ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова К.В. Психические расстройства в клинике эндокринных заболеваний //Русский медицинский журнал. - 2006.-№26.-С.1881.
2. Анциферов М.Б., Дробижев М.Ю.Сахарный диабет и депрессивные расстройства // Русский медицинский журнал. - 2003.-т.11, №27.- С.1480
3. Галстян Г.Р., Дробижев М.Ю. Боль при диабетической полинейропатии – психосоматические аспекты // Проблемы эндокринологии.- 2007.- т.53 №6- С. 43-47
4. Дробижев М.Ю. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожно-фобических расстройств. // Проблемы эндокринологии. – 2002. – т.48, № 5- С. 37-39
5. Елфимова Е.В. Психические расстройства при сахарном диабете Технология лечебно- диагностического процесса: Дис…..докт.мед.наук.- М., 2005.
6. Марилов В.В Переход функционального расстройства в органический психосоматоз //Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. - №1.- С. 21-23
7. Ромасенко Л.В. Депрессивные расстройства в общей медицине // Терапевтический архив. - 2006.- №10.- С. 5-8
8. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях – М.: МИА; 2003.- С. 38-73.
9. Старостина Е.Г.Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // Русский медицинский журнал.- 2004.- т.12, №22.- С.1277-1278.
10. Суркова Е.В., Дробижев М.Ю., Мельникова О.Г. Сахарный диабет и сопутствующие депрессии // Проблемы эндокринологии.- 2003.- т.49, №6- С. 11-16.
11. Филатова Е.Г. Тревога в общесоматической практике // Терапевтический архив. - 2007.-№5.- С.72-78.
12. Фостер Д. Сахарный диабет / Под ред. Э.Фаучи.- М.: Практика; 2002.- С.2491-2526.
13. Целина М.Э. Основные синдромы в клинической картине нервно- психических расстройств при сахарном диабете.// Медико- социальная экспертиза и реабилитация.- 2001.- №3.- С. 16- 18.
14. Dyck P.J., Karnes J., O'Brien P.J. Diabetic Neuropathy.-Phyladelphia.- 1989.
15. Kamaldeep Bhyi, Shuina Hag, Geraldine Strathdee //Psychiatr.Bull.-1998.-Vol.22.-P.77-81.
16. Lloyd C.E., Dyer P.H., Barnett A.H. // Diabet. Med.- 2000.-Vol.17,№3.-P. 198-202.
17. Peyrot M., Rubin R.R. // Diabetes Care.-1997.-Vol.20,N4.-P.585-590
18. Padgett D.K. // J. Nerv. Ment. Dis.-1993.-Vol. 181.-P.123-129.
19. Pouwer F.,Snoek F.J.// Diabet. Med. – 2001.- Vol.18,№7.- P.595-598.
20. Van Tilburg M.A., McCaskill C.C., Lane J.D. Depressed mood is a factor in glycemic control in type 1 diabetes.// Psychosom.Med.- 2001 .- Vol 63, №4. – P.551-555.
21. Ziegler D., Weise F., Langen K.J. et al. //Ibid.- 1998.-Vol.41.-P.443-45.

УДК 616.231+616.32] -007.253 -031 -089.86
© М.С. Коржук, С.Н. Хунафин, С.В.Черненко, Е.Ж. Копин, 2009

М.С. Коржук[1], С.Н. Хунафин[2], С.В. Черненко[1], Е.Ж. Копин[1]

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМИ СВИЩАМИ

[1]ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»,
[2]ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» г. Уфа

Авторами изучены результаты хирургического лечения 29 пациентов с трахео-пищеводными свищами в возрасте от 15 до 75 лет, которые находились в клинике в 1996-2008 годах (мужчин-14, 48%; женщин-15, 52%).

Разработана новая методика использования в пластике свища мышечного лоскута из грудино-щитовидной мышцы с благоприятным исходом.

Ключевые слова: Трахеопищеводные свищи, хирургическое лечение, мышечная пластика

M.S. Korjuh, S.N Khunafin, S.V. Chernenko, E.J. Kopin

THE SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH TRACHEO-ESOPHAGAL FISTULAS

Authors has studied the results of surgical treatment of 29 patients with esophago-tracheal fistulas in the age of 15 up to 75, which were in clinic in 1996-2008 (14 men – 48%, 15 women – 52%).

The technique is developed and the muscular rag from a sternal-thyroid muscle is used in plastic of a fistula with a favorable outcome.

