

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев

К ВОПРОСУ ПАТОГЕНЕЗА ВРОЖДЁННОГО СКОЛИОЗА

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Патогенез врождённого сколиоза остаётся спорным и противоречивым в настоящее время. Механические, неврогенные теории нарушения остеогенеза не объясняют разнообразия клинической картины сколиоза, возрастных колебаний его проявлений, темпа прогрессирования, неудовлетворительных результатов разнообразных видов коррекции (консервативных и оперативных) независимо от возраста детей. Нами наблюдался ребёнок в возрасте 16 лет с врождённым S-образным сколиозом 1 – 2-й степени (впервые выявленный). В мае 2008 г. девочка обратилась к хирургу Муйской ЦРБ с нарушением осанки. При осмотре имелась незначительная асимметрия крыльев подвздошных костей, нарушение осанки, искривление грудного и поясничного отделов позвоночника 1-й степени. На рентгенограмме позвоночника – S-образный сколиоз позвоночника 1 – 2-й степени. С целью выявления нарушений остеогенеза, возможных очагов деструкции и коррекции найденных изменений выполнена нелинейная диагностика на аппарате «Метатрон-17», на котором выявлен очаг деструкции в области межпозвоночного диска справа между D₃ – D₄ позвонками. Подобные очаги в количестве 2 обнаружены в межпозвоночных дисках D₁₁ – D₁₂, D₁₂ – L₁, которые легко подверглись коррекции при метадиэнцефалотерапии. Многократные же воздействия на D₃ – D₄ к успеху не привели, что позволило предположить, что первоначально возникли деструктивные изменения межпозвоночного диска D₃ – D₄ позвонков (при локализации процесса выявлен *Str. Hemolyticus* в очаге деструкции), что в динамике привело к искривлению позвоночника вначале в грудном отделе, затем компенсаторно – в поясничном. В поясничном отделе очагов деструкции и *Str. Hemolyticus* не оказалось на этапе исследования, а имеющиеся изменения в дисках поддавались метакоррекции. Больной начата метазодотерапия с рекомендацией повторных курсов метадиэнцефалотерапии. Таким образом, данное сообщение поможет внести некоторую ясность в патогенезе этого заболевания, а дальнейшие разработки возможностей нелинейной диагностики, метадиэнцефалотерапии, метазодотерапии смогут улучшить раннюю диагностику, лечение и профилактику данной патологии.

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Б.Ц. Бальжинимаев

ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

В комплексном лечении распространённого гнойного перитонита наряду с использованием комбинации медикаментозных препаратов и хирургического лечения все большее значение приобретает внедрение новых медицинских технологий, способов борьбы с эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью.

Не менее важной является и своевременная диагностика осложнений перитонита в процессе его лечения, особенно послеоперационных осложнений, а также вопросы реабилитации пациентов в послеоперационном периоде.

На основании результатов обследования и хирургического лечения 283 пациентов с распространённым гнойным перитонитом на базе Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко за период с 1981 по 2005 гг. выработаны следующие практические рекомендации:

1. При закрытом способе дренирования брюшной полости при распространённом гнойном перитоните показано применение мембранных дренажных сорбционных композиций пролонгированного действия путём их размещения между петель кишечника и по латеральным каналам брюшной полости после её санации.

2. При закрытой травме живота с массивным повреждением двенадцатиперстной кишки в условиях перитонита и забрюшинной флегмоны, когда имеется высокий риск несостоятельности швов, показана экстирпация двенадцатиперстной кишки с имплантацией большого дуоденального соска в тонкую кишку с термино-латеральным гастроэнтероанастомозом атравматичными нитями викрил 4/0.

3. Терминолатеральные анастомозы, в том числе с еюностомией типа Майдля применять с обязательным поперечным разрезом на дистальном конце анастомозируемой тонкой кишки.

4. Применение предложенной оригинальной методики лечения несформированных кишечных свищей в условиях РПП – операция выбора при подобных ситуациях.

