

ВЫВОДЫ

Предложенный метод лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое является эффективной, безопасной и малозатратной альтернативой остальным используемым методам.

А.В. Чердаков, Р.В. Матюшкин, В.А. Огольцова, Е.Н. Касторных

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница» (Тула)

Обширные дефекты мягких тканей волосистой части головы являются актуальной проблемой современной реконструктивно-восстановительной хирургии. Сложность оперативного лечения данной категории заболеваний является неоспоримой. Целью нашего исследования послужил анализ хирургического лечения группы больных с указанной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ожоговом отделении Тульской областной клинической больницы за период 2006 — 2011 гг. находились на лечении 32 пациента с обширными деформациями мягких тканей волосистой части головы. Из них мужчин было 25 (78 %), женщин 7 (22 %), возраст колебался в пределах 32 — 64 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При лечении данной группы больных использовался метод баллонной дермотензии. На 1 этапе производилась имплантация 1 или 2 латексных экспандеров в смежные с зоной дефекта участки, в зависимости от размера дефекта. С 3 — 4 суток начинали дермотензию — дробно вводили стерильный изотонический раствор в экспандер. На 2 этапе производили иссечение краев раны, удаление экспандеров и выполняли пластику экстензионным лоскутом. При необходимости указанное лечение комбинировали с аутопластикой свободным расщепленным лоскутом. Во всех наблюдениях отмечено отсутствие гнойно-воспалительных осложнений, заживление ран первичным натяжением, хороший косметический эффект и отсутствие деструкции костной ткани. Сроки лечения колебались от 24 до 36 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведя анализ хирургического лечения больных с обширными дефектами мягких тканей волосистой части головы, можно утверждать, что метод баллонной дермотензии является решением проблемы реконструктивно-восстановительной хирургии. Его применение позволяет получить удовлетворительный косметический эффект, сократить сроки нетрудоспособности больных и снизить затраты на лечение.

Ю.В. Чикинев, К.Н. Покатилов, Е.А. Дробязгин, А.В. Коробейников

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КРОВОХАРКАНЬЕМ И ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

**ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ
(Новосибирск)**

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Легочное кровохарканье и кровотечение — частые симптомы легочной и вне легочной патологии. При начавшихся кровохарканьях и кровотечениях невозможно прогнозировать сроки их продолжения, а после прекращения нет уверенности, что они не возобновятся. Лечение таких больных является неотложным и сложным.

В клинике кафедры госпитальной хирургии НГМУ за период с 2009 по 2011 г. пролечено 73 больных легочными кровохарканьями и кровотечениями. Из них мужчин 47, женщин — 26 в возрасте от 18 до 82 лет. Все больные были госпитализированы в стационар. Всем больным при госпитализации выполнялась обзорная рентгенография органов грудной клетки. По данным рентгенографии у большинства (48) пациентов патологии не выявлено. У оставшейся части (25 человек) выявлены изменения, такие как: легочная диссеминация — у 2-х больных, очаговые тени — 17 больных, затемнения легочной ткани — у 6 пациентов.

В нашем отделении мы используем классификацию Е.Г. Григорьева.

Пациентов с I степенью (кровохарканье) — 71. Ia — 42 пациента; Ib — 18 человек; Ic — 11 больных. Пациентов со II степенью (массивное кровотечение) — 2: IIa — 1 больной. IIb — 1 больной. Больных с III степенью (профузное кровотечение) не было.

У 51 больного на фоне проводимой консервативной (гемостатическая терапия, управляемая гипотония) терапии кровохарканье купировано. У 22 пациентов кровохарканье в течение первых суток уменьшилось, но не прекратилось, что потребовало эмболизации бронхиальных артерий (справа — у 8 больных, слева — 3, с обеих сторон — у 11 больных). Эмболизация бронхиальных артерий в нашей клинике выполнялась эмболами ПВА 700 или 1000 микрон. Осложненное течение послеоперационного периода отмечено у одного больного (рецидив кровохарканья), что потребовало повторной эмболизации. Двум больным с массивным легочным кровотечением потребовалось экстренное оперативное лечение. В одном случае больному выполнена верхняя лобэктомия. В другом — больному выполнена обтурация правого главного бронха. У обоих больных отмечено клиническое улучшение, больной после лобэктомии выписан на шестые сутки. Больному после обтурации правого легкого обтуратор удален на третьи сутки, выписан из стационара на седьмые.

ВЫВОДЫ

Эмболизация бронхиальных артерий является оптимальным методом лечения больных с кровохарканьем легочной этиологии, а также для профилактики у больных с деструктивными заболеваниями легких. Для большинства пациентов с I степенью кровохарканья это эффективная органосохраняющая альтернатива бронхоблокации.

Д.Н. Чирков, Н.С. Рудая, Е.И. Маевский

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ ЖЕЛУДКА — ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ

*НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Томск)*

Несмотря на значительные успехи фармацевтической промышленности, разработку и внедрение в клиническую практику новых поколений противоязвенных препаратов проблема лечения хронических эрозий далека от разрешения. Вместе с тем, ряд авторов рассматривают рецидивирующий эрозивный хронический гастрит как один из вариантов язвенной болезни.

Целью данной работы явилась разработка и обоснование внедрения в клиническую практику новых методов лечения хронических эрозий желудка с применением эндоскопической техники.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 338 пациентов с хроническими эрозиями выходного отдела желудка. Для эндоскопической резекции слизистой применялась аспирационная методика с использованием дистальных пластиковых колпачков MH и MAY и эндохирургических петель SD-7P и SD-16L.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При разработке показаний к оперативному лечению хронических эрозий — эндоскопической резекции слизистой, учитывали следующие факторы: продолжительность заболевания и эффективность консервативной терапии, локализацию эрозии и степень нарушения эвакуации желудочного содержимого, психологическую готовность больного к операции.

При анализе указанных критериев было отмечено, что при неэффективности комплексного консервативного лечения в течение 2—3 лет, с короткими периодами ремиссии и выраженным болевым синдромом, снижается трудоспособность, повышается риск развития осложнений (кровоотечение и даже малигнизация), что является показанием к проведению оперативного лечения.

Таким образом, относительными показаниями к эндоскопической операции при хронической эрозии желудка явились:

- длительно (6 мес. и более) незаживающие хронические эрозии при условии полноценного медикаментозного лечения;
- рецидивирующее течение эрозивного гастрита не менее 5 лет с ежегодными (1—2 раза) обострениями при условии правильного медикаментозного лечения;
- эрозивный гастрит с ежегодными обострениями, когда пациент настаивает на операции в силу невозможности проведения полноценного консервативного лечения либо на фоне выраженного болевого синдрома при обострении, значительно снижающими трудоспособность.