

проводится с большими трудностями, так как стриктура образована очень рыхлыми, инфильтрированными тканями пищевода, а рентгеновское и РКТ обследования не могут исключить развитие ракового процесса в области стриктуры, хотя гистологические и цитологические исследования опухолевого роста не выявляют. Перейти от эндоскопического бужирования к самобуживанию не удается, так как стриктура грубая, не эластичная и провести эластичный буж-зонд за нее не удается. Результаты, достигнутые при бужировании под контролем ФГС, нивелируются за два – три дня быстрым образованием рестеноза. В этих случаях, на наш взгляд, единственно правильным решением является экстирпация пищевода с последующей пластикой его желудочной трубкой трансхиатально, учитывая то, что эти пациенты очень быстро истощаются.

Выводы. Таким образом, эндоскопический метод диагностики с метиленовой синью может быть применен в качестве скринингового метода диагностики ГЭРБ и ее осложнений. Лечение эзофагита должно проводиться различно, в зависимости от причин, вызвавших его с использованием алгоритма лечения.

Хеликобактерная инфекция усугубляет течение эзофагита и эррадикация *helicobacter pylori* должна стать неотъемлемой частью лечения этого заболевания.

Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера, обусловленную другими заболеваниями, не корригируемую лекарственными препаратами, необходимо лечить оперативным путем.

Эффективное лечение стеноза пищевода, возникшего на фоне эзофагита, достигается применением способа самобуживания с озонированным маслом. Это лечение необходимо применять до хирургической коррекции причин, вызвавших эзофагит, что позволяет снизить среднее пребывание больного на больничной койке с 24,6 до 16,3 дней и улучшить количество хороших результатов более чем на 18%.

Эзофагит при ахалазии и кардиоспазме не является пептическим эзофагитом, за исключением случаев неадекватного лечения, приведшего к недостаточности кардии и должен лечиться коррекцией основного заболевания.

Литература

1. Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода / А.Ф.Черноусов, П.М.Богопольский, Ф.С.Курбанов. – М.: Медицина, 2000. – 349 с.
2. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь / С.И.Пиманов. – М.: Медицинская книга, 2000. – 376 с.

DIAGNOSTICS AND MEDICAL APPROACH AT TREATING REFLUX ESOPHAGITIS

YU.A. PARIHENKO, V.V.BULININ

Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko,
Chair of Hospital Surgery

The article presents the results of medical rehabilitation at 50 patients with gullet cicatricial stenosis against the background gastroesophageal reflux. The algorithm of diagnostics and treatment is given and new original techniques of diagnostics and treatment making it possible to decrease the duration of treating patients with this kind of pathology are described.

Key words: reflux esophagitis, cicatricial stenosis, medical rehabilitation.

УДК 616 -092: 615.849.19

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

В.Г. САМОДАЙ, Ю.В.ГЕНЮК*

Разработанная комбинированная технология профилактики осложнений при ортопедических операциях по протезированию крупных суставов превосходила эффективность традиционных методов. Профилактическая лазерная терапия в сочетании с низкомолекулярным гепарином обладает патогенетическим методом профилактики послеоперационных осложнений, что подтверждалось полученными клиническими результатами.

Ключевые слова: профилактическое лечение, лазерная терапия,

Пациенты, страдающие деформирующими артрозами крупных суставов, и требующие эндопротезирования тазобедренного и коленного сустава относятся к группе высокой степени риска возникновения послеоперационных *венозных тромботических осложнений* (ВТЭО) [1,4]. Предупреждение данных осложнений является важной задачей в ортопедии и травматологии. Количество оперативных вмешательств по поводу данной патологии постоянно увеличивается, а тенденции к снижению числа осложнений не наблюдается. Это делает проблему весьма актуальной.

Цель исследования – улучшение результатов профилактики тромбозомболических осложнений при операциях по эндопротезированию крупных суставов путем разработки и применения технологии комбинированной профилактики.

