

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением с 1985 по 2010 гг. находилось 15 пациентов с механической травмой желчных протоков. Женщин — 12, мужчин — 3; возраст от 22 до 72 лет. Травма внепеченочных желчных путей произошла при хирургическом лечении: желчнокаменной болезни, острого холецистита — 6, желчнокаменной болезни, хронического холецистита — 7, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией в головку поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку — 2. Традиционная холецистэктомия выполнена — 8, лапароскопическая холецистэктомия — 5, резекция желудка — 2 пациентам.

В своей работе мы пользовались классификацией Н. Bismuth (1982), согласно которой первый тип повреждения установлен у 4 больных, второй — у 6, третий — у 3 и четвертый — у 2 пациентов.

Первоначально мы отдавали предпочтение формированию билиодигестивных анастомозов на сменных каркасных дренажах по Прадери-Смитту, а с появлением современного шовного материала, с использованием прецизионной техники дренажи используем с целью декомпрессии гепатикоеюноанастомозов в ближайшем послеоперационном периоде. При формировании анастомозов использовалась петля кишки, мобилизованная по Ру.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех больных удалось достичь надежной герметизации анастомозов. Подтекание желчи по дренажам не наблюдалось. Страховочные дренажи удаляли на 4–6-е сутки. У 3 пациентов, которым гепатикоеюноанастомоз накладывался по Прадери-Смитту, на 12–14-е сутки после операции дренаж закольцовывался путем соединения наружных концов друг с другом. Через 2–2,5 месяца дренаж менялся на более тонкий. У больных, которым дренирование протоков осуществляли с целью их декомпрессии в раннем послеоперационном периоде, дренажи удаляли на 21-е сутки после операции.

Отдаленные результаты прослежены у 9 больных в сроки от 1 до 12 лет. Критерием хорошей оценки отдаленных результатов считали отсутствие холангита, желтухи, билиарной гипертензии. У одного больного, которому был восстановлен общий желчный проток сшиванием его конец в конец, через год наступил стеноз этого участка и ему был наложен с хорошими отдаленными результатами холедохоюноанастомоз. Одна больная с гепатикоеюноанастомозом была оперирована через 2 года в связи с тем, что на лигатуре образовался конкремент, вызвавший сужение соустья. Доступом через Ру петлю была удалена лигатура с конкрементом. У одной больной с бигепатикоеюноанастомозом через 5 месяцев наступил стеноз соустья, ей было выполнено транспеченочное бужирование анастомоза. В настоящее время больная чувствует себя хорошо. Остальные 6 больных с гепатикоеюноанастомозами чувствуют себя хорошо.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, гепатикоеюноанастомоз, выполненный с использованием современного шовного материала и прецизионной техники, дает стабильно хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Е.В. Намоконов, А.М. Миromanов, М.Н. Лазуткин

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИМЕТИЛСЕЛЕНИТА
ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Читинская государственная медицинская академия (Чита)
ОАО РЖД Дорожная клиническая больница (Чита)*

Цель исследования — улучшить результаты лечения ран мягких тканей путем использования для местного лечения антиоксидантной лекарственной композиции на основе селена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для повышения эффективности лечения путем стимуляции репаративных процессов в ране мы для местного лечения использовали лекарственную композицию — диметилселенит (патент РФ № 2369395, 2009). Основным антиоксидантным ингредиентом в предлагаемой лекарственной композиции является селенит натрия, который, активируя глутатионпероксидазу, регулирует перекисный гемостаз. Диметилсульфоксид используют в качестве, как бактерицидного компонента, так и в качестве стабилизатора и дипольного носителя, способствующего проникновению селенита натрия через биологические мембраны вглубь тканей. Дистиллированная вода является растворителем селенита натрия.

Изучение лечебного эффекта предлагаемой композиции проводили на модели экспериментальной раны у 55 белых беспородных крысах-самцах массой 200 — 220 г.

