

выраженной хронической анемии у наблюдаемых больных отмечено не было. Мы считаем, что это связано с удалением лишь проксимальной части желудка и сохранением антрального отдела и привратника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты позволяют рассматривать данное вмешательство как метод выбора при лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, позволяющий получить хорошие функциональные результаты в отдаленном периоде и малое количество послеоперационных осложнений.

Т.Г. Жерлова, И.А. Белоус

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ IV СТЕПЕНИ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Цель исследования — 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 ее 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 подслизистую оболочки пищевода, выворачивая их в виде чулка в изоперистальтическом направлении. В просвет мышечного футляра пищевода вводят два крючка А.Г. Савиных, изоперистальтический желудочный стебель проводят внутри мышечного футляра на шею и накладывают эзофагогастроанастомоз. Мышечный футляр фиксируют узловыми швами над линией эзофагогастроанастомоза. Операция завершается дренированием мышечного футляра пищевода. Послеоперационное наблюдение осуществляли с помощью рентгенологического, эндоскопического, ультрасонографического и манометрического исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Предложенным способом в клинике прооперировано 7 пациентов, двое мужчин и пять женщин в возрасте от 42 до 59 лет. В послеоперационном периоде гнойно-септических осложнений не выявлено ни у одного пациента. Среднее время пребывания больного в стационаре после операции составило

10,5 ± 2,7 суток. Осложнений, связанных с методикой выполнения операции, не было. Все пациенты осмотрены в сроки от 1 мес. до 5 лет после операции, выполнялись рентгенологическое, эндоскопическое, манометрическое, ультразвуковое исследование. Рецидивов заболевания не выявлено ни у одного пациента. Все пациенты трудоспособного возраста вернулись к работе по специальности.

ВЫВОДЫ

Таким образом, разработанный способ хирургического лечения при ахалазии кардии IV степени, заключающийся в демукозации, формировании «искусственного пищевода» из большой кривизны желудка, позволяет избежать послеоперационных осложнений, угрожающих жизни пациента, и способствует восстановлению качества жизни больных в отдаленные сроки после оперативного лечения.

Г.М. Иванова, Э.М. Бурлаева, В.Ф. Зеленцова

КОНТРОЛЬ РЕЖИМОВ СТЕРИЛИЗАЦИИ

ГУЗ Бурятская республиканская станция переливания крови МЗ РБ (Улан-Удэ)

До недавнего времени контроль режимов стерилизации лекарственных средств, питательных сред и других растворов производился физическими (термометрами и мановакууметрами) и химическими методами, но правила GMP стран Европейского экономического сообщества предписывают применение биологического метода для контроля цикла стерилизации.

Государственная Фармакопея также предусматривает применение биологического метода, но из-за трудоемкости приготовления биотеста этот метод не использовался.

Биологический метод основан на процессе тепловой инактивации спор тестовой культуры и позволяет судить об эффективности работы стерилизатора.

На данный момент созданы биотесты (ИБК сл.-01 и другие), представляющие из себя полужесткую пластмассовую пробирку, в которую помещено определенное количество высушенных спор, и стеклянную ампулу, заполненную цветной питательной средой.

Бактериологическая лаборатория ГУЗ БРСПК работает с этими тестами в течение 2006–2007 гг. Нами были приобретены биотесты и термостат ЭСКПоТ для термостатирования этих тестов.

Биотест ИБКсл.-01-120 — для контроля режимов стерилизации растворов при температуре 120 градусов и различном времени выдержки.

В этом тесте содержится 10⁴ спор *Bacillus stearothermophilus* ВКМ В-718.

Было проведено 57 циклов стерилизации растворов хлористого натрия и питательных сред. Все циклы имели отрицательный результат.

Биотест ИБК-03 — с содержанием 10⁶ спор *Bacillus stearothermophilus* ВКМ В-718 — для биологического контроля работы парового стерилизатора. Проведено 6 циклов во время планового контроля и 1 — во время контроля по показаниям, при обнаружении неудовлетворительных результатов контроля стерильности медицинских изделий в ЦСО. В ходе расследования выяснилось: химический тест — отрицательный, биологический — положительный. Встал вопрос о причине появления неудовлетворительного результата. Выявлено — давление в автоклаве не соответствовало заданным параметрам. Неполадки были устранены.

Биологический индикатор дает возможность осуществления полного контроля режимов стерилизации, что увеличивает надежность стерилизации и предотвращает выпуск нестерильной продукции.

Г.М. Иванова, Э.М. Бурлаева, В.Ф. Зеленцова

СИСТЕМА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ИММУНОФЕРМЕНТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ГУЗ Бурятская республиканская станция переливания крови МЗ РБ (Улан-Удэ)

Актуальность обследования образцов донорской крови на серологические маркеры ВИЧ-инфекции, вирусные гепатиты В и С, сифилис неоспорима, так как идет рост заболеваемости как в регионе, так и в целом по России.

Важным элементом обеспечения качества в лаборатории является контроль качества исследований, проведение которого регламентируется рядом документов Минздрава РФ.