

Лечебный эффект определяли по исчезновению болевого синдрома, очищению раны, появлению грануляций и эпителизации. Появление свежих грануляций в исследуемой группе отмечено на $5,8 \pm 0,5$ сутки. Активная краевая эпителизация верифицирована соответственно в сроки $6,5 \pm 0,42$ суток и $7,8 \pm 0,54$ суток ($p < 0,05$). Срок лечения пациентов составил: поверхностные формы: $9,0 \pm 0,64$, глубокие: $18,9 \pm 1,36$ суток.

Таким образом, гнойные заболевания кисти у пациентов сопровождаются нарушением показателей Т-клеточного звена иммунитета, степень и характер которых зависит от формы и длительности заболевания, а применение интерферона на фоне комплексной терапии способствует устранению иммунодефицита и повышению эффективности проводимого лечения.

Литература:

1. Дубровина В.И. Основы инфекционной иммунологии: лекции / Науч.-исслед. противочумный институт Сибири и Дальнего Востока. – Иркутск, 2005. – 59 с.
2. Казакова Т.В. Рациональная антибиотикотерапия при гнойных заболеваниях пальцев кисти в условиях хирургического стационара / Т.В. Казакова, В.И. Миронов, В.М. Данчи-

нов // Журнал инфекц. патол. – Иркутск. – 2003. – Т.10, № 4. – С.47.

3. Коньчев А.В. Гнойная хирургия кисти / И.А. Ерюхин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпников // Хирургические инфекции. – СПб.: Питер, 2003. – С.457–509.
4. Любский А.А. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти / А.А. Любский. – М.: Янус, 2003. – <http://handsurg-kiev.narod.ru/piosur.html> (14 января 2006).
5. Пинегин Б.В. Современные представления о стимуляции антиинфекционного иммунитета с помощью иммуномодулирующих препаратов / Б.В. Пинегин // Антибиотики и химиотерапия. – 2000. – № 12. – С. 3–8.
6. Пинегин Б.В. Принципы применения иммуномодуляторов в комплексном лечении инфекционных процессов / Б.В. Пинегин. – М.: Янус, 2005. – <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=25170> (14 июня 2006 года).
7. Ступин В.А. Применение иммуномодуляторов в хирургической практике / В.А. Ступин, И. Е. Гридчик, А. Л. Коваленко. – М.: Тактик-Студио, 2005. – С.56.
8. Чадаев А.П. Иммуномодуляторы «Иммуномакс» и «Гепон» в комплексном лечении больных острой хирургической инфекцией / А.П. Чадаев, А.М. Нурписов, А.В. Пичугин, Р.И. Атауллаханов // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т.12, № 24. – С. 1427–1433.

P.E.Krajnjukov, A.V.Sherbatykh, A.A.Mashchenko, K.N.Efremov, B.H.Zhukov MODULATING IMMUNITY THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PURULENT DISEASES OF THE BRUSH

Military hospital, Rocket troops for strategical purposes, Znamensk, Russia

Abstract:

Inspection and treatment of 32 patients with purulent diseases of a brush is lead. Patients received traditional treatment which consist in performance of surgical intervention, general and local medicinal influence in a combination with modulating immunity therapy. Change of parameters of the T-cellular part of immunity is revealed. Purulent diseases of a brush at patients were accompanied by infringement of parameters of the T-cellular part of immunity, the degree and which character depend on the form and duration of disease. Application of interferon on a background of complex therapy promoted elimination of an immunodeficiency and increase of efficiency of spent treatment.

Key words:

Phlegmon of a brush, immunity, cycloferon

© С.Г.Зайцев, А.Ю.Хомченко, Д.А.Усубян и др., 2008

С.Г.Зайцев, А.Ю.Хомченко, Д.А.Усубян, Е.Э.Шаповалов, С.В.Картавенко, Ю.П.Кротов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

ГУЗ Ростовская областная клиническая больница, хирургическое торакальное отделение, Ростов, Россия

Аннотация:

С 1976 года выполнено 82 реконструктивно-пластических и эндоскопических операций на трахее и бронхах при опухолевых образованиях: при доброкачественных (карциноид, цилиндром и др.) – 53 (64,63%), злокачественных – 29 (35,37%).

