

Б.Д. Доржиев, М.Л. Тыхенова, К.Д. Пунсуков

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА СОВРЕМЕННЫМИ АГРЕССИВНЫМИ ХИМИЧЕСКИМИ АГЕНТАМИ

ГБОУ ВПО Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Цель: изучить в эксперименте на животных модель химического ожога пищевода и желудка современными химическими агентами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на 96 белых крысах линии Vistar. Повреждение пищевода и желудка у крыс осуществлялось введением 0,5 мл прижигающего агента. Прижигающие агенты были разделены на 5 групп: окислители — белизна; нарывные средства — уайт-спирит; протоплазматические яды — мистер мускул; коррозивы — крот; обезвоживатели — силит. Группой сравнения были животные, которым экспериментально проведен ожог пищевода и желудка уксусной кислотой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На 3, 7, 14-е сутки у крыс проведено морфометрическое исследование стенки пищевода и желудка, при этом в группе, где применялись коррозивы и обезвоживатели, на 7 — 14-е сутки эксперимента выявлены отек, гиперемия, эрозии, участки некроза слизистой, кровоизлияния в подслизистом слое. Применяемые химические агенты условно разделили на вещества с низкой и высокой степенью агрессивности.

ВЫВОДЫ

1. Группа обезвоживателей приводит к некрозу стенки пищевода. Дает большой риск перфорации стенки желудка.
2. На 7 — 14-е сутки после проведения эксперимента с применением агрессивных химических средств в стенке пищевода и желудка выявлена макро- и микроскопическая картина некроза, рубцовые изменения.
3. Наиболее агрессивными химическими агентами явились средства бытовой химии: крот, силит.

Е.А. Дробязгин, Ю.В. Чикинев, А.В. Кутепов

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

**ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)
ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)**

В клинике кафедры госпитальной хирургии Новосибирского государственного медицинского университета эндоскопические вмешательства при опухолях трахеи и бронхов выполнены 17 пациентам в возрасте от 17 до 75 лет (мужчин — 9; женщин — 8).

По поводу опухоли трахеи вмешательства выполнены 9 пациентам. При томографии трахеи опухоль левый процесс локализовался в: подскладочном отделе гортани — 1; верхней трети трахеи — 4; средней трети — 2; нижней трети — 2. Первичная опухоль трахеи была у 6 пациентов (в том числе у 2-х — рецидив аденокарциномы после циркулярной резекции трахеи и рецидив рака гортани после ее экстирпации и концевой трахеостомии). У 3-х пациентов причиной опухолевого поражения трахеи являлись: рак щитовидной железы с прорастанием в трахею — 1, опухоль пищевода с прорастанием в трахею — 2. Размеры опухолей от 10 до 25 мм.

При опухолях бронхов вмешательства выполнены 8 пациентам (бронхи правого легкого — 5; левого легкого — 3). Опухоль правого главного бронха — 4 пациента, левого главного бронха — 1; промежуточного бронха — 1; нижнедолевого бронха справа — 1; верхнедолевого бронха слева — 1. Размеры опухолей от 3 до 12 мм. У большинства (6) пациентов опухоль перекрывала просвет бронха более чем на 3/4 или полностью.

У всех пациентов отмечены признаки дыхательной недостаточности, чаще II до III степени.

Все вмешательства проводились в условиях общей анестезии. Лишь в двух случаях опухоль срезалась тубусом ригидного бронхоскопа. У 15 пациентов удаление осуществлялось при помощи петли для полипэктомии. В 6 наблюдениях в связи с большим размером опухоли (более 14 мм) опухоль удалялась методом ее кускования. В 4-х случаях вмешательство на трахее и главных бронхах заканчивалось стентированием опухолевого участка поражения силиконовым стентом типа Dumon с наружным диаметром 15 или 16 мм и длиной от 3 до 6 см.

