оперативным вмешательством, наиболее грозными считается несостоятельность анастомоза. В наших наблюдениях это осложнение не зафиксировано. Это связано с преимуществами разработанной методики формирования колоректального соустья: циркулярное рассечение серозномышечной оболочки по линии резекции обнажает подслизистую основу за счет сокращения мышечного слоя, что позволяет свободно дифференцировать слои кишки «невооруженным» глазом; формирование подобного шва позволяет одновременно адаптировать одноименные слои стенок, добиться наибольшей прочности кишечного шва вследствие плоскостного захвата подслизистой оболочки, при этом не инфицируя стенку кишки и не вскрывая просвет кишок до завершения формирования задней полуокружности соустья; продольное расположение на ободочной и косое на прямой одинаковых по величине стежков позволяет равномерно адаптировать различные по диаметру просветы кишок без ущерба качеству кишечного шва; послойное адаптивное одноименных тканей позволяет добиться заживления первичным натяжением и избежать анастомозита и стриктуры соустья.

Ранние послеоперационные осложнения в виде нагноения кожной раны возникли в одном наблюдении (5,88 %). Выполнение профилактической баугинепластики позволяет избежать в отдаленном послеоперационном периоде развития рефлюкс-энтерита, связанного с дисфункцией илеоцекального отдела после его реверсии во время операции. Швы с кожных ран были сняты в обычные сроки. Средний послеоперационный день составил 12 ± 2 сут. Всем пациентам в пред- и послеоперационном периодах проводилось: эндоскопическое исследование толстой кишки, эндоскопическая ультрасонография толстой кишки, ирригоскопия и изучение пассажа бария по толстой кишке. При клиническом обследовании в послеоперационном периоде особое внимание уделяли на симптомы, характерные для пострезекционных моторно-эвакуаторных и регургитационных синдромов. При рентгенологическом исследовании в отдаленном послеоперационном периоде кишка не дилатирована, рельеф слизистой обычный. На расстоянии 12–15 см от ануса определяется анастомоз в виде циркулярной складки. Рельеф слизистой представлен косыми и поперечными складками обычного диаметра. При антиперистальтических сокращениях толстой кишки и ретроградном токе контрастной массы заброса бариевой взвеси из толстой кишки в приводящие отделы подвздошной кишки не было. При субъективной оценке оперативного вмешательства все 17 пациентов были полностью удовлетворены результатом операции. 11 пациентов трудоспособного возраста в течение первого полугодия после операции вернулись на прежнее место работы. Выполняют трудовые обязанности в полном объеме.

Применение в клинике разработанного способа формирования асцендоректального анастомоза с профилактической баугинепластикой позволяет получить в отдаленном послеоперационном периоде отличные и хорошие результаты в 92 % случаев.

С.Р. Аюшиева, Я.Г. Разуваева, Д.Н. Оленников

АНТИОКСИДАНТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ФИТОПЛЕНКИ «ХАСТАПЛЕН» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)

На сегодняшний день в комплексном лечении заболеваний пародонта, наряду с применением антибиотиков, широко используются препараты растительного происхождения, в форме настоек, настоев, отваров и других лекарственных форм, которые недостаточно эффективны из-за кратковременности воздействия, вследствие резко снижающейся концентрации лекарственного средства в полости рта. В связи с этим перспективным направлением в стоматологии является разработка пленочных покрытий на основе растворимых полимеров, обладающих пролонгированным действием.

На основе этого разработана новая лекарственная форма — фитопленка, содержащая 10 % сухого экстракта какалии копьевидной (*Cacalia hastata* L.), условно названная «Хастаплин».

Целью нашего исследования явилось определение влияния фитопленки «Хастаплин» на показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантную систему организма при повреждении тканей пародонта.

Исследования произведены на 84 белых крысах линии Wistar обоего пола массой 160–180 г. Повреждение пародонта у животных вызывали путем наложения шелковой лигатуры в зубодесневую борозду. Фитопленку накладывали на десну ежедневно, с фиксацией ее в течение 5 минут. Животным контрольной группы накладывали пленку, не содержащую растительное средство по аналогичной схеме. Исследования проводили на 3, 7 и 14 сутки с начала эксперимента. Для оценки влияния фитопленки «Хастаплин» на состояние перекисного окисления липидов в крови содержание малонового диальде-

гида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК). Для оценки влияния фитоplenки на состояние антиоксидантной системы организма при повреждении тканей пародонта активность каталазы, супероксиддисмутазы (СОД) и содержание восстановленного глутатиона в крови.