Патогистологическими исследованиями биоптатов ран при использовании диметилселенита установлено, что к 4-м суткам лейкоцитарная инфильтрация отсутствовала, вся раневая поверхность покрыта широким слоем молодой грануляционной тканью в виде множества мелких новообразованных сосудов. Элементы грануляционной ткани с признаками созревания видны и между пучками мышечных волокон. Отмечалось наличие многочисленных коллагеновых волокон, окруженных большим количеством полибластов, с тенденцией их трансформации в профибробласты.

У животных контрольной группы в эти же сроки в области ран наблюдался выраженный отек и воспалительный инфильтрат. В инфильтрате преобладали нейтрофильные лейкоциты, прилежащие мышечные волокна были раздвинуты и частично некротизированы, по периферии в инфильтрате встречались единичные макрофаги.

Таким образом, предлагаемая лекарственная смесь предохраняет рану от вторичной инфекции благодаря действию введенного в состав диметилсульфоксида, селен оказывает выраженное антиоксидантное действие в области патологического очага в условиях тканевой, что значительно улучшает репаративные процессы в ране, тем самым, сокращая сроки заживления ран.

В.В. Намханов¹, Ю.Л. Писаревский²

СОСТОЯНИЕ РЕЦЕПТОРНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

¹ Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
² Читинская государственная медицинская академия (Чита)

ВВЕДЕНИЕ

Для оценки эффективности ортопедического лечения больных с полной утратой зубов большое значение имеет определение степени фиксации и стабилизации протезов на беззубых челюстях, а также сроки восстановления нарушений в рецепторном аппарате полости рта. Вкусовое восприятие во многом зависит от гомеостаза организма и может свидетельствовать как о локальных, так и системных патологических изменениях (Будылина С.М., 2000). На характер вкусовой чувствительности языка влияют множество факторов, такие как возрастные изменения, различного вида соматическая патология, воздействие материалов зубных протезов (Заксон М.А. с соавт., 1993; Напреева Н.А., 1996; Svejda J., 1974). При полном отсутствии зубов язык претерпевает изменения формы и объема, что предположительно может сказываться на топографии вкусовых полей. Оценка зависимости вкусовой чувствительности при данной патологии и воздействие дополнительных факторов стала основной задачей исследования.

Цель исследования: изучить топографо-специфические особенности изменений вкусовой рецепции языка при полной утрате зубов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами были обследованы 60 пациентов (мужчин — 23, женщин — 37), в возрасте 45 — 65 лет с полной утратой зубов на обеих челюстях и одинаковыми анатомическими условиями протезного ложа (3-й, 4-й класс по И.М. Оксману). Из этого числа были сформированы две исследуемые группы (клиническая и группа сравнения). В группу сравнения вошли 30 пациентов, которым проводили «традиционное» ортопедическое лечение. Клиническую (основную) группу составили 30 пациентов, с аналогичным лечением, но с дополнением этапа получения уточняющего анатомического оттиска с нижней челюсти. Контрольную группу составили 30 человек в возрасте от 20 — 50 лет, считающие себя соматически здоровыми людьми и не предъявляющие жалоб на состояние зубочелюстной системы.

Суть методики двух анатомических оттисков заключалась в получении (предварительного и окончательного) с беззубой нижней челюсти. Предварительный оттиск получали стандартной металлической ложкой; окончательный оттиск получали с помощью индивидуальной анатомической ложки. Это позволяло добиться конгруэнтности подлежащих поверхностей уже на этапе получения анатомического оттиска, что совершенно исключено при использовании стандартной металлической ложки. Конгруэнтная поверхность ложки позволяет равномерно распределять давление по всей площади протезного ложа и дает возможность получить анатомический оттиск без искажений.

Для изучения изменений вкусовой чувствительности применяли методику капельных раздражений рецепторов языка с использованием растворов глюкозы, поваренной соли, лимонной кислоты и хинина в концентрации от 0,001 до 1,0 (Будылина С.М., 1972). На язык, согласно топографии вкусовых полей (сладкое — на кончик языка, соленое и кислое — на боковые поверхности, горькое — на корень языка),