Основываясь на собственном опыте и опубликованных материалах, считаем важными нижеследующие положения при лечении опухолевых поражений трахеи и бронхов.

Ведущими методами диагностики опухолей данной локализации являются ФТБС с биопсией и СКТ органов грудной клетки и шеи.

Радикальным методом лечения считаем циркулярные и клиновидные резекции трахеи и бронхов с сохранением или удалением легочной ткани. Окончатые резекции должны выполняться строго по показаниям. При злокачественных образованиях последние не выполняем.

Использование эндоскопической электродеструкции позволяет добиться хороших результатов при доброкачественных образованиях на ножке. Стентирование эндотрахеальными стентами используется в качестве паллиативной меры у пациентов с запущенными опухолевыми поражениями.

Ключевые слова:

злокачественная доброкачественная опухоль трахея бронх дерево циркулярная клиновидная резекция эндотрахеальный стент реконструктивная пластическая хирургия эндоскопия эндоскопическая операция анастомоз опухолевое поражение

Contact Information:

Д-р Кротов Юрий Петрович

E-Mail: ypk@mail.ru

С 1976 года коллективом хирургического торакального отделения ГУЗ РОКБ выполнено 225 реконструктивно-пластических и эндоскопических операций на трахее и бронхах, из них при опухолевых образованиях 82 (36,4%)

операций: при доброкачественных (карциноид, цилиндрома и др.) – 53 (64,63%), злокачественных – 29 (35,37%).

Диагноз ставился на основании жалоб больных, данных анамнеза, ФТБС с биопсией, цитологической и гисторологической верификацией, томографии, СКТ трахеи и бронхов.

При выборе метода лечения учитывались следующие факторы: характер и распространённость патологического процесса, данные гистологического исследования, степень изменений лёгочной ткани дистальнее поражения, общее состояние больного, показатели ФВД, данные интраоперационной ревизии.

При новообразованиях трахеи и бронхов применяли хирургическое и эндоскопическое лечение.

Радикальные операции в виде циркулярной, клиновидной или окончатой резекции при злокачественных и доброкачественных образованиях выполнили у 42 (51,22%) пациентов. Нами произведены циркулярная резекция трахеи протяженностью до 5 полуколец в 16 (38,1%) случаях, циркулярная резекция бронха с удалением доли лёгкого в 11 (26,2%) случаях, в 3 (7,2%) случаях выполнены органосохраняющие циркулярные резекции бронхов с наложением межбронхиальных анастомозов. Окончатые резекции предпринимались при основании опухоли, занимающей по площади не более трех полуколец, причем при злокачественных поражениях не применялись вовсе. У двух пациентов (4,7%) доброкачественные опухоли удалены на вскрытой трахее. Клиновидные резекции производились совместно с удалением легочной ткани и наложением межбронхиального анастомоза: удаление средней доли с клиновидной резекцией промежуточного бронха – 2 (4,7%) случая, резекция верхней доли с клиновидной резекцией главного бронха – 3 (7,2%), пульмонэктомия с клиновидной резекцией бифуркации трахеи – 5 (11,9%).

К эндоскопическим методам относят ФТБС или ригидную бронхоскопию с электродеструкцией, выпариванием лазером опухолевой ткани и т.д. При доброкачественных опухолях трахеи и бронхов на ножке широко применяем эндоскопические операции с использованием электрокоагуляции. У одного пациента с метастазами гипернефром, в том числе и в трахею, выполнена электродеструкция через ФТБС с полным восстановлением просвета, однако больной спустя 4 месяца умер в результате обширного метастазирования в другие органы.