Key words: esophago-tracheal fistulas, surgical treatment, muscle plastic.

В этиологии трахео-пищеводных свищей ведущее место занимают ятрогенные повреждения, количество которых значительно выросло в последние годы. Так, по данным Л.М. Гудовского, наблюдавшего за период с 1966 по 1991 годы 45 больных с трахеопищеводными свищами, ятрогенные свищи имели место в 15,6% наблюдений. А.А. Татур (2005) приводит результаты наблюдения 19 больных за период с 1994 по 2006 гг. По данным автора, ятрогенные причины формирования трахеопищеводных свищей имели место в 68,5% наблюдений.

Таким образом, количество больных с трахеопищеводными свищами ятрогенного и травматического происхождения, начиная с 90-х годов прошлого века, неуклонно растет. Вместе с этим на сегодняшний день не существует единого мнения относительно хирургической тактики, применяемой в отношении данной нозологии.

Ряд авторов предлагают использовать при разобщении трахеопищеводных свищей лоскут париетальной плевры, перикарда, диафрагмы на ножке, межреберной мышцы, вилочковой железы [1, 2, 4, 5, 11]. Б.В. Петровским (1963 г.) описано 26 случаев наблюдения больных свищами различной этиологии, из них 8 пациентов были оперированы. Ю.Е. Березов и М.С. Григорьев (1965) оперировали радикально 2 больных. Благоприятный исход был достигнут у одного больного при свище на почве дивертикула пищевода.

Л.М. Гудовский в 1992 году представил опыт лечения 45 больных с трахеопищеводными свищами, в том числе 24 больных были прооперированы радикально и 10 паллиативно [1, 2, 4]. А.А. Татур (2006г.) предложил для трахеопластики при разобщении пищевода и трахеи применять перемещенный лоскут вилочковой железы на сосудистой ножке. Свою методику автор применил у 8 больных.

Предложены методики разобщения трахеопищеводных свищей с использованием эндотрахеальных стентов линейных, таких как стенты Дюмона, Rusch и Т-образных типа Монтгомери, устанавливаемых в проекции свища [7, 8, 11].

Недостатками таких методик являются, во-первых, невозможность использования при свищах значительной протяженности, во-вторых, все данные методики связаны с длительным канюленосительством и необходимостью длительного (до года) динамического наблюдения за больными. В то же время стенты, имеющие по наружной поверхности шипы (в частности стенты Дюмона), призванные обеспечить фиксацию стента в просвете трахеи благодаря своим конструктивным особенностям приводят к хронической травматизации слизистой оболочки трахеи в течение всего периода канюленосительства, что в ряде случаев приводит к формированию грануляционных стенозов трахеи выше и ниже стояния стента. Кроме того, всегда есть риск миграции стента с потерей его каркасной функции и обтурации главных бронхов, что может иметь негативные последствия.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с трахеопищеводными свищами.

Материал и методы

С 1996 по 2008г.г. в торакальном отделении ОГКБ №1 им. А.Н. Кабанова прооперировано 29 пациентов с трахеопищеводными свищами. При этом у 26 (89,6%) трахеопищеводные свищи были ятрогенного происхождения. Мужчин было 14 (48%), женщин 15 (52%); возраст варьировал от 15 до 75 лет, средний возраст 41,3 года. За период с 2004 по 2008 г.г. прооперировано 10 человек по предлагаемой методике (6 женщин и 4 мужчины).

Методика операции отработана и обоснована анатомическими исследованиями, проведенными на базе ГУЗ Омской области бюро судебно-медицинской экспертизы (начальник - Гальчиков Ю.И.) на 24 трупах людей. Во время этих исследований уточнялись топографо-анатомические отношения заинтересованных структур, особенности васкуляризации мышц шеи, возможность использования при разобщении трахеопищеводных свищей неопухолевой этиологии на шейном уровне различных образований. В результате нами используется следующая методика:

Разрез кожи, подкожной клетчатки, поверхностной фасции и m.pletysma выполняют слева по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы от нижнего края щито-

видного хряща до яремной вырезки грудины. Мышцы - поверхностные и часть подподъязычных - без пересечения отводят латерально. Выделяют трахею, пищевод, свищевой ход, грудино-щитовидную мышцу. Мышцу препарируют от начала до места её прикрепления к косой линии щитовидного хряща, по которой и пересекают. Полученный таким образом мышечный лоскут отводят в сторону (рис. 1).