У 13 пациентов в ходе проведения вмешательства возникло кровотечение, которое в 12 случаях носило умеренный характер, и было остановлено внутривенным введением или местным орошением гемостатическими препаратами, в одном случае, при повторном удалении опухоли правого главного бронха и его реканализии (метастатическая опухоль почки) возникло профузное кровотечение, которое остановлено, но возникшая гипоксия привела к летальному исходу.

Во всех случаях проходимость трахеобронхиального дерева была восстановлена. Повторные вмешательства потребовались двум пациентам через 7 и 14 месяцев в связи с продолжающимся ростом опухоли.

ВЫВОДЫ

Эндоскопические вмешательства при опухолях трахеи и бронхов могут быть как радикальными, так и паллиативными. Целью вмешательств является быстрое и эффективное восстановление проходимости дыхательных путей.

Е.А. Дробязгин, Ю.В. Чикинев, А.В. Кутепов

ПРИМЕНЕНИЕ ПОКРЫТЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСФАГИЕЙ

**ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)
ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)**

Стентирование пищевода и пищеводных анастомозов металлическими саморасправляющимися стентами выполнено 81 пациенту в возрасте от 35 до 87 лет.

Показаниями к стентированию служили: рак пищевода — 46, рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод — 24, рецидив рака желудка в области эзофагоэнтероанастомоза — 4, рецидив рака после операции типа Lewis или экстирпации пищевода — 5, метастатическое поражение средостения с дисфагией — 3, нейрофиброматоз средостения со сдавлением пищевода и пищеводно-плевральным свищем — 1 пациент. В 7 наблюдениях имелся пищеводно-респираторный свищ из-за прорастания опухоли в трахею (6) или левый главный бронх (1).

В большинстве случаев (79) при использовании нитиноловых стентов применялись стенты компании M.I.-Tech (Ю. Корея). В одном случае мы использовали стент компании Wilson-Cook и стент Boubella компании Ella CS. Длина стентов составляла 90, 120 и 160 мм, диаметр 18 и 22 мм. У большинства пациентов (56) использовались эндопротезы диаметром 22 мм.

Осложнения в процессе установки при использовании данного вида стентов возникли у 5 пациентов (несовсем корректная установка в правильную позицию). Осложнения устранены путем подтягивания за лассо эндопротеза вверх (4) и вниз (1).

Осложнения в течение первых двух недель после стентирования возникли у 3 пациентов — миграция стента. В двух наблюдениях выполнено подтягивание стента, в одном — стентирование по типу «стент в стент» в связи с невозможностью коррекции положения стента.

Ошибками при стентировании нитиноловыми стентами в наших наблюдениях являлись: неправильный подбор длины и диаметра устанавливаемого стента, либо установка его в неправильную позицию.

В сроки наблюдения свыше двух недель до 1,5 лет осложнения возникли у 9 пациентов: выраженный болевой синдром, не купируемый применением анальгетиков (1), дислокация стента ниже участка стеноза — 3 пациента. В одном случае осложнение устранено путем подтягивания стента вверх, у двух пациентов — удаление стента с последующим протезированием конструкцией большего диаметра. Фрагментация стента возникла у 4-х пациентов (через 2, 3 и 6 месяцев после его установки). В 3-х случаях фрагменты конструкции были удалены при помощи полиэктомической петли и щипцов с последующим повторным стентированием. В одном случае, несмотря на частичную фрагментацию и повреждение полимерного покрытия, проходимость стента была нормальной.

У пациента с нейрофиброматозом легких и средостения, осложненного пищеводно-плевральным свищем, через 9 месяцев после стентирования в результате роста узлов произошло частичное смещение дистального конца стента из желудка в плевральную полость, что потребовало установки эндопротеза большей длины по типу «стент-в-стент».

Стентирование «стент-в-стент» проведено 11 пациентам в сроки от 2 до 14 месяцев после стентирования из-за продолжающегося роста опухоли и обрастания проксимальной части стента (двум пациентам дважды).