5. Препарат «Альгипор», являясь энтеросорбентом, антисептиком и хорошим средством для эпителизации ран, показан для лечения РГП при лапаростомии.
6. Для санации брюшной полости при распространенном гнойном перитоните лучше использовать антисептический препарат растительного происхождения — экстракт зубчатки обыкновенной.
7. Для диагностики послеоперационных осложнений в комплексе с другими методами возможно применение новых информационных технологий — нелинейной системы диагностики аппаратом «Оберон».
8. Для лечения больных с РГП в послеоперационном периоде в комплексном лечении возможно применение информационной терапии — метатерапии и метазодотерапии на аппарате «Оберон».
9. Применение однорядного шва межкишечного анастомоза в условиях РГП целесообразно.

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Е.Н. Цыбиков

ЛАПАРОСТОМИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ И ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)*

При распространенном гнойном перитоните (РГП) мы использовали методику, предложенную Н.С. Макохой (1958) и Стейнбергом (1979), и проводили повторные программированные поднаркозные санации и ревизии брюшной полости через 48 часов. Данную методику применяли в токсической и терминальной стадиях течения перитонита. Под наблюдением находились 47 больных. Индекс тяжести — 7 — 12 баллов (токсическая стадия перитонита). Мужчин было 31 (65,96 %), женщин — 16 (30,04 %). Самому молодому пациенту было 15, самому пожилому — 68 лет. В качестве оперативного доступа во всех случаях использовали срединную лапаротомию. При ревизии брюшной полости оценивали состояние кишечника (его жизнеспособность, перистальтику, наличие спаечного процесса, выраженность пареза, цвет, наличие фибриновых пленок), распространенность воспалительного процесса, характер и количество патологического выпота, а также непосредственную причину перитонита. У всех больных обнаруживали фибринозно-гнойный выпот в объеме 500 — 2000 мл, который занимал все отделы брюшной полости. Локализованные межкишечные гнойники обнаружены у 18 пациентов. Петли кишечника раздуты на всем протяжении, атоничны, не перистальтируют, серозный покров тусклый. Толстый слой фибрина покрывал петли кишечника, брюшину, особенно в местах скопления гноя. Зона патологического очага была наиболее поражена гнойно-деструктивным воспалением. Поэтому после удаления источника перитонита в зоны брюшной полости с максимально выраженными изменениями устанавливали отдельные марлевые салфетки, смоченные раствором фурацилина 1 : 5000.

Добивались тесного контакта марлевых салфеток с серозными оболочками брюшной полости, особенно в местах наибольшего загрязнения. Большой сальник временно сворачивали и помещали в менее загрязненный отдел брюшной полости. Непременным условием профилактики нагноения раны брюшной стенки было окутывание смоченной антисептиком марлевой салфеткой краев операционной раны. Поверх укладывали большие марлевые салфетки. Удерживающих швов на края раны не накладывали. Марлевые салфетки, свободно лежащие на поверхности, пропитывались выпотом из брюшной полости и менялись в течение первых суток.

Производили окутывание краев раны брюшной стенки марлевыми салфетками с антисептическим раствором при лапаростомии после очередной санации брюшной полости при перитоните. На 2 — 3-и сутки под эндотрахеальным наркозом удаляли все марлевые салфетки из брюшной полости с большой осторожностью, медленно отделяя их от тканей. При этом почти весь налет фибрина оставался на салфетках, полностью пропитанных фибринозно-гнойным экссудатом. Отлогие места брюшной полости осушали от патологического выпота, после чего брюшную полость промывали раствором фурацилина 1 : 5000. Удерживающих швов на края раны не накладывали. На следующей санации повторялись все вышеперечисленные манипуляции.

После очередной санации брюшной полости, которая проводилась через 48 часов, отлогие места полости брюшины осушали от патологического выпота, удаляли отграничивающие марлевые салфетки из очагов воспаления. После этого промывали брюшную полость раствором фурацилина, осушали и вновь заводили марлевые салфетки по описанной выше методике с окутыванием краев послеоперационной раны четырехслойными марлевыми салфетками, что приводило в последующем к полному очищению краев раны брюшной стенки, а при окончательном ушивании — к первичному заживлению в 11 (23,4 %) наблюдениях при распространенном гнойном перитоните.

По мере купирования воспалительного процесса в брюшной полости (уменьшение или исчезновение патологического отделяемого из брюшной полости, уменьшение вздутия кишечника, появление