

9. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2002.

10. Хирургическая стоматология: Учебник/под ред. Т.Г.Робустовой. – 3-е изд., перераб. и доп. – М., 2003. – С. 116–118.

11. Шапкин В.В. Оптимизация репаративной регенерации тканей альвеолярного отростка после операции удаления зуба: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Пермь, 1990.

12. Torres-Lagares D, Serrera-Figallo MA, Romero-Ruiz MM. // Med. Oral. Patol. Oral Cir. Bucal. – 2005. Vol. 10 (1). – P. 81–85.

13. Vezeau PJ. // J. Oral Maxillofac Surg. – 2000. – Vol. 58 (5) – P. 531–537.

Поступила 19.06.07.

THE EFFECT OF AEROIONOTHERAPY ON THE ALVEOLAR SOCKET CONDITION AFTER DENTAL EXTRACTION

R.V.Borisuk, T.T.Faisov, M.P. Shulaeva

S u m m a r y

The effect of aeroionotherapy on the alveolar socket condition after dental extraction has been studied in 15 patients. The effectiveness of the therapy was evaluated by clinical investigation results, by microscopic evaluations of smears from the alveolar socket after dental extraction in patients at different stages of treatment and by using microbiological control. It was swon that aeroionotherapy possesses an antiseptic action and promotes reduction of the inflammatory process, acceleration of the mucosa regeneration of the alveolar socket of the removed tooth.

УДК 616. 34 – 007. 43 : 031 : 611. 26 : 616 – 089. 844

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

А.Н. Вачёв, Э.Э. Адыширин-Заде, А.Г. Габбазов, И.С. Андреев

Кафедра факультетской хирургии (зав. – проф. А.Н. Вачёв)
Самарского государственного медицинского университета

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является одной из самых частых причин гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Симптомы ГПОД наблюдаются у 10–60% взрослого населения России [3, 4]. После оперативного лечения, выполненного по поводу язвенной болезни желудка и ДПК, желчнокаменной болезни (ЖКБ), хронической дуоденальной непроходимости (ХДН), хронического панкреатита, дуоденогастрального рефлюкса у больных нередко сохраняются стойкие клинические проявления, обусловленные рефлюкс-эзофагитом [1, 7, 9, 10]. Эти больные крайне негативно относятся к уже выполненной им операции. Вместе с тем у пациентов, оперированных по поводу рефлюкс-эзофагита, в послеоперационном периоде могут сохраняться боли в животе, что обусловлено некорригированной ЖКБ, язвенной болезнью желудка и ДПК, хроническим панкреатитом, ХДН [5]. Доказано, что у больных с ГПОД развивается дисбаланс вагусной иннервации в основном за счёт гипертонуса блуждающего нерва, приводящего к более упорному течению язвенной болезни с частыми

обострениями и высоким процентом осложнений [8].

При выявлении сочетанной патологии гастробилиопанкреатодуоденальной зоны преимущества симультанных операций сегодня признаются многими авторами. Посредством выполнения таких вмешательств можно, во-первых, корригировать несколько заболеваний, а во-вторых – избежать необходимость повторных операций [2, 5, 6]. В настоящее время при сочетании ГПОД, осложнённой рефлюкс-эзофагитом, с язвенной болезнью желудка и ДПК, желчнокаменной болезнью, хронической дуоденальной непроходимостью, несмотря на их патогенетическую связь, хирургическая тактика, характер и объём сочетанных оперативных вмешательств разработаны ещё недостаточно.

Для устранения ГПОД мы применяем модифицированную операцию Rampl (1965) с обязательной задней крурорафией. Методика операции заключается в следующем. Мобилизуем круглую связку печени и тщательно её перитонизируем отдельными швами. Затем выполняем мобилизацию левой доли печени путём

Характер симультанных операций в зависимости от сопутствующих заболеваний у пациентов с ГПОД

