

перистальтики и грануляций, организация фибрина), улучшения состояния больного, стабилизации гемодинамических показателей брюшную полость дренировали силиконовыми трубками и сигарообразными дренажами, а брюшную стенку ушивали через все слои на трубках-амортизаторах. Отлогие места брюшной полости осушали от патологического выпота. После чего брюшную полость промывали раствором фурацилина или экстрактом зубчатки обыкновенной. Удерживающих швов на края раны не накладывали. На следующей санации повторялись все вышеперечисленные манипуляции. При этом хотя ригидные края послеоперационной раны соприкасались с натяжением, ишемии тканей в области шва не наблюдалось. Предложенная методика лапаростомии и ведения послеоперационной раны как метод выбора может быть использована при распространенном гнойном перитоните.

А.Д. Быков, В.Б. Жамбалов, В.С. Очиров, С.Б. Тугульдуров

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Данные о частоте желчнокаменной болезни (ЖКБ) в различных группах населения говорят о ее широкой распространенности. По данным авторов, 10–20 % жителей Европы страдают этим заболеванием [1–5]. На территории США около 12 млн. женщин и 4 млн. мужчин имеют камни в желчном пузыре. Ежегодно ЖКБ заболевают 800 тыс. человек [2]. Важным является выбор лечебного метода. Недостатками методов оперативного лечения (особенно при холедохолитиазе и механической желтухе) являются большая частота и тяжесть осложнений. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) – органосохраняющая, менее травматичная, неинвазивная операция. Успех терапии наблюдался более чем в 80 % случаев при солитарных камнях, диаметр которых не превышает 2 см.

Для проведения ДУВЛ нами использовался литотриптор MODULARIS URO PLUS под R-наведением. Лечебные волны создаются цилиндрическим источником излучения и фокусируются параболическим рефлектором. Когда волна выходит из биологической ткани или жидкости организма и попадает на камень, в месте перехода возникают сжимающие и разжимающие напряжения. Они превосходят прочность камня и способствуют его разрушению. Такой же эффект наблюдается на другой стороне камня в месте выхода волны. Подобного рода энергия возникает только в области терапевтического фокуса, диаметр которого составляет 5 мм. Фокусировка этих лечебных волн происходит за счет параболического рефлектора. Фокус расположен на глубине 150 мм от края генератора. Это равнозначно максимальной глубине проникновения волн в тело пациента. Аппарат снабжен системой ультразвукового и рентгеновского наведения ударной волны. Максимальная мощность импульса в фокусе ударной волны составляет 20,54 Дж.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка Ч., 32 года (история болезни № 296-1), поступила в хирургическое отделение № 2 18.02.09 г. с жалобами на боли в правом подреберье, общую слабость, наличие дренажной трубки с желчным отделяемым. Из анамнеза выяснено, что 28.01.09 г. выполнена операция – холецистэктомия, дренирование холедоха по Вишневскому. С признаками механической желтухи поступила в хирургическое отделение РКБ. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы, склеры иктеричные, периферические лимфоузлы не увеличены. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс 76 уд./мин, А/Д 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не увеличены. При обследовании выявлено: билирубин общий – 67 ммоль/л, АСТ – 26 ммоль/л, АЛТ – 27 ммоль/л. Другой патологии со стороны общих анализов крови, биохимических анализов не обнаружено. По дренажу из общего желчного протока выделялось до 270 мл желчи. При попытке пережатия дренажа на 8–10 часов с целью тренировки и его удаления отмечено нарастание общего билирубина крови до 140 ммоль/л за счет прямого – 108 ммоль/л. При УЗИ и КТ выявлено наличие вклиненного конкремента размером 2,0–2,5 см в дистальном отделе общего желчного протока. 19.02.09 г. выполнена эндоскопическая ретроградная папилосфинктеротомия, после которой с целью фрагментации камня впервые в Бурятии больной выполнен сеанс дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Процедура выполнена на аппарате MODULARIS URO PLUS, под R-наведением после ретроградной папилосфинктеротомии. В послеоперационном периоде отмечено медленное снижение общего билирубина до нормальных показателей на 14-е сутки после литотрипсии. Контрольная холангиография холедохолитиаза не выявила. Удален дренаж из общего желчного протока. Пациентка выписана на 16-е сутки после литотрипсии. Таким образом, применение ДУВЛ может быть операцией выбора при лечении холедохолитиаза, осложненного механической желтухой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев В.Т. Желчнокаменная болезнь / В.Т. Зайцев, З.А. Гуревич, В.Г. Почепцов. — Харьков: Вища школа, 1979. — 168 с.
2. Фромм Г. Камни желчного пузыря и билиарная боль: оперировать или не оперировать? / Г. Фромм // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1998. — № 4. — С. 82–85.
3. Шалимов А.А. Прогнозирование проходимости желчных протоков и выбор тактики хирургического лечения больных холедохолитиазом / А.А. Шалимов, Ю.З. Лифшиц, В.В. Крыжевский // Клиническая хирургия. — 1990. — № 11. — С. 11–13.
4. Barbara L. A population study on the prevalence of gallstone disease: The Sirmione study / L. Barbara // Hepatology. — 1987. — Vol. 7. — P. 913.
5. Swobodnik W. Medikamentöse litholyse / W. Swobodnik // Aktuelle Gallenstein Therapie; ed. R. Hoffmann. — Bern — Gottingen — Toronto: Verlag Hans Huber, 1992. — P. 23–29.