Результаты исследований показали, что на 3, 7 и 14 суток опыта у животных контрольной группы наблюдается активация процессов перекисного окисления липидов: содержание МДА увеличивается 1,9; 3,3 и 4,0 раза, концентрация ДК в 1,4; 2,4 и 3,4 раза соответственно по сравнению с таковыми показателями у животных контрольной группы. Интенсификация процессов перекисного окисления липидов сопровождается снижением активности антиоксидантных ферментов: каталазы и СОД, содержания восстановленного глутатиона по сравнению с таковыми у животных интактной группы во все сроки наблюдения.

Применение фитоplenки «Хастапен» у животных на фоне повреждения тканей пародонта, вызывает ингибирование процессов перекисного окисления липидов и повышение антиоксидантного статуса организма. Так, у животных опытной группы, на 3, 7 и 14 суток опыта содержание МДА снижается на 28, 32 и 24 %, а концентрация ДК — на 24, 38 и 30 % соответственно и активность каталазы повышается в 1,2; 1,6 и 1,9 раза, СОД — в 1,4; 1,5 и 1,4 раза и содержание восстановленного глутатиона — на 10, 23 и 28 % соответственно по сравнению с таковыми показателями у животных контрольной группы.

Таким образом, фитоplenка «Хастапен» ингибирует процессы перекисного окисления липидов и активирует антиоксидантную систему организма при повреждении тканей пародонта, что обусловлено высоким содержанием в сухом экстракте какалии копьевидной аскорбиновой кислоты, флавоноидов и других биологически активных веществ.

И.А. Белоус

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ IV СТАДИИ

НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ (Северск)

ЦЕЛЬ

Разработать новый способ хирургического лечения больных с ахалазией кардии IV ст., позволяющий снизить число осложнений в раннем послеоперационном периоде, связанных с традиционными способами хирургического лечения ахалазии кардии IV ст.: гнойно-септических процессов средостения, гипотонии желудка, гастроэзофагеального рефлюкса, а также позволяющий восстановить качество жизни больных в отдаленные сроки после операции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стали больные с диагнозом ахалазии кардии IV ст. верифицированным по данным рентгенологического исследования, эзофагеальной манометрии, трансабдоминальной и эндоскопической ультрасонографии. Разработан собственный метод хирургического лечения, позволяющий снизить число осложнений в раннем послеоперационном периоде и улучшить качество жизни пациентов в отдаленные сроки. После верхнесрединной лапаротомии формируют изоперистальтический стебель из большой кривизны желудка шириной 22 — 25 мм с сохранением желудочно-сальниковой артерии. При формировании пищевода выполняется селективная проксимальная ваготомия, сохраняющая иннервацию антрального отдела желудка, что положительно сказывается на моторно-эвакуаторной функции всего трансплантата. Абдоминальный и нижнегрудной отделы пищевода пристеночно мобилизуют от окружающей клетчатки и сосудов, сохраняя блуждающие нервы. По линии резекции на уровне нижнегрудного отдела пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Ее проксимальный край берется на нити держалки, подшивается к ножкам сухожильной части диафрагмы, затем отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5 — 2 см. Выполняют цервикальный доступ к шейному отделу пищевода вдоль медиального края нижней трети левой грудиноключично — сосцевидной мышцы и в рану выводят шейный отдел пищевода. По линии резекции на шейном конце пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Дистальный край мышечной оболочки фиксируют нитями — держалками, отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5 — 2 см по проксимальному краю мышечной оболочки, слизистую прошивают аппаратом УО — 40. На передней стенке обнаженных слизистой и подслизистой оболочек нижнегрудного отдела пищевода формируют отверстие, через которое проводят флэбэкстрактор в просвет пищевода на шею. Обнаженные слизистую и подслизистую оболочки шейного отдела пищевода фиксируют на флэбэкстракторе и по краю механического шва пересекают. С помощью тракции за флэбэкстрактор и фиксации мышечной оболочки шейного отдела за нити — держалки удаляют слизистую и под-