

РОЛЬ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЗАЖИВЛЕНИИ МЕЖБРОНХИАЛЬНЫХ СОУСТЕЙ

Волков А.Н., Бадин А.М., Столяров С.И., Волков В.В., Краснов Г.Н.,
Чекушин Е.Л., Николаев Е.В., Соколов С.С., Рыжков Р.В.

Чувашский государственный университет,
кафедра факультетской хирургии, г. Чебоксары

В легочной хирургии резекция бронха с последующим восстановлением или реконструкцией дыхательного пути является основной органосохраняющей и органосберегающей операцией. Основные показания к резекции бронхов: бронхолегочный рак, аденокарциномы бронхов и рубцовые стенозы травматической, врожденной, неспецифической или туберкулезной этиологии, кисты легкого, бронхолитиаз и др. (Перельман М.И., Седова Т.Н., 1985; Гиллер Д.Б. с соавт., 1986, Харченко В.П. с соавт., 2000; Ribet M. et al., 1986).

Исход реконструктивно-пластических операций на трахеобронхиальном дереве во многом зависит от методики их выполнения. По мнению большинства исследователей, определяющим моментом является идеальная адаптация краев слизистой оболочки. При соблюдении этого создаются оптимальные условия для ранней эпителизации линии соустья. Осложнениями бронхиального анастомоза могут быть его несостоятельность, разрастание грануляционной ткани, рубцовый стеноз.

С целью оптимизации заживления межbronхиального соустья и предупреждения вышеупомянутых осложнений мы проводили эндобронхиальное лазерное облучение сразу после формирования анастомоза и в послеоперационном периоде. Исследование основано на анализе 61 операции. Большим производились операции по поводу бронхоэктатической болезни (22), хронического абсцесса легких (7), цирроза легких (2), рака (18), доброкачественных опухолей (4), эмпиемы плевры и бронхиальных свищей (5), рубцовых стенозов бронхов (2), травмы легких (1). Выполнялись следующие реконструктивно-пластические операции: циркулярная резекция трахеи в ее средней трети – 1, резекция бифуркации трахеи – 2, лобэктомии с циркулярной резекцией главного бронха – 25, резекции доли легкого с клиновидным иссечением бронха – 33.

Больные разделены на 2 клинические группы: у 30 больных, составлявших группу сравнения, в послеоперационном периоде проводилось традиционное лечение, у 31 пациента основной группы для ускорения заживления соустья применяли местную лазеротерапию. Лазерное воздействие осуществляли на операции сразу после наложения швов на бронх и на 1, 3, 7 и 13-й день послеоперационного периода. В эти же сроки определяли уровень гистамина и ДНК в слизистой и по нему судили о регенерации.

При стандартном послеоперационном лечении больных (без лазеротерапии) мы наблюдали осложнения у трех пациентов в виде эмпиемы плевры. Процесс их реабилитации продолжался до 2-3 месяцев. Один пациент умер. У 27 больных этой группы наблюдения длительное время сохранялись кашель с мокротой, удушье, субфебрилитет, слабость, сухие хрипы в легких, изменения в крови в виде лейкоцитоза и сдвига влево.

Послеоперационный период у больных основной группы с использованием лазеротерапии протекал значительно легче, реже наблюдались кашель с мокротой, субфебрилитет. Бронхообструктивный синдром был кратковременным (1-3 дня) и незначительным, быстро стабилизировались анализы крови. Нормализация общего состояния отмечалась уже через 7 дней. Осложнение в виде пневмонии отмечалось лишь у одного больного. В этой группе летальных случаев не было.

Таким образом, из всего вышеизложенного видно, что эндобронхиальное применение низкоинтенсивного гелий-неонового лазера на бронхиальный анастомоз во время операции и послеоперационном периоде резко снижает интенсивность воспалительной реакции, стимулирует репаративно-регенерационные процессы и, тем самым, препятствует формированию в зоне соустья грубого рубца и развитию послеоперационных осложнений. Все это подтверждено бронхоскопией, гистологическими и гистохимическими исследованиями слизистой из области межbronхиального соустья. Динамика уровня содержания гистамина и ДНК в биоптатах также убедительно свидетельствует об этом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2007. Т. 9. № 4.
2. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2006. Т. 8. № 4.
3. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2005. Т. 7. № 4.
4. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2004. Т. 6. № 4.
5. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2003. Т. 5. № 4.
6. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2002. Т. 4. № 4.
7. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2001. Т. 3. № 4.
8. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2000. Т. 2. № 4.
9. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2007. Т. 9. № 12.
10. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2006. Т. 8. № 12.
11. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2005. Т. 7. № 12.

12. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2004. Т. 6. № 12.
13. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2003. Т. 5. № 12.
14. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2002. Т. 4. № 12.
15. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2001. Т. 3. № 1.
16. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2000. Т. 2. № 1.