Цель достигалась комбинированным применением низкомолекулярного гепарина и профилактической низкоинтенсивной инфракрасной лазерной терапии.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 25 больных. Пациенты были разделены на две группы высокого риска ВТЭО, сравнимые по возрасту, полу и характеру основного и сопутствующих заболеваний. В контрольной группе наблюдали 13 пациентов, которые были оперированы по поводу коксартроза (6 больных) и гонартроза (7 пациентов) - протезирование сустава. В основной группе под наблюдением находилось 12 больных: 7 пациентов по поводу коксартроза и 5 больных по поводу гонартроза. В контрольной группе профилактику ВТЭО проводили препаратом фракмиин, который вводился под кожу живота за 12 часов до оперативного вмешательства. В основной группе кроме введения *низкомолекулярного гепарина* (НМГ) проводили курс *лазерной терапии* (ЛТ) аппаратом «Опто-дан». Как известно, в регуляции кровообращения большую роль играют рефлексогенные зоны, расположенные в различных участках кровеносной системы. Такие зоны располагаются в дуге аорты (аортальная зона), в области деления общей сонной артерии (каротидная зона) и в некоторых других зонах. Выраженный профилактический и лечебный эффекты ЛТ был обнаружен при воздействии на зону каротидного синуса [2]. Этот феномен объясняется следующими механизмами: облучение крови в зоне каротидного синуса, где находится бифуркация общей сонной артерии на наружную и внутреннюю, происходит в больших количествах, чем в локтевой вене (до 20 л за 4 мин при нормальном кровообращении); кровь притекает ко всем органам и тканям; воздействие лазерного света на рецепторы зоны каротидного синуса, обладающего выраженным нейротропным действием; воздействие на каротидную железу, оказывающую мощное нейроэндокринное влияние на регуляторные системы организма; влияние лазерного света на иммунную систему в виде иммуномодулятора и иммунокорректора нарушенных иммунных механизмов защиты [3]. ЛТ состояла из 3 ежедневных сеансов с воздействием на каротидные синусы, дугу аорты и проекции раны. Перед проведением курса лазерной терапии всем больным определяли индивидуальную переносимость низкоинтенсивного лазерного излучения методом прикладной кинезиологии. Всем больным в динамике исследовали *электрокоагулограмму* (ЭлКГ) на аппарате Н-334. ЭлКГ отличается от пробирочных методов тем, что позволяет определить время ретракции и фибринолиза (ТЗ). По данным ЭлКГ до операции у большинства пациентов была выраженная гиперкоагуляционная направленность системы гемостаза, в частности отсутствовало время начала ретракции и фибринолиза. После проведенного курса ЛТ и введения НМГ была отмечена активация фибринолиза, что свидетельствовало о гемокорригирующем действии комбинированной профилактики осложнений.

Таблица 1

Частота и характер осложнений в группах

Осложнения	Характер осложнений	Группа НМГ + ПЛТ (n=39)	Группа с НМГ ((n=28)	Всего
Венозные тромбозы	Тромбоз глубоких вен	1	2	3
	Кровотечение из сустава	–	2	2
Раневые	Серома	2	2	4
	Расхождение	1	1	2
Прочие	Послеоперационная пневмония	–	2	2
	Итого	4	9	13

Примечание: НМГ – низкомолекулярный гепарин; ПЛТ – профилактическая лазерная терапия.

* НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД» на ст. Воронеж 1. Пер. Здоровья д. 2. Тел. 65-69-76. E-mail: mironenko@list.ru; Кафедра травматологии и ортопедии ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Результаты и их обсуждение. Применение комбинированной профилактики осложнений в основной группе позволило снизить количество венозных тромбозомболических осложнений (одна тромбоз глубоких вен голени в основной группе, два тромбоза глубоких вен и два кровотечения из сустава в контрольной группе) – табл. 1.