Сопутствующие заболевания	Характер симультанных операций	Количество операций
Язвенная болезнь ДПК	Ваготомия + пилоропластика	13
Язвенная болезнь ДПК (стеноз привратника)	Терескардиопексия культи круглой связки + эзофагофундорафия + задняя крурорафия + резекция желудка по БИ	1
Язвенная болезнь ДПК + желудка	Ваготомия + антрумрезекция	5
Язвенная болезнь ДПК + ЖКБ	Ваготомия + антрумрезекция + холецистэктомия	2
Язвенная болезнь ДПК + ЖКБ	Ваготомия + пилоропластика + холецистэктомия	8
ЖКБ	Холецистэктомия	33
ХДН	Рассечение спаек + антрум-резекция по Ру	2
Вентральная грыжа	Пластика полипропиленовой сеткой	1
ЖКБ (калькулезный холецистит + холедохолитиаз)	Холецистэктомия + холедохолитотомия + дренирование холедоха	1
ЖКБ + ХДН	Холецистэктомия + операция Стронга	1
ЖКБ + дивертикулёз ДПК	Холецистэктомия + резекция 2/3 желудка по Ру	1
Итого		68

рассечения левой треугольной связки. После этого выделяем абдоминальный отдел пищевода и выполняем заднюю крурорафию ориентируясь на зонд диаметром 1 см, установленный в пищеводе. Затем проводим сформированную круглую связку вокруг пищевода справа налево и фиксируем ее в виде петли, а затем заключительным этапом – к малой кривизне желудка. В отличие от способа, описанного О.А. Чибисом и др. [11], мы не выполняем фиксацию дна желудка к передней стенке абдоминального отдела пищевода.

Показаниями к этой операции считаем наличие у больного ГПОД, осложнённой рефлюкс-эзофагитом тяжёлой степени, а также неэффективное в течение 6 месяцев консервативное лечение рефлюкс-эзофагита средней выраженности. При наличии у пациента сопутствующей патологии (язвенная болезнь желудка и ДПК, калькулёзный холецистит, дуоденостаз) выполняем симультанную операцию – коррекцию ГПОД и холецистэктомию, пилоропластику и стволовую ваготомию, резекцию желудка, операцию Стронга, антрум-резекцию по Ру.

Нами использовались полипозиционное рентгенологическое исследование со взвесью сульфата бария, ЭГДС, УЗИ органов билиопанкреатодуоденальной зоны, суточная рН-метрия, морфологическое исследование слизистой оболочки пищевода.

Симультанное хирургическое лечение было проведено у 68 больных с ГПОД и рефлюкс-эзофагитом (мужчин – 37, женщин – 31). Возраст больных варьировал от 24 до 69 лет. Степень тяжести рефлюкс-эзофагита при ГПОД оценивали по классификации А.Ф. Черноусова (1973). Реф-

люкс-эзофагит лёгкой степени был у 13, средней – у 26, тяжёлой – у 29 пациентов. Грыжа пищевода была выявлена у 9, кардиальная – у 52 и кардиофундальная – у 7 больных.

В итоге нами была выполнена 151 операция: по два вмешательства – 53 больным, по три – 15. Основное вмешательство заключалось в терескардиогастропексии и задней крурорафии в модификации клиники. Характер сопутствующей патологии и выполненных симультанных операций представлен в таблице.

Учитывая характер сопутствующей патологии, мы соблюдали определённую последовательность в этапах операции. После лапаротомии первым этапом выделяли и перитонизировали круглую связку печени, затем выделяли абдоминальный пищевод и приступали к задней крурорафии. Последующие этапы операции зависели от характера сопутствующей патологии. При наличии у пациента язвенной болезни показаны резекция желудка, пилоропластика и ваготомия, а при сочетании ГПОД и желчнокаменной болезни – холецистэктомия. При ГПОД, язвенной болезни и желчнокаменной болезни вторым этапом производили холецистэктомию, затем резекцию желудка или пилоропластику и ваготомию. Хроническую дуоденальную непроходимость устраняли на последнем этапе путем операции Стронга.

Во время операции у одного пациента произошло ятрогенное повреждение селезёнки. Операцию завершили спленэктомией. Рецидив ГПОД из-за недостаточного натяжения круглой связки возник у одного пациента, который был прооперирован повторно. Летальных исходов не

было. Всех пациентов обследовали в сроки от 2 до 15 лет после операции. Хорошим результатом мы считали такой, когда у пациента отсутствовала клиническая и эндоскопическая картина рефлюкс-эзофагита. Таких больных было 46 (67,5%). Результат расценивали удовлетворительным при отсутствии у больного клинической картины эзофагита, но при выявлении у них во время эндоскопии катарального воспаления в пищеводе, не требующего приёма лекарств. Таких пациентов было 13 (19,1%). Результаты оказались неудовлетворительными у 9 (13,4%) пациентов. У них сохранялись жалобы, характерные для эзофагита, и потому они нуждались в приёме лекарственных препаратов.