К паллиативным операциям в виде стентирования прибегали в единичных случаях. С 2003г. нами наблюдается большая, перенесшая в 1998 г. ряд операций на трахее по поводу злокачественного умереннодифференцированного эндокринноклеточного рака, в результате которых сформировалась хроническая трахеофиссура. После многочисленных курсов лучевой и химиотерапии разви-

ся посттрахеостомический стеноз средней трети трахеи, производились эндоскопические электродеструкции и установлена Т-образная трубка. Стентирование эндотрахеальными стентами нами используется преимущественно при неопухолевых стенозах трахеи, либо в качестве паллиативной меры при далеко зашедших стадиях рака. Примером может служить пациент с распространенной на стенку трахеи низкодифференцированной аденокарциномой верхней доли правого легкого, у которого было произведено открытое стентирование эндотрахеальным стентом Дюмона. При торакотомии было выявлено, что первичный опухолевый узел локализовался в верхней доле, вызывая ателектаз первого и частично второго сегмента, однако не распространялся до трахеи. После выполненного пневмолитиза выяснилось, что средостение полностью занято плотным конгломератом метастатических лимфоузлов, которые и прорастали правую половину хрящевой части трахеи, обтурируя ее просвет на $\frac{3}{4}$ диаметра. По мембранозной части трахея была вскрыта, удалены опухолевые массы и установлен стент Дюмона. Послеоперационный период протекал гладко, пациент выписан в удовлетворительном состоянии без признаков дыхательной недостаточности. Дальнейшую судьбу после выписки проследить не удалось.

По данным статистики, госпитальная летальность составляет 10-12%, что прежде всего связано с угрожающими жизни осложнениями – несостоятельностью анастомоза с развитием ОДН и последующим развитием медиастинита. Хорошие непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с доброкачественными опухолями трахеи составляют соответственно более 95% и до 60%. При злокачественных опухолях трахеи 5-летняя выживаемость достигает 20%, снижаясь до 10-12% в случаях поражения лимфатических узлов.

Основываясь на собственном опыте и опубликованных материалах, считаем важными нижеследующие положения при лечении опухолевых поражений трахеи и бронхов.

Ведущим методом диагностики опухолей трахеи и бронхов являются ФТБС с биопсией и СКТ органов грудной клетки и шеи.

Радикальным методом лечения опухолей трахеи считаем циркулярные и клиновидные резекции трахеи и бронхов с сохранением или удалением легочной ткани. Окончатые резекции должны выполняться строго по показаниям. При злокачественных образованиях последние не выполняем.

Использование эндоскопической электродеструкции позволяет добиться хороших результатов при доброкачественных образованиях на ножке. Стентирование эндотрахеальными стентами используется в качестве паллиативных мер у пациентов с запущенными опухолевыми поражениями.

S.G.Zaicev, A.Yu.Khomchenko, D.A.Usupjan, E.E.Shapovalov, S.V.Kartavenko, Yu.P.Krotov
THE SURGICAL TREATMENT OF TRACHEO-BRONCHIAL TUBE TUMORS

Rostov Regional Clinic Hospital, thoracic surgery department, Rostov, Russia

Abstract:

Science 1976 year 82 reconstructive-plastic and endoscope operations were made for patients with trachea and bronchus tumors: with benign – 53 (64,63%), with malignant – 29 (35,37%).

In our opinion based on own experience and public materials there are few basic statement should be executed when the tracheo-bronchial tumors treated.

The leading diagnostic methods of timorous destruction of tracheo-bronchial tube are fibrotracheobronchoscopy with biopsy and CT of chest and neck.

The radical operations are circular and wedge-shaped resections with saving or removing lung tissue. The oviform resections should be made only by the strict statements. There are no statements for oviform resections in malignant tumors of trachea and bronchus.

The good results in benign tumors on pedicle treatment obtain with the help of endoscopic electro-destruction.

Endotracheal stents are used as palliative measure in uncared-for cases of tumor destructions.

Key words:

benign malignant tumor trachea bronchus tube tree circular wedge-shaped resection endotracheal stent reconstructive plastic surgery endoscopy operation anastomosis tuomour destruction