

Н.Г. Хорев, О.А. Пелеганчук, Э.В. Боровиков, В.В. Свистун

ДЕКОМПРЕССИЯ И ДЕСИМПАТИЗАЦИЯ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)
Отделенческая клиническая больница ст. Барнаул (Барнаул)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка хирургического метода лечения хронической вертебро-базиллярной недостаточности (ХВБН), как альтернативы консервативного лечения

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Прослежена эффективность хирургического лечения синдрома позвоночной артерии у двух больных с признаками ХВБН. Для ликвидации симптомов ХВБН использована разработанная в клинике оригинальная операция – декомпрессия и десимпатизация устья позвоночной артерии. Для полноты дооперационной диагностики и выбора стороны реконструкции учитывались клинические данные, а также информация, полученная при проведении дуплексного сканирования экстра- и интракраниальных артерий, каротидной артери-

ографии, спиральной компьютерной томографии с контрастированием брахиоцефальных сосудов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При рассмотрении ближайшего послеоперационного периода у обоих больных отмечено снижение симптомов вертебро-базиллярной недостаточности: уменьшилось головокружение с шаткостью походки, купированы головные боли, улучшилась острота зрения. Из осложнений у одного больного отмечен приходящий синдром Горнера, который купирован консервативными мероприятиями.

ВЫВОДЫ

Операция декомпрессии и десимпатизации устья позвоночной артерии является эффективным методом лечения ХВБН, альтернативным консервативной терапии.

И.А. Хорошилов, А.Г. Соколович, Е.В. Деринг

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ В ТОРАКАЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ККБ № 1 С 1982 ПО 2004 ГГ.

Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Усовершенствование тактики лечения и техники оперативного вмешательства с целью профилактики послеоперационных осложнений и улучшения непосредственных и отдаленных результатов у больных с рубцовыми стенозами трахеи.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 1982 по 2004 г. в торакальном отделении ККБ № 1 на лечении по поводу рубцового стеноза трахеи находилось 148 больных в возрасте от 4 до 74 лет. Из них женщин 50 (33,7 %), мужчин 98 (65,3 %).

Наиболее часто рубцовый стеноз локализовался в верхней трети – 81 (54,7 %), в средней трети – 38 (25,6 %) и в нижней трети трахеи – 29 (19,5 %). Из 148 больных 127 (85,8 %) госпитализированы со II–III степенью рубцового сужения, причем у 12 (8,1 %) из них диагностирована полная окклюзия трахеи.

В качестве главного метода инструментальной диагностики использовали фиброларинготрахеос-

копию. Данный метод позволил выявить рубцовый стеноз, определить его локализацию, протяженность и установить выраженность воспалительного процесса. При необходимости процедуру переводили в эндоскопическую операцию.

Показания к хирургическому лечению рубцовых стенозов трахеи установлены у 45 (30,5 %) больных, которым произведена резекция трахеи. Для циркулярной резекции трахеи применяем стандартную методику (Перельман М.И., 1972) и методику в нашей модификации. У 11 больных первой группы наложение анастомоза производили по нашей методике, а у 34 больных второй группы применили стандартную методику.

Летальных исходов не было в обеих группах. У 11 больных первой группы послеоперационных осложнений не отмечено. У 5 больных второй группы послеоперационный период также протекал гладко, дыхательных нарушений не отмечалось. У 29 больных второй группы в послеоперационном периоде возникли послеоперационные осложне-

ния, такие как несостоятельность, анастомозит, рецидив рубцового сужения, парез голосовых связок, свищ. Через 2–3 недели после операции большим обеих групп проведено эндоскопическое исследование, во время которого признаков стеноза не обнаружено, диаметр трахеи в области анастомоза составлял от 0,8 до 1,0 см.

Отдаленные результаты изучены у 29 больных, оперированных по стандартной методике, в сроки от 6 до 12 месяцев. При контрольной трахеоскопии у 2 больных признаков рестенозирования не было выявлено, у 27 пациентов диаметр трахеи составил от 0,5 до 0,6 см, им было произведено бужирование от 2 до 4 раз. У больных, оперированных по нашей методике, в отдаленные сроки от 4 до 6 месяцев признаков рестенозирования не выявлено. Все больные выписаны без признаков дыхательной недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, циркулярная резекция трахеи в нашей модификации позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения. Даже при обширных резекциях трахеи полной несостоятельности швов трахеи не отмечалось, а в случаях частичной несостоятельности потребовалось лишь консервативное лечение. Данный способ профилактики несостоятельности анастомоза позволяет снизить до минимума натяжение тканей в области самого анастомоза, что предупреждает развитие нарушений микроциркуляции с явлениями микротромбоза и ишемии тканей и вследствие этого развитие несостоятельности в зоне анастомоза. Все это способствует благоприятному течению репаративных процессов.

С.П. Чикотеев, Н.Г. Корнилов, М.В. Прокопьев, В.В. Щапов, А.В. Мельник, С.М. Елисеев

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КИСТОЗНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В КИСТУ

*НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)*

Одним из опасных для жизни пациента осложнений хронического кистозного панкреатита является аррозивное кровотечение в полость кисты. За последние 5 лет с 2000 по 2004 годы в клинике находилось на лечении 415 больных с диагнозом хронический панкреатит. За период 2003–2004 гг. — 240 пациентов. Прооперировано 79 (32,9 %) пациентов с выполнением операций различного объема.

У 7 (1,7 %) пациентов было диагностировано кровотечение в полость кисты поджелудочной железы. Клинические признаки этого осложнения следующие: быстрое увеличение в размерах кисты, пальпаторно киста приобретает признаки напряженной: становится плотно-эластической консистенции и резко-болезненной при пальпации. При аускультации в ряде случаев над кистой выслушивается грубый систоло-диастолический шум. Выраженное усиление болевого синдрома плохо поддается действию анальгетиков, парапанкреальная новокаиновая блокада по Роману не приносит ожидаемого эффекта.

При постановке диагноза «кровотечение в полость кисты при хроническом кистозном панкреатите» мы выполняли ангиографическое исследование по экстренным показаниям, проводили целиакографию и мезентерикографию.

При ангиографии у трех пациентов выявлено кровотечение в полость кисты из селезеночной артерии, в двух случаях — при расположении кисты

в хвосте поджелудочной железы, и в одном случае — в головке железы.

В двух случаях отмечено кровотечение в кисту головки поджелудочной железы из гастродуоденальной артерии, здесь как первый этап лечения была проведена эндоваскулярная эмболизация гастродуоденальной артерии.

У одного пациента было диагностировано кровотечение в полость кисты головки поджелудочной железы из бассейна левой желудочной артерии, у этого пациента попытка эндоваскулярной окклюзии левой желудочной артерии не удалась.

И, в одном случае, мы наблюдали желудочное кровотечение у пациента из цистожелудочного свища, которое самостоятельно остановилось при образовании сгустка в полости кисты хвоста поджелудочной железы и тромбозе селезеночной артерии, что было выявлено при проведении ангиографии.

Всем пациентам после выполнения ангиографического исследования было выполнено оперативное вмешательство различного объема, по срочным показаниям с обязательным прошиванием сосуда, явившегося источником кровотечения. Эндоваскулярная окклюзия гастродуоденальной артерии, выполненная перед операцией, позволила избежать ожидаемой в таком случае массивной кровопотери.

По нашим данным чаще источником кровотечения в полость кисты является селезеночная ар-