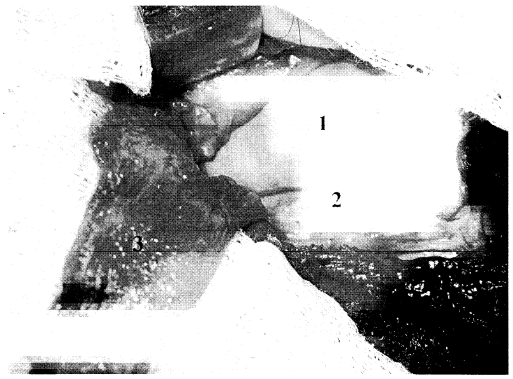

Рис. 1. Этап операции больной И. Лоскут грудино-щитовидной мышцы (3) отсечен и отведен в сторону; 1 - трахея, 2 - пищевод.

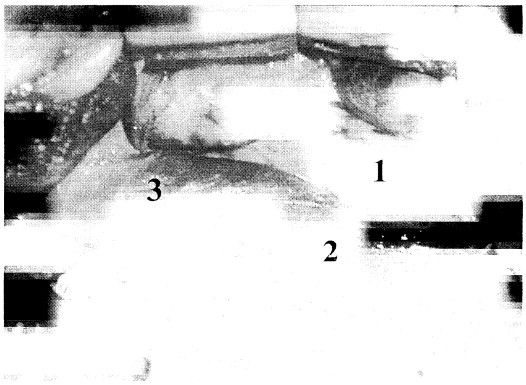

Рис. 2. Этап операции больной И. Лоскут грудино-щитовидной мышцы (3) подшит к стенке пищевода в зоне дефекта последней; 1 - трахея, 2 - пищевод.

После выделения пищевода (всех его стенок) и задней стенки трахеи от уровня первого полукольца до уровня 8-9 полуколец свищевой ход рассекают или при значительной его протяженности иссекают. Дефект трахеи ушивают через все слои отдельными узловыми швами монофиламентным шовным материалом на круглой атравматичной игле в один ряд. Дефект пищевода ушивают двумя рядами узловых швов: первый - на слизистую оболочку, второй - на мышечную. При этом мышечный лоскут подводят к дефекту стенки пищевода и подшивают (рис. 2).

Параэзофагеальную клетчатку в зоне разобщенного свища дренируют трубчатым дренажем. Операционную рану послойно ушивают наглухо.

К преимуществам предлагаемого способа относится его меньшая в сравнении с другими известными способами травматичность. Кроме того, использование при разобщении трахеопищеводных свищей именно грудино-щитовидной мышцы обусловлено топографо-анатомическими отношениями заинтересованных структур, в частности расположение указанной мышцы в непосредственной близости к трахее и пищеводу, что позволяет без каких либо технических трудностей производить транслокацию мышечного лоскута к зоне свища. Вместе с этим размеры грудино-щитовидной мышцы, мобильность и хорошее кровоснабжение получаемого лоскута позволяют использовать его при разобщении трахеопищеводных свищей значительной протяженности, что не всегда возможно при использовании иных анатомических образований.

Летальных исходов, рецидивов свища при использовании предложенного способа мы не наблюдали.

Выводы

1. Из 29 леченных больных с трахеопищеводными свищами в 26 (89,6%) случаях были свищи ятрогенного происхождения, которые возникли после эндоскопических исследований пищевода и трахеи.

2. С использованием разработанного в клинике метода пластики свища мышечным лоскутом грудино-щитовидной мышцы на ножке достигнута профилактика осложнений и рецидива заболеваний.

Контактная информация

Коржук Михаил Сергеевич
Аспирантан кафедры общей хирургии Омской государственной медицинской академии
г. Омск 644112, ул. Перелета, 7 ОГКБ-1 13- 35-21
Хунафин Саубан Нурлыгаянович
Д.м.н., профессор, зав. кафедрой скорой помощи и медицины катастроф с курсом термической травмы ИПО
г. Уфа, Блюхера, 3, МУ ГКБ №18, тел. -факс (347) 235-75-76
Черненко Сергей Викторович
К.м.н., доцент кафедры общей хирургии Омской государственной медицинской академии
г. Омск 644112, ул. Перелета, 7 ОГКБ-1 13- 35-21
Копин Евгений Жадрович
К.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Омской государственной медицинской академии
г. Омск 644112, ул. Перелета, 7 ОГКБ-1 13- 35-21

