

ЭМИ-ММД В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Чиж А.Г., Аверьянов П.Ф.

*Саратовский медицинский университет,
Саратов*

Целью настоящего исследования явилась клинико-эндоскопическая и морфо-функциональная оценка эффективности применения электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД) в терапии больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Под нашим наблюдением находилось 80 пациентов с эндоскопически позитивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). После проведения инструментального, морфологического и морфо-функционального исследования изучалась, количественная и функциональная характеристика эндокринных клеток антрального отдела желудка, секретирующих мелатонин и серотонин. Больные были разделены на две группы: первая группа – 50- пациентов, получавших наряду с лекарственной терапией воздействие ЭМИ ММД, вторая группа – 30 пациентов, которым была проведена только медикаментозная терапия, основанная на традиционной схеме. Материал для морфологического исследования получали прицельно под контролем эзофагоскопа из антрального отдела желудка.

Эффективность ЭМИ ММД в лечении больных ГЭРБ оценивались по регрессии клинических симптомов, эндоскопической картине и морфометрическим показателям поведения апудоцитов слизистой оболочки антрального отдела желудка.

В первой клинической группе купирование болевого синдрома наблюдалось у всех больных в сроки от 3 до 5 дней. На фоне терапии с применением ЭМИ ММД в достоверно более короткие сроки отмечено исчезновение диспептических расстройств, связанных с регургитацией желудочного содержимого в пищевод.

Изучение функциональной морфологии и поведения эндокринных клеток антрального отдела желудка, секретирующих мелатонин и серотонин показало, что при использовании ЭМИ ММД достигается практически полное восстановление количества и функционального состояния эндокринных клеток, секретирующих мелатонин и серотонин. В группе пациентов, которым проводилась только медикаментозная терапия, при повторном обследовании сохранялись структурно-функциональные изменения изучаемых типов эндокринных клеток.

Проведенные клинико-эндоскопические, морфологические и морфо-функциональные исследования при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни показали, что применение ЭМИ ММД в терапии данного контингента больных является патогенетически обусловленной терапией, поскольку при использовании этого физиотерапевтического метода уменьшаются выраженность воспалительных изменений, нивелируются структурно-функциональные изменения поведения эндокринных клеток желудка и их структурно-функциональная организация. Это способствует не-

маловажной роли в возникновении и рецидивировании нарушений моторной функции пищеварительного тракта.

ПУТИ ОТТОКА ЛИМФЫ ИЗ ПИЩЕВОДА ОВЕЦ

Чумаков В.Ю., Назарова Е.М., Романов В.М.

*Хакасский государственный
университет им. Н. Ф. Катанова,
Абакан*

В настоящее время большое внимание уделяется изучению лимфатической системы. Так как лимфатическая система играет неопределимо важную роль в организме человека и животных, поскольку принимает участие во многих жизненных процессах. Весьма часто в лимфатических узлах обнаруживают наиболее характерные и специфичные для того или иного заболевания изменения. Зная схему лимфообращения и части организма, во многих случаях можно составить представление о степени распространения патологического процесса в организме.

Следовательно, знание лимфатической системы необходимо анатомам, физиологам, клиницистам, хирургам, онкологам, патологоанатомам, ветсанэкспертам, так как именно они в своей практической деятельности чаще всего опираются на точные знания оттока лимфы.

Целью нашего исследования: изучение лимфатической системы пищевода, овец красноярской тонкорунной породы на этапах постнатального онтогенеза.

Актуальность данного исследования несомненна, так как главной отраслью животноводства в республике Хакасия является овцеводство.

Материалом исследования служили органокомплексы полученные при убое 68 голов клинически здоровых овец красноярской тонкорунной породы, принадлежащих племенному хозяйству «Россия».

Лимфатическое русло пищевода изучалось на овцах четырех возрастных групп: новорожденных, периода отъёма, полового созревания и физиологической зрелости. В ходе исследования нами применялись разнообразные методики, в частности: интерстициальная инъекция лимфатического русла синей массой Герота, сажей газовой, препарирование всех визуализированных элементов лимфатического русла, изготовление просветлённых препаратов, изготовление гистологических срезов, морфометрия, фотографирование.

В ходе исследования нами было отмечено. Лимфатические сосуды шейной части пищевода впадают непосредственно в глубокие шейные лимфатические узлы и в пищеводный лимфатический ствол. Отток лимфы из начальной части пищевода происходит в краниальные глубокие шейные и заглочные лимфатические узлы. Из средней трети шейной части пищевода лимфа оттекает по лимфатическим сосудам, образуя пищеводный лимфатический ствол. Из задней трети шейной части пищевода и прекардиального отрезка грудной его части лимфатические сосуды по латеральной поверхности пищевода направляется к каудальным шейным и бронхиальным лимфатическим узлам. Краниальные глубокие шейные лимфати-

ческие узлы располагаются у краниального конца шеи по бокам глотки, а группа глубоких каудальных шейных, состоящая из одного-трёх узлов, располагается на сагиттальной поверхности трахеи непосредственно у входа в грудную полость. Выносящие лимфатические сосуды шейной части пищевода начинаются в подслизистом, мышечном и серозном слое с обеих полуокружностей пищевода. Затем сливаясь по два-три сосуда в более крупные, которые впоследствии образуют парный лимфатический ствол, лежащий по бокам пищевода.

