

В нашем отделении мы используем классификацию Е.Г. Григорьева.

Пациентов с I степенью (кровохарканье) — 71. Ia — 42 пациента; Ib — 18 человек; Ic — 11 больных. Пациентов со II степенью (массивное кровотечение) — 2: IIa — 1 больной. IIb — 1 больной. Больных с III степенью (профузное кровотечение) не было.

У 51 больного на фоне проводимой консервативной (гемостатическая терапия, управляемая гипотония) терапии кровохарканье купировано. У 22 пациентов кровохарканье в течение первых суток уменьшилось, но не прекратилось, что потребовало эмболизации бронхиальных артерий (справа — у 8 больных, слева — 3, с обеих сторон — у 11 больных). Эмболизация бронхиальных артерий в нашей клинике выполнялась эмболами ПВА 700 или 1000 микрон. Осложненное течение послеоперационного периода отмечено у одного больного (рецидив кровохарканья), что потребовало повторной эмболизации. Двум больным с массивным легочным кровотечением потребовалось экстренное оперативное лечение. В одном случае больному выполнена верхняя лобэктомия. В другом — больному выполнена обтурация правого главного бронха. У обоих больных отмечено клиническое улучшение, больной после лобэктомии выписан на шестые сутки. Больному после обтурации правого легкого обтуратор удален на третьи сутки, выписан из стационара на седьмые.

ВЫВОДЫ

Эмболизация бронхиальных артерий является оптимальным методом лечения больных с кровохарканьем легочной этиологии, а также для профилактики у больных с деструктивными заболеваниями легких. Для большинства пациентов с I степенью кровохарканья это эффективная органосохраняющая альтернатива бронхоблокации.

Д.Н. Чирков, Н.С. Рудая, Е.И. Маевский

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ ЖЕЛУДКА – ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ

*НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Томск)*

Несмотря на значительные успехи фармацевтической промышленности, разработку и внедрение в клиническую практику новых поколений противоязвенных препаратов проблема лечения хронических эрозий далека от разрешения. Вместе с тем, ряд авторов рассматривают рецидивирующий эрозивный хронический гастрит как один из вариантов язвенной болезни.

Целью данной работы явилась разработка и обоснование внедрения в клиническую практику новых методов лечения хронических эрозий желудка с применением эндоскопической техники.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 338 пациентов с хроническими эрозиями выходного отдела желудка. Для эндоскопической резекции слизистой применялась аспирационная методика с использованием дистальных пластиковых колпачков MH и MAY и эндохирургических петель SD-7P и SD-16L.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При разработке показаний к оперативному лечению хронических эрозий — эндоскопической резекции слизистой, учитывали следующие факторы: продолжительность заболевания и эффективность консервативной терапии, локализацию эрозии и степень нарушения эвакуации желудочного содержимого, психологическую готовность больного к операции.

При анализе указанных критериев было отмечено, что при неэффективности комплексного консервативного лечения в течение 2—3 лет, с короткими периодами ремиссии и выраженным болевым синдромом, снижается трудоспособность, повышается риск развития осложнений (кровоотечение и даже малигнизация), что является показанием к проведению оперативного лечения.

Таким образом, относительными показаниями к эндоскопической операции при хронической эрозии желудка явились:

- длительно (6 мес. и более) незаживающие хронические эрозии при условии полноценного медикаментозного лечения;
- рецидивирующее течение эрозивного гастрита не менее 5 лет с ежегодными (1—2 раза) обострениями при условии правильного медикаментозного лечения;
- эрозивный гастрит с ежегодными обострениями, когда пациент настаивает на операции в силу невозможности проведения полноценного консервативного лечения либо на фоне выраженного болевого синдрома при обострении, значительно снижающими трудоспособность.

Кроме того, имеется абсолютное показание к выполнению эндоскопической резекции слизистой желудка с хронической эрозией:

- наличие в биоптатах толстокишечной метаплазии, дисплазии, тубулярной аденомы, малого рака. Противопоказаниями к выполнению эндоскопической операции явились:
- множественные хронические эрозии желудка (более 2);
- острое желудочное кровотечение из эрозии;
- наличие распространенного злокачественного поражения желудка (за пределы собственной мышечной пластинки слизистой);
- тяжелая сопутствующая соматическая патология;
- отказ пациента от оперативного лечения.

В.В. Шимко, А.П. Сахарюк, Л.К. Решетникова, А.Б. Голова, А.И. Сушкова, А.С. Зюзько

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

**ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
(Благовещенск)**

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние 30 лет отмечается значительный рост заболеваемости сахарным диабетом, его распространенность составляет 5–6 %. Каждые 10–15 лет число больных сахарным диабетом удваивается. Большая социальная значимость сахарного диабета состоит в том, что он приводит к сосудистым осложнениям. Синдром диабетической стопы возникает у 80 % больных сахарным диабетом спустя 15–20 лет от начала заболевания и в половине случаев заканчивается ампутацией одной или обеих ног.

Целью исследования явилась оценка эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения и гипербарической оксигенации (ГБО), а так же их сочетание в комплексном лечении синдрома диабетической стопы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всем пациентам проводили курс стандартной лекарственной терапии, включающей введение низкомолекулярных растворов, антикоагулянтов, ангиопротекторов, дезагрегантов, коррекции сахарного диабета. Низкоинтенсивное лазерное излучение проведено 65 больным, ГБО — 43 пациентам, низкоинтенсивное лазерное излучение в сочетании с ГБО — 66 больным, контрольную группу составили 39 пациентов.

Низкоинтенсивное лазерное излучение выполняли внутривенным и надсосудистым способами. Для внутривенного облучения крови применяли отечественный лазерный аппарат «Муларт» НЦЛЦ «Техника» (Москва), обладающий монохроматическим когерентным излучением с длиной волны 630 нм и мощностью излучения на конце световода 2,5–3 мВт.

Сеансы проводили ежедневно в течение 15–20 минут, курс лечения 10–15 процедур. Одновременно проводили надсосудистое облучение магнитолазерным аппаратом Милта-Ф-8-01 (Москва) в инфракрасном спектре действия. Мощность излучения 110 мВт, частота следования импульсов 150 Гц, продолжительность сеанса 20 минут. Регистрацию микроциркуляции до и после лечения выполняли на аппарате ЛАКК-2 (Москва). Сеансы ГБО проводили ежедневно в барокамере «Енисей-3» при давлении 1,3–1,5 атм. с экспозицией 50–60 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование основано на опыте лечения 213 пациентов, находившихся в хирургической клинике Амурской государственной медицинской академии.

В исследуемой группе проведен анализ показателей глюкозы, свертывающей системы, липидного спектра крови, состояния регионарной гемодинамики конечности, эффективности лечения с определением экономического эффекта. Во всех оставшихся группах пациентов, по сравнению с контрольной, выявлены значительные корригирующие эффекты сахарного диабета, улучшение показателей коагуляции и липидного спектра крови. Наибольшая эффективность отмечена у пациентов, которым проводилось низкоинтенсивное лазерное излучение в сочетании с ГБО.

ВЫВОДЫ

Таким образом, применение низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании с ГБО в комплексном лечении синдрома диабетической стопы способствует улучшению ближайших и отдаленных результатов и может эффективно применяться при данной патологии.