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудовский, Л.М., Королева, Н.С., Бирюков, Ю.В.и др. Трахеопищеводные свищи //Груд, и серд.-сосуд. хирургия.-1990.-№12.-С. 63-69;
2. Нарсия, Б.Е., Тен, А.Г. Хирургическое лечение доброкачественных пищеводно-респираторных фистул //Анналы хирургии.-2005.-№1. - С. 8-15;
3. Петровский, Б.В., Перельман, М.И., Королева, Н.С. Трахеобронхиальная хирургия:- М. Медицина, 1978. - С. 119-132, 250-262;
4. Татур, А.А. Трахеобронхиальная травма // Бел. мед. журнал.-2005.-№1.-С. 11-13;
5. Черноусов, А.Ф., Черноусов, Ф.А., Летуновский, Е.А. Хирургическое лечение больных с большими пищеводно-трахеальными свищами //Анналы хир..-2006.-№1.-С. 36-40;
6. Chauhan, S.S, Long, J. D. Management of Tracheoesophageal Fistulas in Adults. //Curr. Treat. Options Gastroenterol.-2004.-V7(l).-P.31-40.
7. Freire J.P., S.N. Feijo, L. Miranda, F. Santos, H.B. Castelo Diseases of the esophegeus (2006), 19 36-39..
8. Galan, G., Tarrazona, V., Soliveres, J., Calvo, V., Paris, F. Tracheoplasty in a large tracheoesophageal fistula // Ann. Thorac. Surg.-1999.-V. 68.-p. 1071-1072;
9. Gerzic, Z., Rakic, S., Randjelovic, T. Acquired benign esophagorespiratory fistula: report of 16 consecutive cases //Am. Thorac. Surg.-1990.-Vol. 50.-p.724-727; ll.Grillo, H.C. Surgery of the Trachea and Bronchi. Acquired
10. Tracheoesophageal and Bronchoesophageal Fistula //BC Inc-Hamilton-London.-2004.-p. 341-356;

УДК 616.314.18.-002.4-036.12-031.81-055.2-085:615.37
© Ф.З. Мирсаева, Л.Ф. Губайдуллина, Л.А. Фарвазова, Э.И. Галиева, Л.А. Рябых, 2009

Ф.З. Мирсаева, Л.Ф. Губайдуллина, Л.А. Фарвазова, Э.И. Галиева, Л.А. Рябых

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава, г.Уфа

В статье отражены результаты исследования авторов по эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с применением нового производного пиримидина – 5 окси-4 метилурацила - в виде аппликаций с целью коррекции местного иммунитета у 72 женщин репродуктивного возраста, больных сирингомиелией. Критериями оценки эффективности применения препарата служили Ig A, M, G, секреторный Ig A, уровень лизоцима десневой и ротовой жидкостей, клиническое состояние пародонта до и после лечения. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения 5 окси - 4 метилурацила для коррекции местного иммунитета при хроническом генерализованном пародонтите у больных сирингомиелией.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, сирингомиелия, местный иммунитет, 5 окси-4метилурацил.

F.Z. Mirsayeva, L.F. Gubaidullina, L.A. Farvazova, E.I. Galieyva, L.A. Ryabykh

IMMUNOCORRECTING THERAPY FOR CHRONIC GENERALIZED PARODONTITIS ACCOMPANIED BY DISEASES IN REPRODUCTIVE AGE WOMEN

The paper reviews the results obtained from the study of complex treatment efficiency. The treatment of chronic generalized parodontitis using a new compound of pyrimidine-5-oxy-4 methyluracil in the form of applications was conducted to correct local immunity in 72 women of reproductive age with syringomyelia. Assessment effectiveness criteria for the use of the agent included immunoglobulins A,M,G, secretory immunoglobulin A, lysozyme level of the gingival and oral fluids, clinical condition of the parodontium before and after treatment. The data obtained confirm effectiveness of 5-oxy-4 methyluracil applied for correcting local immunity in chronic generalized parodontitis in patients with syringomyelia.

Key words: generalized parodontitis, syringomyelia, local immunity, 5-oxy-4 methyluracil.

Разнонаправленные изменения иммунологических показателей при хроническом генерализованном пародонтите (ХГП) позволяют рассматривать это заболевание как вторичное иммуннодефицитное состояние, требующее проведения индивидуальной иммунокорригирующей терапии с учетом сопутствующих заболеваний [4,5,6,7]. Перенесенные и сопутствующие заболевания (дефицит витаминов, атеросклеротическое поражение сосудов, эндокринные нарушения, заболевания желудочно-кишечного тракта, болезни крови,