

Ю.В. Якименко, А.В. Квасов, Н.А. Шефер, Е.Б. Топольницкий

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ БРОНХОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ*ОГБУЗ Томская областная клиническая больница (Томск)*

Результаты лечения больных гнойно-деструктивными заболеваниями легких, осложненных пиопневмотораксом, остаются неудовлетворительными, сопровождаются высокой летальностью и инвалидностью. Основопологающим способом местного лечения эмпием плевры остается закрытое дренирование плевральной полости. Однако эффективность его снижается при наличии бронхоплеврального свища, что приводит к формированию остаточной полости из-за замедленного расправления легкого. Временная окклюзия бронхов специальным obturatorом позволяет разобщить бронхоплевральный свищ, что создает условия для эффективного санирования эмпиемы плевры и ускорения выздоровления (Иванов С.В. и соавт., 2000; Бисенков Л.Н., 2004).

Проанализирован собственный опыт комплексного лечения больных бактериальными деструкциями легких с пиопневмотораксом, в лечебный алгоритм которых включена эндоскопическая временная окклюзия бронхов, дана оценка эффективности, определены показания и сроки его применения. К настоящему времени в ОКБ г. Томска выполнено 56 эндоскопических временных окклюзий бронхов при данной патологии. Первоначально дренировали плевральную полость и определяли свищесущий сегментарный или долевого бронх, затем осуществляли окклюзию бронха. Для этого под общей анестезией в условиях искусственной вентиляции легких при помощи жесткого бронхоскопа устанавливали поролоновый obturator, в размерах в 2–3 раза превышающий диаметр бронха, подлежащего окклюзии. При успешной окклюзии поступление воздуха по дренажу прекращалось сразу или в первые сутки.

Временная окклюзия бронха у 74 % больных позволила либо полностью ликвидировать пиопневмоторакс, либо значительно уменьшить объем остаточной полости. Последующее лечение остаточных полостей малых размеров проводилось щадящими «малыми» торакальными вмешательствами, с помощью которых удавалось добиться полного выздоровления данной категории больных. Летальных исходов не было. Окклюзия бронхиального дерева способствовала ликвидации остаточной полости и рассматривалась нами как промежуточный этап лечения. Она эффективна только при локализации бронхоплеврального свища в одной доле и сохранении воздушности соседних отделов легкого. По нашим данным, показаниями для временной окклюзии бронха являлись санированная остаточная полость, односторонность поражения легких, регресс деструктивных изменений в легочной ткани. Оптимальный срок окклюзии составляет 2–3 недели. Реаэрация ателектазированного участка легкого наступает на 2–4 сутки после удаления окклюдера.

Таким образом, временная окклюзия бронха у больных острым пиопневмотораксом при ограниченном гнойно-деструктивном процессе в легком повышает эффективность и качество их лечения, снижает летальность при данной патологии.

А.В. Якимчук, Н.П. Степанов, Л.А. Ефтеев**СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ***ГБУ РС(Я) Центральная районная больница (Нерюнгри)*

Цель исследования: расширение возможности использования сосудистых порто-кавальных анастомозов в лечении кровотечений из ВРВП в условиях ЦРБ.

Приводим клинический случай успешного лечения рецидивного кровотечения из ВРВП: Пациентка З. поступила в хирургическое отделение с диагнозом: первичный билиарный цирроз печени, Класс А по Чайлд-Пью. Синдром портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода IV ст. Рецидивное кровотечение из ВРВП. Анемия смешанного генеза легкой степени.

Пациентка поступила с жалобами на периодические боли в эпигастрии, приступы обильной рвоты кровью — за год 7 эпизодов, слабость, сонливость, быстрая утомляемость.

Выполнено обследование в объеме: УЗИ ОБП, СКТ ОБП, ФЭГДС. Осмотр невропатолога (признаки энцефалопатии 0–I ст.)

С целью предотвращения рецидива кровотечения проведено эндоскопическое лигирование ВРВП (силиконовыми кольцами фирмы «Cook»).

По стабилизации состояния проведена операция в объеме наложения дистального сплено-рениального анастомоза по Уоррену.

Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление послеоперационного рубца первичным натяжением.

По данным ФЭГДС: регресс степени ВРВП. СКТ на 14 сутки — сосудистый анастомоз функционирует. Гистологическое исследование биоптата печени — билиарный цирроз печени.