Таким образом, при обследовании в отдалённые сроки хорошие и удовлетворительные результаты были достигнуты у 86,6% оперированных пациентов. Преимущество предлагаемой нами тактики заключается в одновременной коррекции патогенетически связанных между собой заболеваний, устранении риска повторных операций, уменьшении сроков лечения в стационаре и повышении экономического эффекта от лечения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витебский Я.Д. Основы клапанной гастроэнтерологии: — Челябинск, 1991.
2. Галимов О.В., Нуртдинов М.А., Сендерович Е.И. и др. // Вестн. хир. — 2002. — № 1. — С. 82–86.
3. Ермолов А.С., Пичук Т.П., Абакумов М.М. и др. // Хирургия. — 2003. — № 10. — С. 25–32.
4. Ивашкин В.Т. Рациональная фармакотерапия

заболеваний органов пищеварения: Рук. для практикующих врачей. — М., 2003.

5. Кириленко А.С., Веретник Г.И., Олападе Омоджокун. // Вест. Рос. Ун. Дружбы народов / Серия "Медицина". — 2000. — № 1. — С. 20–23.
6. Олифирова О.С., Омельченко В.А., Гончарук Г.В. и др. // Вестн. хир. — 2002. — № 5. — с. 84–86.
7. Рева В.Б., Гребенюк В.И., Алексеенко А.А. и др. // Вестн. хир. — 2001. — № 4. — С. 14–16.
8. Хитарьян А.Г. Аксиальные грыжи пищевого отверстия диафрагмы: Эпидемиология, особенности патогенеза, современные методы диагностики и лечения: (Эксперим.-клинич. исслед.). — Ростов-на-Дону: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — 1998.
9. Чернова Т.Г. Обоснование лечебной тактики при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М. — 2001.
10. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. — М., 1999.
11. Чибис О.А., Ромашов Ф.Н., Гавриленко Я.В. и др. // Воен.-мед. журн. — 1988. — № 12. — С. 47–48.

Поступила 02.07.07.

SIMULTANEOUS OPERATIONS DURING TREATMENT OF THE DIAPHRAGM ESOPHAGEAL OPENING HERNIAS

A.N. Vachev, E.E. Adirshirin-Zade,
A.G. Gabbazov, I.S. Andreev

S u m m a r y

For the purpose of removal of the diaphragm esophageal opening hernias and of the gastroesophageal reflux disease a modified Rampal operation with a compulsory posterior cruro- raffia was proposed. Good and satisfactory results were obtained in 86,6% of the operated patients. The advantage of the proposed method is the simultaneous correction of the pathogenetically interconnected disease, elimination of recurrent operation risk and the decrease in hospital treatment period.

УДК 616.33/.34 — 089.87

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Н.А. Никитин, Т.П. Коришнова, А.А. Головизнин, П.С. Бакулин, М.А. Онучин

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. Н.А. Никитин) Кировской государственной медицинской академии

Одной из наиболее широко применяемых операций в ургентной хирургии пилородуоденальной язвы (ПДЯ) остается резекция желудка, однако результаты ее нельзя признать удовлетворительными, ибо случаи развития ранних и поздних послеоперационных осложнений достигают 30%, послеоперационная летальность — 37%. Низкими остаются и показатели качества жизни оперированных больных [2, 7, 9, 13]. Во многом причины неудовлетворительных результатов резекции желудка при

ПДЯ кроются в высокой частоте встречаемости "трудной" язвы — до 72%, которая является фактором риска ранения смежных с двенадцатиперстной кишкой (ДПК) органов, развития острого панкреатита и несостоятельности швов дуоденальной культи [1, 10]. Кроме того, контингент больных с ургентными осложнениями ПДЯ характеризуется тяжелым общим состоянием, большой долей пациентов преклонного возраста с наличием суб- и декомпенсированной сопутствующей внутренней