Литература

1. Флебология: Руководство для врачей / А.И. Кириенко и др.; под ред. В.С. Савельева. – М., МЕД., 2001. – 664 с.
2. Вахтин В.И. Состояние системы гемостаза при лазерной терапии воспалительно-деструктивных заболеваний лица и шеи: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / В.И. Вахтин; ЦНИИС. – М., 1995. – 35 с.
3. Жижина Н.А., А.А. Прохончуков., Вахтин В.И. и др. Лечение воспалительных гнойно-деструктивных процессов рта, челюстно-лицевой области и шеи лазерным и магнито – лазерным воздействием на каротидный синус с помощью лазерного аппарата «Оптодан» // Стоматология. – 2003. – Т. 82, № 3. – С. 32-37.
4. Eriksson B., Borris I., Friedman R. et al. Rivaroxaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after arthroplasty // N. Engl. J. Med. – 2008. – Vol. 358. – P. 2765-2775.

PATOGENETICHENETIC BASES OF PREVENTIVE LASER THERAPY

V.G. SAMODAY., YU.V. GENYUK

Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko,
Chair of Traumatology and Orthopaedy
Railway Clinical Hospital at Railway station "Vostok-1"

Designed multifunctional technology of the preventive maintenance of the complications at orthopedic operation on large joint prosthetics exceeds the efficiency of traditional methods. The preventive laser therapy in combination with low molecular weight heparin possesses a pathogenetic method of preventive maintenance of postoperative complications that was confirmed by the obtained clinical results.

Key words: preventive maintenance, laser therapy.

УДК 617.54 – 089

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ГРУДИ И ПИЩЕВОДА

В.В. СМОЛЯНОВ, В.В. БУЛЫНИН*

Попадание инородных тел в грудную клетку чаще всего связано с проникающими ранениями, внутригрудными операциями, инструментальными обследованиями. Еще одним путем попадания инородных тел в грудную клетку, является проникновение через пищевод. В работе приведен анализ лечения 200 пациентов с инородными телами грудной клетки и 151 пациента с инородными телами пищевода. Предложена методика диагностики перфораций пищевода у больных с инородными телами пищевода с применением в Р-диагностике смеси контрастного водорастворимого вещества с антисептиками. Разработан и обоснован алгоритм лечения больных с инородными телами грудной клетки и пищевода.

Ключевые слова: инородные тела, болезни, грудная клетка, пищевод.

Попадание *инородных тел* (ИТ) в грудную клетку чаще всего связано с проникающими ранениями или повреждениями пищевода, что является сложной проблемой хирургии [1,2]. Попадание инородных тел в грудную полость возможно при внутригрудных операциях, инструментальном и эндоскопическом обследовании, а также других лечебных манипуляциях и хирургических вмешательствах: пункции и дренировании плевральной полости, катетеризации подключичной вены, остеосинтезе костей грудной клетки [3]. До 70% инородных тел при их удалении оказывается бактериально – загрязненными и пребывание ИТ в легких, как правило, ведет к развитию осложнений с образованием необратимых изменений в легочной паренхиме [2]. Социально-психологические перемены последних лет обусловили непрекращающийся рост пострадавших с ранениями груди, как в городах, так и в сельских населенных пунктах. Это связано с ростом социальной напряженности, нестабильной криминальной обстановкой, большим количеством суицидных попыток [4].

Повреждения пищевода ИТ в большинстве случаев (96,5%) наблюдается у здоровых людей среднего возраста [5]. Клинике и диагностике ИТ пищевода посвящено большое количество работ, тем не менее, встречаются диагностические ошибки, которые нередко приводят к развитию тяжелых осложнений. Фиксация ИТ в пищеводе по данным отечественных и зарубежных авторов является одним из ведущих факторов возникновения перфораций пищевода, с летальностью достигающей 55% [7,9,10,11].

