

Кашель сухой и с гнойной мокротой через неделю лечения сохранялся у 11 больных. Через 2 недели кашель беспокоил только трех больных. При выписке из отделения жалобы на кашель предъявляли двое больных. Жалобы на боли в грудной клетке к 7 дню от начала лечения купированы у 16 пациентов. Через 14 дней с момента поступления больных в стационар болевой синдром отсутствовал у всех пациентов. Такие проявления интоксикации как потливость, слабость купированы у 13 больных к концу первой недели лечения. К концу второй недели лечения, данные жалобы не беспокоили больных.

При эндоскопическом исследовании, выполненном к концу первой недели лечения у всех пациентов с катарально-гнойным эндобронхитом отмечена эндоскопически положительная динамика, выражающаяся в уменьшении или отсутствии гнойного секрета в бронхиальном дереве. К концу второй недели при эндоскопическом исследовании наличие гнойного секрета имело место у одного пациента. К моменту выписки у всех больных было отмечено отсутствие гнойного секрета в бронхиальном дереве.

В ходе лечения отмечена положительная динамика течения острого воспалительного процесса со стороны показателей общего анализа крови. Включение в схему лечения больных эмпиемой плевры загрудинных лимфостимулирующих инъекций к 14 дню с момента начала лечения способствовало снижению уровня лейкоцитов, уменьшению скорости оседания эритроцитов, а также повышению относительного числа лимфоцитов. Статистически значимым является снижение лейкоцитоза как на 7, так и на 14 день от начала лечения, снижение скорости оседания эритроцитов на 7 и 14 день, повышение относительного числа лимфоцитов к 7 дню с момента лечения.

К концу первой недели лечения показатели концентрации мочевины, билирубина и уровень трансаминаз нормализовались практически у всех пациентов. Отмечено снижение концентрации фибриногена в плазме крови у пациентов данной группы. Статистически значимые изменения произошли со стороны показателей общего белка, мочевины, АсТ и АлТ. К 14 дню от начала лечения отмечено снижение концентрации мочевины, общего билирубина, АсТ, АлТ, фибриногена и повышение уровня общего белка по сравнению с исходными показателями. При этом статистически значимые изменения произошли со стороны мочевины. Снижение концентрации фибриногена, АсТ, АлТ достаточно выражено, хотя статистически не достоверно.

К 7 суткам проводимого лечения наблюдалась нормализация параклинических показателей в среднем у 72,1 % пациентов. К 14 дню от момента поступления пациентов в стационар нормализация параклинических показателей произошла у 19 пациентов. При рентгенографическом исследовании органов грудной клетки, выполненном на 7 и 14 день с момента поступления, у всех пациентов отмечена положительная динамика, выражающаяся в уменьшении размеров полости эмпиемы, уменьшению или отсутствию отделяемого из плевральной полости. Дренажи из плевральной полости удалены у 10 пациентов.

Исходя из выше перечисленного можно сделать следующие выводы: применение непрямой лимфотропной терапии в комплексном лечении эмпиемы плевры способствует эффективному исчезновению клинических признаков заболевания, нормализации общего состояния больных, снижению лабораторных проявлений воспалительного процесса. Применение лимфотропной терапии в лечении больных эмпиемой плевры позволяет достаточно эффективно купировать острый гнойно-воспалительный процесс в плевральной полости.

Е.А. Дробязгин, Ю.В. Чикинцев, И.В. Симакова, А.И. Котельников, И.Е. Судовых

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ БРОНХА ПРИ БРОНХО-ПЛЕВРАЛЬНОМ СВИЩЕ У БОЛЬНЫХ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

**ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Новосибирск)
ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (г. Новосибирск)**

Возникновение бронхоплевральных свищей является одним из осложнений нагноительных заболеваний легких и плевры. При свище большого размера или множестве свищей, как правило, полностью расправить легкое не удастся. В результате этого формируется остаточная плевральная полость, что требует в дальнейшем оперативного лечения: декорткации легкого с ушиванием свища и плеврэктомии.

