

что положительная динамика при указанных заболеваниях наблюдалась на 1–2 дня раньше при комбинированном использовании двух методов.

Таким образом, комбинированное воздействие МРТ и поляризованного света при патологии нервной системы и опорно-двигательного аппарата является эффективным и безопасным, при котором выраженный клинический эффект достигается за более короткие сроки, чем при общепринятом лечении.

Литература

1. Пирогова Л.А. Физическая реабилитация больных с двигательными нарушениями / Л.А. Пирогова, Г.Н. Хованская, А.Р. Севко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст.- Минск, 2008.- Вып. 10.- С.182-184.

2. Пирогова Л.А. Миллиметровая резонансная терапия в лечении и реабилитации больных неврологического профиля / Л.А. Пирогова, Т.А. Новицкая // Современные методы физиотерапии: материалы Республиканской науч.-практ. конф.- Минск, 2008. - С.265-269.

УДК 616.33.44-0066-089-02; 615.849.19

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Рычагов Г.П., Голуб А.М., Русинович В.М., Муковозова И.Л.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Одной из наиболее сложных проблем современной хирургии является лечение рубцовых стриктур (РС) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Наиболее частыми причинами их развития являются химические ожоги пищевода и желудка вследствие приема агрессивных жидкостей и послеоперационные РС соустьев, сформированных по ходу ЖКТ. Среди методов лечения РС наибольшее распространение получили бужирование, гидродилатация и оперативное лечение, которые тяжело переносятся ослабленными больными и сопровождаются высоким уровнем осложнений и летальности (1, 2, 3).

Принципиально новые возможности лечения этой категории больных предоставляет комбинированный эндолазерный метод, который позволяет с помощью эндоскопа визуализировать зону стриктуры, а высокоэнергетичного лазера – реканализировать ее. Для решения этой задачи наиболее популярными являются Nd-YAG и полупроводниковые лазеры, генерирующие лазерное излучение достаточ-

ной мощности и короткой волны, которое можно доставить к патологическому очагу с помощью кварцевого световода.

Цель работы. Оценить результаты лазерной вапоризации (ЛВ) доброкачественных РС ЖКТ.

Материал и методы. Лазерная вапоризация доброкачественных рубцовых стриктур выполнена у 56 больных. У 54 больных имела место РС соустья после гастрэктомии и проксимальной резекции желудка. У 53 из них была стриктура, протяженностью не более 5 см, а у 1 – более 15 см, видимо, вследствие ишемии тощей кишки, анастомозированной с пищеводом. У 1-го больного была протяженная РС пищевода в результате химического ожога аккумуляторным электролитом, и у последнего больного стриктура развилась на месте степлерного ректо-сигмоанастомоза, выполненного с целью ликвидации ранее сформированной сигмостомы. Использовали Nd-YAG лазер «Радуга» (Россия), Medilas fiberton фирмы Dornier (Германия), МУЛ и Фотэк (Беларусь) под местным обезболиванием. Через биопсионный канал фиброскопа проводили кварцевый световод и устанавливали в 3–4 мм от РС. ЛВ выполнялась в импульсном или непрерывном режиме. При непротяженных стриктурах суммарное время составляло от 10 до 67 сек. Мощность колебалась от 600 до 6500 Дж/сек. Курс лечения составлял от 3 до 5 сеансов. При протяженной РС использовался непрерывный режим ЛВ, сеансы которой повторялись через 1 или 2 дня. У больных протяженной послеоперационной РС пищеводно-тощекишечного анастомоза и тощей кишки и стриктуры пищевода после химического ожога потребовалось 3 курса по 7–10 сеансов ЛВ с интервалом 1 месяц. В первом случае с целью уменьшения интенсивности рубцового процесса мы использовали стент «Полифлекс» немецкой фирмы «Rusch» для пищевода с системой установки. Пищеводный стент сделан из гибкого полиэстера с силиконовым покрытием для лечения пищеводных стенозов и пищеводно-трахеальных свищей. У больного со степлерным ректо-сигмоанастомозом также выполнено 3 курса по 5–7 сеансов вапоризации рубцовой стриктуры.

Результаты. Всего у 56 больных с доброкачественной РС выполнено 310 сеансов ЛВ. У всех больных после курса ЛВ достигнут положительный результат. У них исчезла дисфагия, улучшился аппетит, прекратилась потеря массы тела, а у больного с сигмо-ректоанастомозом исчезли явления кишечной непроходимости, нормализовался стул. С учетом клинических данных ЛВ считали положительной, когда во время эндоскопии соустье в завершающем этапе лечения пропускало эндоскоп диаметром 1 см. Результат лечения дополнительно оценивался с помощью рентгеноконтрастного исследования ЖКТ. После ЛВ отмечались уменьшение степени престенози-

ческой экзакции, нормализация эвакуации взвеси серно-кислого бария, исчезновение супрастенотического уровня жидкости. В отдаленном послеоперационном периоде (1–5 лет) рецидив стриктуры наступил у 9 (16%), потребовавший повторной вапоризации, которая у всех была успешной.

Заключение. Лазерная вапоризация рубцовых стриктур желудочно-кишечного тракта является высокоэффективным малоинвазивным методом лечения данной патологии, позволяет достичь хороших ближайших и отдаленных результатов послеоперационной реабилитации больных. Ранние послеоперационные осложнения отмечены в 2%, послеоперационная летальность после ЛВ стриктуры была равна 0. Рецидив РС в отдаленном послеоперационном периоде (1–5 лет) наблюдался в 16% случаев. Повторная ЛВ в связи с рецидивом оказалась результативной и не сопровождалась опасными для жизни больного осложнениями.

Литература

1. Таточенко К.В., Софронов В.В., Абугов С.А., Юрцев В.С. Баллонная дилатация при стенозе эзофагоэюноанастомоза после гастрэктомии // Вестник хирургии им. Грекова – 1998 – Т. 141. № 8 – С.120-123.

2. Царев М.И. Сравнительная характеристика различных методов бужирования рубцовых сужений пищевода после химического ожога: автореферат диссертации канд. мед. наук: 14.00.27, Рос. Акад. Постдипломный обр. – М., 1994. – 24 с.

3. Whitworth P.W., Richardson RL, Larson G.M. Balloon dilatation of anastomotic strictures // Arch Surg. – 1988. – V. 123. – P. 759-762.

УДК 616.381-002:[615.831:577.344.3]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Русин В.И., Смотрин С.М., Ануфрик С.С.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь*

Всё чаще для лечения некоторых заболеваний, в том числе хирургического профиля, используется фотодинамическая терапия, являющаяся одним из интенсивно развивающихся направлений лазерной медицины [1, 2, 3]. Слова А.Н. Бакулева «перитонит всё ещё остаётся одной из нестареющих проблем хирургии» не утратили своей актуальности и по сей день. Острый перитонит – одно из наиболее