Пациентка выписана из отделения в удовлетворительном состоянии. Больной рекомендовано решение вопроса по выдаче квоты на трансплантацию печени.

Выводы: проведенный объем лечебно-диагностических мероприятий в условиях ЛПУ типа ЦРБ на наш взгляд доступный, тактически оправданный при циррозах печени класса А по Чайлд-Пью при отсутствии выраженной энцефалопатии, а также метод выбора при внепеченочной портальной гипертензии.

А.А. Яшнов, Ю.С. Ханина

О РОЛИ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Чита)

Инфицирование *Helicobacter pylori* (НР) обычно происходит в детстве и при отсутствии лечения персистирует в организме неопределенно долго. Впервые о НР заговорили немецкие ученые, которые в 1875 г. обнаружили спиралевидную бактерию в слизистой оболочке желудка человека. В последние годы ведутся многочисленные исследования по поиску дополнительных органов мишеней к НР.

Целью исследования явилось возможность оценить роль НР при желчнокаменной болезни.

Задачи исследования: 1. Определить наличие *Helicobacter pylori* в слизистой и серозной оболочках желчного пузыря при желчнокаменной болезни. 2. Интраоперационно исследовать брюшину, поверхность печени на наличие НР. 3. Установить сроки сохранения реакции на уреазу в интраоперационном материале у *Helicobacter pylori*-положительных пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническую группу составили 57 пациентов ($n = 57$) в возрасте от 40 до 57 лет, страдающие желчнокаменной болезнью. Всем пациентам проведена плановая лапароскопическая холецистэктомия. Исследование на наличие НР проводилось гистологическим, цитологическим методами, методом культивирования на специальных питательных средах, а также уреазным тестом с помощью тест-системы ХЕЛПИЛ (г. Санкт-Петербург). При исследовании слизистой желудка гистологическим методом НР выявлена у 33 пациентов (58 %), а у 24 (42 %) не обнаружена.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При исследовании слизистой желудка цитологическим методом «+» реакция на НР установлена у 9 пациентов (16 %), «–» — у 48 (84 %). Выделить чистую культуру нам не удалось в виду трудности доставки материала. При исследовании интраоперационного материала (слизистой желчного пузыря) тестом ХЕЛПИЛ установлено, что у 33 пациентов (58 %) наблюдается «+» реакция на НР, у 14 (25 %) — слабоположительная, у 10 (17 %) — «–». Необходимо отметить, что все «–» реакции на НР при исследовании желчного пузыря были связаны с наличием холестероза слизистой желчного пузыря. Дополнительно нами было проведено исследование серозной оболочки желчного пузыря. Установлено, что резко «+» реакция на наличие НР наблюдается у 57 пациентов (100 %). При исследовании брюшины на наличие НР установлено, что у 40 пациентов (70 %) наблюдалась «+» реакция, у 17 пациентов (30 %) — слабоположительная. У 2 (4 %) пациентов имелся серозный выпот. В результате исследования выпота установлена резко положительная реакция в обоих случаях (100 %). При исследовании мазков с нижней поверхности печени в области левой доли отмечено, что у 40 пациентов (70 %) наблюдалась «+» реакция, у 17 пациентов (30 %) — слабоположительная. Исследование интраоперационного материала на время сохранения реакции на уреазу проводилось при двух условиях: при комнатной температуре (24 °C) и при $t = 5$ °C. Реакцию на уреазу проверяли через каждые 2 часа. Установлено, что на слизистой желчного пузыря реакция на уреазу сохраняется при $t = 24$ °C до 9 часов, а при $t = 5$ °C до 5 часов. Реакция на уреазу на серозной оболочке сохраняется $t = 5$ °C до 3 суток, при $t = 24$ °C до 2-х суток.

ВЫВОДЫ

1. При развитии желчнокаменной болезни имеет место обсеменение желчного пузыря НР.
2. У больных с холелитиазом имеет место наличие на брюшине, нижней поверхности печени НР. При наличии выпота в брюшной полости отмечается резко положительная реакция на уреазу.
3. Сохранение положительной реакции на уреазу на слизистой оболочке желчного пузыря составляет до 9 ч, на серозной оболочке — до 3-х суток.