

# TREATMENT OF STENOSIS OF THE ESOPHAGUS IN CASE OF ITS ACHALASIA AND THE ANTI-REFLUX OPERATION, CARRIED OUT THROUGH THE FRONT OVERDIAPHRAGMAL OUTER-PLEURAL ACCESS

A.A. Zalevsky

(Krasnoyarsk Medical Academy)

By these the descriptions of Marvedel-Wendel operation and of the original anti-reflux operation, carried out through thorax access suggested by the author in case of achalasia of the esophagus, IV grade. The descriptions are illustrated with drawings, showing the basic stages of the operation and with radiography of the esophagus-stomach transfer in post-operational period.

## Литература

1. Березов Ю.Е., Григорьев М.С. Хирургия пищевода. – М.: Медицина, 1965. – С.74.
2. Залевский А.А. Передний межплевральный доступ к заднему средостению // Сиб. мед. журн. – 1999. – №1. – С.30-32.
3. Петровский Б.В. Хирургическое лечение кардиоспазма // Хирургия. – 1957. – №2. – С.3-9.
4. Черноусов А.Ф., Царенко И.А. Лечение дисфагии кардиодилатацией после предшествующей операции на кардии по поводу кардиоспазма // Анн. хир. – 1998. – №2. – С.37-41.
5. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Шплимов С.А. – Хирургия пищевода. – М.: Медицина, 1975. – С.67-91.
6. Anderollo N.A., Aervlav A.J. Hellers myotomy for achalasia es an added anti-reflux procedure nessesary? // Brit. J. Surg. – 1987. – Vol.74, №9. – P.765-69.
7. Carsione F., Cristinzio G., Cimmino V., La-Manna S. Surgical laparocopy with intraoperative manometry in the treatment of esophageal achalasia // Surg. Laparosc. Endosc. – 1997. – Vol.7, №3. – P.232-35.
8. Donahue P.E., Samelson S., Schlesinger P.K., Bonibeck C.T. et all Achalasia of the esophagus Treatment contraveries and the method choice // Fnn. Surg. – 1986. – Vol.203, №5. – P.505-511.
9. Eckardt V.F., Kanzler G., Westermeier T. Complications and their impact after pneumatic dilation for achalasia: prospective long-term follow-up study // Gastrointest. Endosc. – 1997. – Vol.15, №5. – P.349 53.
10. Felix V.N., Cecconello J., Zilberstein B., Mjraes-Filho L.P. et all Achalasia: a prospective study comparing the results of dilatation and myotom // Hepato-gastroenterology. – 1988. – Vol.45, №19. – P.97-108.
11. Fiori E., Leone G., Jascone C., Condemi V. et all Esophagogastromyotomy with Dor gastropasty in the treatment achalasia // Panminerva-Med. – 1994. – Vol.36, №3. – P.115-23.
12. Lara F.M., Toledo-Pereyra L.H., Lecis J.W., Magilligan D.J. Longterm Results of Esophagomyotomy for Achalasia of esophagus // Arch. Surg. – 1979. – Vol.114, №8. – P.935-36.
13. Little A.G., Soriano A., Ferduson V.K., Skinner D.B. Surgical treatment of achalasia: Results with esophagomyotomy and Belsey repair // Ann. Thorac. Surg. – 1988. – Vol.45, №5. – P.489-94.
14. Mattioli G., Carnazzo A., Barabino A., Caffarena P.E. Eur. J. Pediatr. Surg. – 1997. – Vol.7, №6. – P.323-27.
15. Patrick D.L., Payne W.S., Olsen A.M., Ellis F.H. Reoperation for Achalasia of the Esophagus // Arch. Surg. – 1971. – Vol.103, №2. – P.122-28.
16. Payne W.S., King R.M. Treatment of achalasia of the esophagus // Surg. Clin. N. Amer. – 1983. – Vol.63, №4. – P.963-970.
17. Rossetti R., Fumagalli U., Bona S., Bonsvina L. et all // Surg. Endosc. – 1998. – P.270-73.
18. Vara-Thorbeck C., Herrainz R. // Int. Surg. – 1995. – Vol.80, №4. – P.376-79.
19. Viard H., Favre J.P., Fichtht J.P. Resultats de 90 operations de Heller pour achalasia 'oesophagienne // Chirurgie (Paris). – 1983. Vol.108, №6. – P.479-85.

## КОММЕНТАРИЙ К ЦИКЛУ СТАТЕЙ А.А. ЗАЛЕВСКОГО

Проф. С.П. Чикотеев.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра госпитальной хирургии, зав. – чл.-корр. АМН РФ, проф., д.м.н. Е.Г. Григорьев)

Изучению рефлюксной болезни посвящено большое число исследований отечественных и зарубежных хирургов, которые разрабатывали способы оперативного лечения этого заболевания. Очередной попыткой в этом направлении является статья А.А. Залевского “Свой способ коррекции рефлюкс-эзофагита”. В статье описана оригинальная методика хирургической коррекции рефлюксной болезни пищевода с применением внебрюшного внеплеврального доступа к пищеводно-желудочному переходу. Детально разработаны особенности техники выполнения предложенной операции. Вместе с тем, предлагаемую методику, с

нашей точки зрения, нельзя считать удачной, так как обсуждаемый доступ не обеспечивает адекватной экспозиции для выполнения операции, ограничивает маневр хирурга и в случае возникновения серьезных интраоперационных осложнений (перфорация пищевода, желудка, кровотечение).