Основным методом обследования пациентов с перфорацией пищевода является рентгеноскопия, рентгенография с использованием контрастных веществ. Классическим препаратом для контрастирования желудочно-кишечного тракта до настоящего времени являлась суспензия сульфата бария. Однако при изучении доступной нам литературы мы встретили данные об отрицательных последствиях применения бариевой массы. Препарат, оседая на стенках пищевода, делает выполнение последующей фиброэндоскопии крайне затруднительным [6,8]. При применении сульфата бария возникают затеки, имbibция им клетчатки средостения и плевральных полостей, развитие «бариевого плеврита», поддержание очага инфекции, санация которого является сложной проблемой. Авторы рекомендуют применять только водорастворимые йодсодержащие контрастные вещества, которые имеют высокую текучесть и способность к элиминации, упоминая о наличии раздражающего действия на биологические ткани [7].

Анализ имеющихся литературных источников показал большую практическую значимость поиска рациональных методов диагностики и эффективных, по возможности малоинвазивных методов хирургического лечения больных с инородными телами грудной клетки.

Цель исследования – повышение качества лечения больных с ИТ груди.

Материалы и методы исследования. За период с 1999 по 2010 гг. в отделении торакальной хирургии ВОКБ №1 и ОТБ №1 УФСИН г. Воронежа наблюдалось 200 пациентов с ИТ грудной клетки. При анализе зависимости частоты попадания ИТ от возраста пациентов выявлено: в возрастной категории 15-30 лет – 112 (60,5%), 31-45 лет – 42 (22,7%), 46-50 лет – 11 (5,9%), старше 51 – 2 (1,1%). Наибольшее количество наблюдений у лиц от 15 до 45 лет [2,3]. При анализе временных интервалов от момента ранения до госпитализации получены следующие данные. По экстренным показаниям из 200 пациентов госпитализировано 77 (38,5%), в плановом порядке 123 (61,5%). В группе больных госпитализированных по экстренным показаниям травматический анамнез составлял не более 3 суток. В группе больных планово госпитализированных травматический анамнез составил до 7 суток – 43, до 14 суток – 25, до 1 месяца – 4, до 3 месяцев – 12, до ½ года – 10, 1 год и более – 9. Таким образом, основное количество пациентов имело травматический анамнез до 1 месяца – 159 (79,5%).

Внутригрудные осложнения диагностированы у 72 (36%) больных из 200 поступивших. Пневмоторакс – 33 (16,5%), Эмпиема – 15 (7,5%), Гемоторакс – 9 (4,5%), Гемопневмоторакс – 6 (3%), Пневмония – 4 (2%), Гемоперикард – 3 (1,5%), Абсцесс легкого – 2 (1%). Количество пациентов с серьезными осложнениями, потребовавших немедленного хирургического лечения составило 51 (25,5%). При рентгенологическом обследовании ИТ обнаружены в проекции нижней доли легкого у 76 (38%) больных, в проекции средней доли легкого у 61 (30,5%) больных, в проекции диафрагмы у 27 (13,5%) больных, в плевральной полости у 24 (12%) больных, в проекции средостения у 12 (6%) больных. У большинства больных при рентгенологическом обследовании ИТ обнаружены внутри легкого в нижних и средних долях.

Из 200 больных было оперировано 185 (92,5%). По срочной помощи проведено хирургическое лечение 51 (27,6%) больным. Пациентам с небольшими неосложненными, периферически расположенными инородными телами оперативное лечение не проводили 15 (7,5%).

ВТС, удаление ИТ – 31 (16,7%), из них конверсия с переходом на торакотомию выполнена в 11 (35,5%) случаях.

Миниторакотомия, удаление ИТ – 41 (21,2%), из них конверсия с переходом на торакотомию выполнена в 8 (19,5%) случаях. При миниторакотомии использовались следующие доступы в 4 межреберье у 16 пациентов, в 5 межреберье у 17 больных, 7 межреберье у 8 больных соответственно.

Торакотомия, удаление ИТ выполнены 113 (61,1%) пациен-

* Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Кафедра госпитальной хирургии; ВОКБ №1 г. Воронеж. ОТБ №1 УФСИН г. Воронеж.