

У всех пациентов сенсорный блок был адекватен. Техническое выполнение не вызывало затруднений. Осложнений не наблюдалось, у всех больных после операции отмечался нормальный диурез.

Имеющийся опыт применения наркопина при эпидуральной анестезии позволяет подтвердить высокую эффективность его применения при заболеваниях мочеполовой системы у больных с сопутствующими заболеваниями. Кроме того, применение двухмоментного бисекторального введения анестетика позволяет добиться расширения зоны эффективного обезболивания при более щадящем влиянии на системную гемодинамику.

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Е.Н. Цыбиков, Б.Ц. Бальжинмаев, В.Е. Хитрихеев

ЕЮНОСТОМИЯ, КАК СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)*

У 16 больных, поступивших в клинику с распространенным гнойным перитонитом, осложнившимся образованием несформированных тонкокишечных свищей, произведена резекция свищесущей петли тонкой кишки (у 4 пациентов на одной петле тонкой кишки имелось два свища) с терминалолатеральным межкишечным анастомозом в нашей модификации. После удаления патологического очага брюшной полости проксимальный конец тонкой кишки вшивали в бок дистального отдела с поперечным разрезом её стенки. Свободный дистальный отдел выводился на брюшную стенку в виде энтеростомы, через которую проводилась декомпрессия дистального и проксимального отделов тонкой кишки, а при необходимости — раннее энтеральное питание в послеоперационном периоде. Швы межкишечного анастомоза состоятельны у всех пациентов. Всем выполнена лапаростомия с многократными поднаркозными санациями брюшной полости и последующим ушиванием раны брюшной стенки через все слои на трубках-«амортизаторах», проводилась комплексная интенсивная терапия распространённого гнойного перитонита. Операция выполнялась по экстренным показаниям при появлении признаков тонкокишечного свища. Закрытие энтеростомы (чаще внебрюшинным доступом) проводили после выздоровления в сроки через 1 — 3 месяца с момента операции.

Предложенная методика оперативного лечения несформированных тонкокишечных свищей может быть операцией выбора с целью удаления источника распространённого гнойного перитонита и восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта.

А.Д. Быков, Г.Д. Белоусова, Ю.А. Быкова, С.А. Белоусова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАДИЭНЦЕФАЛОТЕРАПИИ И МЕТАЗОДОТЕРАПИИ НА АППАРАТЕ «ОБЕРОН» ПРИ ЛОКАЛЬНОМ И РАСПРОСТРАНЁННОМ ИНФЕКЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

В институте прикладной психофизики создана не имеющая аналогов исследовательская аппаратура, позволяющая проследить любые состояния биологических объектов по изменению волновых характеристик тканей организма, отдельных клеток, хромосом и даже отдельных ферментов и гормонов. Системы нелинейного анализа (NLS) — это новые информационные технологии, которые теперь, в начале века, можно отнести к самым удивительным и перспективным достижениям современного естествознания (Нестеров В.И. и соавт., 2005). Они позволяют:

- проконтролировать эффективность и результаты осуществления самых различных методов воздействия на организм;
- оценить адаптивные способности организма;
- проводить анализ динамики изменений функционального состояния организма в процессе лечения;
- установить первичность очага функционального нарушения;
- оценить характер патологии, используя экспертные системы;

- прогнозировать возникающие функциональные нарушения и патологические состояния в организме;
- оценить основные параметры гомеостаза.