А.К. Гаврилова, Б.Д. Цыбикдоржиев, Л.М. Гармаева, Д.Б. Дашацыренова

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ И ГОРТАНИ, ПРОГНОЗ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Лечение рубцовых стенозов трахеи (РСТ) и рубцовых стенозов гортани (РСГ) становится актуальным. В Республиканской клинической больнице за последние годы лечилось 18 человек с РСТ и РСГ.

Основными причинами возникновения РСТ и РСГ у этих больных были:

- длительное проведение ИВЛ на фоне инфекционного заболевания (6 пациентов);
- длительное проведение ИВЛ на фоне соматического заболевания с переходом на трахеостому (бронхиальная астма) (4 пациента);
- механическая травма трахеи, гортани (3 пациента);
- ИВЛ на фоне хирургической и акушерской патологии с переходом на трахеостому (4 пациента);
- химический ожог гортани (1 пациент).

Диагноз заболевания устанавливался на основании анамнеза, характерной клинической картины, данных фибротрехеобронхоскопии, рентгенографии трахеи с контрастированием, компьютерной томографии трахеи. Мужчин было 8, женщин — 10. Возраст от 15 до 65 лет.

Эндоскопическое исследование позволяет определить факт стеноза, степень его протяженности, размеры сужения, локализацию, степень его выраженности. По степени выраженности сужения больные распределились следующим образом: диаметр стеноза до 3–4 мм — 6 человек, 5–6 мм — 8 человек, более 7 мм — 4 человека. Выделяли рубцовые стенозы гортани, трахеи и совмещенные (т.е. стеноз гортани с переходом на трахею).

По стадии зрелости рубцовых изменений различали сформированный рубцовый стеноз типа каллезного и свежий типа гранулематозного. Сформированный рубцовый стеноз имеет вид гладкой блестящей поверхности, контактно не кровоточит, сужение очень плотное, ригидное, кольца трахеальных хрящей не просматриваются. Несформированный гранулематозный рубцовый стеноз имеет выраженную отечность, гиперемия слизистой, высокую контактную кровоточивость рубцовой поверхности, могут быть грануляции и эрозии, которые легко удаляются инструментальным методом. В месте формирующегося стеноза стенки трахеи относительно плотные.

Лечение РСТ и РСГ зависит от степени протяженности, высоты и сформированности стеноза, а также от наличия трахеостомы.

В первые годы лечения РСТ начинали с бужирования стеноза ригидными бронхоскопами Фриделя. Бужирования начинали с бронхоскопа, размер которого совпадал с диаметром стеноза, постепенно доводя за один сеанс до № 11–13 (диаметр 1,2 см). За 2–3 сеанса удавалось у каждого пациента расширить просвет стеноза до адекватной вентиляции легких. Было проведено бужирование 6 пациентам: 4 мужчин и 2 женщины.

Отмечено, что бужирование дает временный эффект, не более 1–1,5 месяцев. Далее, за счет посттравматического перитрахеита и посттравматического разрыва хрящевых колец трахеи, РСТ рецидивирует и стеноз с каждым случаем повторного бужирования становится все более плотным. В среднем бужирование проводилось пациентам от 1 до 3 раз за все время наблюдения и лечения.

Все вышеперечисленное потребовало изменения лечебной тактики. Пациентам, которые имели значительную протяженность рубцового стеноза до трех трахеальных колец и локализацию в шейном отделе, было проведено оперативное лечение. Операция заключалась в резекции рубцового стеноза через шейный доступ. Было прооперировано 5 мужчин и 1 женщина.