Следует заметить, что в 3 наблюдениях рефлюкс-эзофагит сочетается с другими заболеваниями органов брюшной полости, требующих выполнения симультанных операций (РСТ, холецистэктомия, СПВ и т.д.) (В.В. Шишкин, 1991). Работами Х. Барона, Ф.Г. Муди (1988) доказано, что основным антирефлюксным механизмом обладает

абдоминальный отдел пищевода, замыкательная функция кардии и повышение внутрибрюшного давления. На этом основаны оперативные приемы лечения рефлюкс-эзофагита типа операции Ниссена, которые патогенетически обоснованы. Выполнение срединного чревосечения в данной ситуации кажется нам предпочтительным. На основании многолетнего опыта хирургической коррекции рефлюкс-эзофагита считаем нецелесооб-

разным фиксировать пищеводно-желудочный переход к диафрагме, так как при этом ограничивается функциональная подвижность пищевода и кардии, что ведет к нарушению акта глотания и появлению субъективных негативных ощущений.

Таким образом, предлагаемая методика бесспорно интересна, но должна применяться по строгим показаниям, которые необходимо сформулировать.

© БАРАБАШ А.П., БАРАБАШ Ю.А., БАРАБАШ И.В., РОДИОНОВА Л.В. –  
УДК 616.534:616.2

## ИЗМЕНЕНИЯ МИКРО- И МАКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ У КРОЛИКОВ В ПРОЦЕССЕ УДЛИНЕНИЯ ГОЛЕНИ ПРИ КОМПРОМЕТИРОВАННОМ ОСТЕОГЕНЕЗЕ (экспериментальное исследование)

*А.П. Барабаш, Ю.А. Барабаш, И.В. Барабаш, Л.В. Родионова.*

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – член-корр. РАМН А.А. Дзизинский, кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, зав. – проф. А.П. Барабаш)

**Резюме.** Изучены взаимосвязи макро- и микроэлементов сыворотки крови у экспериментальных животных при удлинении голени в условиях хронической интоксикации соединениями фтора. Произведена сравнительная оценка изменений показателей минерального обмена при стимуляции регенераторного процесса путем внедрения аутотрансплантата в регенерат и без нее. Выявлен дисбаланс электролитов в период фиксации. Снижение содержания в сыворотке крови *Cu, Zn, Ca, P, Fe* может быть связано с миграцией из депо в костную ткань, из которой по градиенту концентрации происходит перемещение их в зону формирующегося регенерата. После стимуляции регенераторного процесса концентрация в крови макро- и микроэлементов ниже, чем без костной трансплантации, и их миграция происходит непосредственно в область регенерата, что подтверждается повышением минеральной плотности костной ткани в этой зоне.

В процессе репаративной регенерации местные изменения в костной ткани неразрывно связаны с изменениями на организменном уровне. Взаимодействие между местными и общими процессами осуществляется по типу обратной связи. Нарушение целостности кости приводит к попаданию в кровоток внутриорганных метаболитов, ферментов, регуляторов и т.д., выделение которых в обычных условиях ограничивается биологическим барьером. Локальные изменения на уровне поврежденного сегмента конечности приводят к нарушению энзимозависимых процессов в длинных костях, и, как следствие, возникают расстройства электролитного баланса организма (Н.В. Корнилов, А.С. Аврунин, 1999; А.П. Барабаш и др., 2000). Каждая фаза репаративной регенерации предусматривает наличие специфического набора ферментов. Смена одной фазы на другую происходит стадийно, подчиняясь определенным закономерностям, и характеризуется наличием строгого набора макро- и микроэлементов как в сыворотке крови, так и в регенерате. Сначала происходит их интенсивное накопление, затем – относительное снижение, потом повторное интенсивное накопление и, наконец, нормализация

(И.Ф. Бородин, 1979). Взаимодействия между макро- и микроэлементами у каждого индивида генетически обусловлены. Однако, воздействие различных экологических факторов может привести к их дисбалансу (А.П. Авцын и др. 1985, 1991).

**Цель исследования** – уточнить механизмы, влияющие на костеобразовательный процесс в условиях хронической интоксикации соединениями фтора при удлинении голени кролика после стимуляции костеобразования путем внедрения ауто-трансплантата в дистракционный регенерат и без стимуляции, на основании изучения взаимосвязей между содержанием макро- и микроэлементов в сыворотке крови в процессе лечения.

### Материалы и методы

Модель хронической интоксикации соединениями фтора была создана в эксперименте на кроликах за 4 месяца путем введения в организм животных *NaF* через питьевую воду в суточной дозе 18 мг/кг веса. Исследование макро- и микроэлементов в сыворотке крови в компрометированных условиях проведены в 2-х группах животных при удлинении голени на 10 мм (8% от величины сегмента) при темпе дистракции 1 мм в сутки в