Для проверки диагностических возможностей аппаратно-программного комплекса «Оберон» провели клинические исследования у 50 пациентов, включенных в изучаемые группы после установления диагноза с применением лабораторных данных, в том числе бактериологического и гистологического исследования, данных ультразвукового исследования, диагностической лапароскопии, интраоперационного исследования. При обследовании выявлены носители различных бактериальных инфекций, представлен большой пейзаж микроорганизмов, которые выявлены NLS-диагностикой. При этом точность метода составила 86,2 %, специфичность — 86 %, чувствительность — 92,4 %. Результаты оказались положительными в 88,2 % случаев, в 11,8 % — отрицательными. Время, затраченное на исследование одного пациента, составляет от 30 мин до 1 часа. Наряду с обследованием пациентов на аппарате «ОБЕРОН» проводились многократные посевы крови на стерильность, бактериологические исследования отделяемого из свищей, ран. В сравниваемых группах пациентов наибольший процент точности диагностики бактериальных инфекций оказался при использовании аппаратно-программного комплекса. Таким образом, метод NLS-диагностики является достаточно информативным в выявлении различных бактериальных инфекций, но нуждается в дальнейшем изучении и доработке используемых методик. Применение методов информационной терапии в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита уменьшило процент осложнений и летальности, сократило сроки пребывания в стационаре.

Иммунокоррекция, проведенная нами (на аппарате «Оберон») наряду с комплексным лечением перитонита позволила предотвратить прогрессирование иммунодефицита и активизировать клеточное звено иммунной системы, восстановить бактерицидный потенциал фагоцитирующих клеток, о чем свидетельствуют увеличение коэффициента активности до 2,02, повышение уровня иммуноглобулинов классов М и G, в состав которых входят противомикробные антитела. Проведенные исследования показывают, что иммунокоррекция на аппарате «Оберон» в комплексном лечении перитонита восстанавливает адекватный иммунный ответ на микробную агрессию, а простота, безвредность, абсолютная неинвазивность и доступность могут значительно расширить сферу лечебного применения этого метода.

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Ч.В. Содномов, Б.Ц. Бальжинимаев

МНОГОКРАТНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕЦИДИВЕ РАКА ЖЕЛУДКА

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)*

В литературе рецидив рака в резецированном желудке или пищеводно-кишечном анастомозе встречается у 20 — 60 % больных. По времени развития выделяют ранние (до 5 лет) и поздние (свыше 5 лет после резекции) рецидивы. Приводим пример хирургического лечения рака желудка и его рецидива.

Больной С., 49 лет, поступил в хирургическое отделение РКБ в сентябре 2000 г. с жалобами на ноющие боли в эпигастриальной области, плохой аппетит, общую слабость, похудание (на 10 кг за 6 месяцев). Болеет в течение 6 месяцев, когда появились вышеперечисленные жалобы. За медицинской помощью не обращался. При фиброгастродуоденоскопии выявлена опухоль кардиального отдела желудка. Направлен на оперативное лечение в плановом порядке. Обследован. Подготовлен к оперативному лечению. Биопсия из опухоли желудка выявила недифференцированную аденокарциному желудка. Во время операции выявлена опухоль кардиального отдела желудка размером 8×9 см, бугристая, тугоэластической консистенции, подвижная, с инфильтративным ростом, распространением на 2/3 тела желудка и абдоминальный отдел пищевода (T4 Nx-a M0 P4 по классификации TNM, принятой ВОЗ). Произведена операция — гастрэктомия по Ору-Ханту-Накаямэ. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 10-е сутки выписан на амбулаторное лечение. При выписке жалоб не предъявлял.

В октябре 2003 г. обратился с жалобами на дисфагию, похудание на 5 — 6 кг. При фиброскопии выявлен рецидив опухоли в эзофагоэюноанастомозе с выраженным стенозом последнего (с трудом проходила только жидкая пища). Биопсия из опухоли также выявила недифференцированную аденокарциному желудка. Госпитализирован, обследован, подготовлен к операции. Выполнена торакофренолапаротомия с резекцией нижнегрудного отдела пищевода с внутриплевральным эзофагоэюноанастомозом. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 10-е сутки выписан из стационара под наблюдение хирурга в поликлинике по месту жительства. Предъявлял жалобы на незначительные явления дисфагии, которые вскоре прошли.

В сентябре 2004 г. вновь обратился с жалобами на дисфагию, потерю в весе примерно на 4 — 5 кг. При фиброскопии выявлен рецидив опухоли эзофагоэюноанастомоза. Биопсия из опухоли не выявила