

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 незначительную 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.

Послеоперационный эффект благоприятный: все больные выздоровели, социально адаптированы. Отмечено, что благоприятный прогноз хирургического лечения зависит от степени протяженности РСТ (не более трех бронхиальных колец), отсутствия трахеостомы в анамнезе, уровня РСТ (шейный отдел), степени натяжения швов в области сшивания дистального и шейного концов трахеи, выраженности перитрахеита.

Наличие РСТ с переходом на область перстневидного хряща гортани, РСГ требовало изменения лечебной тактики. Этим пациентам проводилось бужирование и стентирование. Стентирование проводилось различными видами стентов из силикона и полихлорвинила, которые имеют приспособления для фиксации на наружной поверхности. Они устойчивы к спонтанной дислокации.

Стенты устанавливаются на длительный срок от трех месяцев до трех лет, т.е. до полного формирования рубца в области рубцового стеноза. Сроки замены стента выбираются индивидуально. В зависимости от формы рубцового стеноза (особенно посттрахеостомические стенозы) стентирование проводится прямыми или Т-образными стентами.

При РСГ двоим больным проводилось лазерное рассечение стриктур с установкой стентов в г. Иркутске.

Было простентировано 8 пациентов. Лечение было длительным и продолжалось от 1 года до 3 лет.

Четыре пациента наблюдались и лечились непостоянно. Было отмечено спонтанное компенсирование состояния пациентов с формированием РСТ, которое позволяло пациентам проводить относительно адекватную вентиляцию легких. Диаметр РСТ был более 7 мм, уровень стеноза на границе с/3 и н/3 трахеи. Патогенез заболевания, в основном, длительное проведение ИВЛ на фоне соматического заболевания (бронхиальная астма). От оперативного лечения больные отказывались.

Таким образом, лечение РСТ и РСГ становится актуальной проблемой современной медицины. Оно должно быть строго индивидуально в зависимости от характера стриктуры, их протяженности, уровня и стадии развития рубца. Осложненные и протяженные РСТ и РСГ требуют длительного комбинированного лечения с применением бужирования и стентирования, при необходимости с хирургическим рассечением стриктур. При неосложненных коротких РСТ в шейном отделе наиболее эффективно оперативное лечение.

Е.Д. Гармаева, Ж.Б. Дашинамжилов, Т.А. Ажунова, П.Б. Лубсандоржиева

ВЛИЯНИЕ ФИТОСРЕДСТВА «ЭРИТРОФИТ» НА СТАДИЮ АЛЬТЕРАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)

Воспалительные заболевания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения Российской Федерации.

Фармакологическая регуляция процессов воспаления является одной из важнейших проблем медицины. В настоящее время недостаточно широко применяются противовоспалительные средства из лекарственных растений, отличающиеся, может быть, несколько менее выраженным эффектом, но лучшей переносимостью, меньшей токсичностью. Поэтому поиск новых средств, обладающих противовоспалительным действием, является актуальной задачей.

Цель настоящей работы — определение влияния растительного средства «эритрофит», состоящего из экстрактов сухих *Achillea millefolium* L., *Polygonum aviculare* L., *Urtica dioica* L., мелкоизмельченного порошка *Zingiber officinalis* L., *Cinnamomum*. Порошка корицы плодов шиповника иглистого (*Rosa acicularis* L.) — 200 г, плодов боярышника кроваво-красного (*Crataegus* Pall.) — 200 г, корневищ с корнями девясила высокого (*Inula helenium* L.) — 250 г, листьев мяты перечной (*Mentha piperita* L.) — 100 г, травы сушеницы топяной (*Gnaphalium uliginosum* L.) — 50 г, листьев брусники обыкновенной (*Vaccinium vitis-idaea* L.) — 100 г, корневищ с корнями элеутерококка колючего (*Eleutherococcus senticosus* L.) — 100 г на стадию альтерации воспалительного процесса.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено на крысах линии Wistar в летне-осенний период на 36 белых крысах обоего пола с исходной массой 160 — 170 г, которых содержали в условиях естественного светового режима и на стандартной диете при свободном доступе к воде и пище. Из эксперимента животных выводили в соответствии с правилами Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и иных научных целей.

При изучении влияния испытуемого средства на альтерацию тканей и интенсивность процессов регенерации судили по динамике заживления кожно-мышечного дефекта, индуцированного подкожным введением 0,5 мл 9% уксусной кислоты с одновременным введением раствора декстрана в дозе 300 мг/кг массы животного. Первое введение фитосредства «эритрофит», приготовленного по Государственное