Из посткардиальной части пищевода лимфа оттекает по сосудам, направляющимся по латеральной поверхности пищевода краниоventрально к бронхиальным лимфатическим узлам и дорсально к каудальным средостенным лимфатическим узлам.

Лимфатическая сеть диафрагмального отдела пищевода тесно связана с лимфатической сетью преддверия рубца. При наливке лимфатических сосудов этого участка обнаружено: некоторые из них имеют направление по стенке рубца в близлежащие лимфатические узлы его, другие – к каудальным средостенным лимфатическим узлам.

При послойном исследовании стенки пищевода выяснилось: лимфатическая сеть подслизистого слоя имеет сетевидное строение и тесно связана с лимфатической системой мышечного слоя. Сеть подслизистого слоя имеет преимущественно продольное направление лимфатических сосудов и лимфоотток из нее, как и из сети мышечной оболочки, происходит к определенным регионарным лимфатическим узлам. Слизистая оболочка пищевода также имеет хорошо развитую лимфатическую сеть, тесно связанную с лимфатической сетью подслизистого слоя.

Таким образом, в результате проведенных нами исследований было отмечено следующее. В каждой части пищевода (шейной, грудной, брюшной) существуют своеобразные пути оттока лимфы, начиная со слизистой оболочки, которые имеют определенную топографию и регионарные лимфатические узлы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭВАГИНАЦИОННОЙ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

Шапошников В.И.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Важным фактором, предрасполагающим к уменьшению после геморроидэктомии как длительности стационарного лечения, так и числа местных осложнений, является проведение операции без предварительной дивульсии мышц заднепроходного сфинктера, в асептических условиях, при сохранении стабильности операционного поля от начала и до конца хирургического вмешательства. Исходя из этих требований, нами был разработан эвагинационный способ геморроидэктомии (патент РФ № 2072798, выдан 10. 02. 1997 г. «Способ геморроидэктомии»), в основу которого положен принцип выполнения любого метода лечения геморроя, в том числе: малоинвазивного способа, инфракрасной фотокоагуляции, склерозирующей терапии, лигирования узлов латексным коль-

цом, циркулярных степлеров, Миллигана - Моргана и других, на смещенных к наружи от зубчатой линии (эвагинация) слизистой оболочки анального канала вместе с геморроидальными узлами. Особенно важное значение он имеет при осуществлении операции по Миллиган - Моргану. Выворачивание стенок заднепроходного канала осуществляется путем вклинивания obtуратора со стороны просвета прямой кишки. Для этой цели используют или специальный раздуваемый резиновый баллон, имеющий форму детской спринцовки, или интубационную трубку с раздувной манжеткой, имеющую марлевый чехол, или толстую трубку с марлевым бубликом на конце. Основными условиями функционирования любого из этих obtураторов является возможность свободного его введения в просвет прямой кишки и последующего увеличения (раздувания) до объема, препятствующему свободному его выпадению из ануса при тракции наружу. Такое вклинение obtуратора позволяет осуществить циркулярное пролабирование стенок анального канала проксимальнее гребешковой линии при вытяжении его в сторону промежности. Операцию или манипуляцию выполняют под любым видом обезболивания. После выворачивания анального канала, его слизистая оболочка и кожа промежности тщательно обрабатываются растворами антисептических препаратов. Операционному полю придают стабильное положение, а затем выполняют тот или иной способ лечения. У больных с 111 - ей стадией заболевания наиболее приемлема радикальная методика оперативного лечения по Миллиган - Моргану. Созданные условия для тщательности проведения хирургических манипуляций способствуют сохранению требуемых размеров (не менее 1 см) кожно - слизистых «мостиков» во время удаления единым блоком кавернозных телец с внутренними и наружными геморроидальными узлами на 3,7,11 часах по циферблату (без инфицирования операционных ран), что позволяет осуществить глухое зашивание ран промежности с использованием рассасывающейся нити.

Описанная тактика лечения была применена у 79 больных с 111 -ей стадией геморроя. Ни у одного из этих больных не наблюдалось никаких послеоперационных осложнений. Все они были выписаны в течение 4 - 5 дней после операции, при этом условием для выписки их из отделения послужила нормализация акта дефекации. Отдаленные результаты лечения в сроки от 2 до 7 лет были определены у 35 больных. Рецидива заболевания не было отмечено ни у одного из них. Акт дефекации у всех этих бывших пациентов был не нарушен, а явлений стеноза анального отверстия не наблюдалось.

Таким образом, разработанная нами методика эвагинационной геморроидэктомии, при простоте своего технического исполнения, позволяет устранить наиболее опасные моменты обычной геморроидэктомии - это грубая травматизация анального жома при его дивульсии и постоянное инфицирование операционных ран (за счет попадания в них содержимого просвета прямой кишки), а так же крайнюю нестабильность операционного поля. В конечном итоге, все это положительным образом отразилось на ближайших и отдаленных исходах операции. Методика дос-