В отделении торакальной хирургии ГОУЗ «ГНОКБ» за период с 2002 по 2006 гг. окклюзия бронха при бронхоплевральном свище у больных эмпиемой плевры выполнена 5 пациентам в возрасте от 25 до 67 лет. Все пациенты мужчины. Локализация бронхоплеврального свища определялась по методике предложенной Г.И. Лукомским с соавт. В 4 случаях локализация свища была правосторонней. При этом у двух пациентов свищ локализовался в нижней доле и по одному случаю в верхней и средней доле. В одном случае свищ был в нижней доле левого легкого.

Перед окклюзией проводилась фибробронхоскопия с целью санации бронхиального дерева. Установка обтуратора проводилась в условиях общего обезболивания после интубации трахеи тубусом ригидного бронхоскопа. В долевого бронх с помощью щипцов устанавливался на срок 7–8 суток шарик из мелкопористого пороллона по диаметру в 2–3 раза превышающий диаметра бронха.

Одновременно с установкой обтуратора проводилась постоянная вакуум-аспирация содержимого и воздуха из плевральной полости. Во всех случаях сброс воздуха по дренажам прекращался уже в первые сутки после обтурации. Через 7–8 суток проводилась бронхоскопия и удаление обтуратора с санацией бронхиального дерева.

У трех пациентов удалось добиться полного расправления легкого. После удаления обтуратора сброс воздуха не отмечен. После окончания курса лечения, произведено удаление дренажей из плевральной полости.

В одном случае не смотря на отсутствие сброса воздуха, добиться полного расправления легкого не удалось. При этом отмечено уменьшение в размерах остаточной плевральной полости. В последующем пациенту выполнена декортикация, плеврэктомия.

У одного пациента сброса воздуха по дренажам не было, но после удаления обтуратора свищ вновь начал функционировать.

В ходе нахождения обтуратора в бронхе, его миграции не отмечено.

Принимая во внимание все выше перечисленное, можно сделать вывод, что использование эндоскопической окклюзии бронха у пациентов с эмпиемой плевры и бронхоплевральным свищом, является достаточно эффективным.

**А.В. Дудник, С.И. Сидоров, Ю.В. Желтовский, Е.В. Пешков, О.М. Кожевникова,
В.Ю. Цивковский**

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДОСТИЖЕНИЯ ПОЛНОГО ИСТМУС-БЛОКА ПРИ КОНВЕНЦИОННОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПЕРЕШЕЙКА

*ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница» (г. Иркутск)
ГОУ ВПО ИГМУ (г. Иркутск)*

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить предикторы достижения полного истмус-блока в ходе первичной линейной конвенциональной радиочастотной аблации (РЧА) кавотрикуспидального перешейка.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов интервенционного лечения 53 пациентов с истмус-зависимым трепетанием предсердий, прооперированных в 2005–2007 гг. в ГУЗ ИГОКБ. Всем больным выполняли линейную конвенциональную РЧА в кавотрикуспидальном перешейке с верхним лимитом мощности воздействий 50 Вт и температуры 65° в режиме контроля температуры. Первую группу составили 40 пациентов, у которых в ходе РЧА достигнуты локальные критерии полного истмус-блока, во вторую группу вошли 13 больных, у которых эти критерии достигнуть не удалось. Группы оказались сопоставимыми по полу и возрасту, характеру течения аритмии и длительности аритмического анамнеза. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы Statistica v.6.0 (Statsoft) с использованием непараметрических критериев сравнения. Проведен сравнительный анализ по таким параметрам, как продолжительность РЧ-воздействий, средние значения фактически достигаемой мощности аппликаций, количество рецидивов аритмии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средние значения мощности аппликаций в первой группе статистически значимо превышали таковые во второй – 47,5 (45–50) Вт и 32 (26–36) Вт соответственно ($p < 0,001$). Общее время аппликаций составило 23,5 (17–35) и 45 (40–60) мин соответственно ($p < 0,001$). При наблюдении за больными в первой группе выявлено 2 (5 %) рецидива аритмии, во второй выявлено 3 (23 %) рецидива ($p_F = 0,08$). Всем больным с рецидивом трепетания выполнена повторная РЧА кавотрикуспидального перешейка, в ходе которой быстро достигнуты локальные критерии полного истмус-блока.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Относительно низкие средние значения мощности во время РЧ-аппликаций, а также отсутствие локальных критериев блокады проведения в перешейке при длительности воздействий более 35 мин,