

ВЫВОДЫ

1. Применение малоинвазивных методик при лечении абсцессов печени в сочетании с адекватным противовоспалительным лечением и антибиотикотерапией является высокоэффективным.
2. Безопасность чрескожных малоинвазивных вмешательств зависит от правильности техники их проведения и последовательности в осуществлении ряда диагностических процедур в раннем послеоперационном периоде.
3. Чрескожное чреспеченочное дренирование инфицированных паразитарных кист и желчных протоков при сдавлении желчеотводящих структур печени является оптимальным методом подготовки данной группы пациентов к основному оперативному вмешательству, а в случае его невозможности — малотравматичным видом паллиативного хирургического лечения.

Н.Е. Смирнова, Р.А. Белоус, А.А. Малаев, Д.Ф. Болгов, О.Н. Смирнова, Е.А. Степаненко

ПРЕИМУЩЕСТВА РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ Амурская областная детская клиническая больница (Благовещенск)

Воронкообразная деформация грудной клетки проявляется в искривлении грудины и ребер, различном по глубине и форме, которое приводит к уменьшению объема грудной полости, смещению органов грудной клетки, искривлению позвоночника, выраженному косметическому недостатку и функциональным нарушениям со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Этиология воронкообразной деформации грудной клетки окончательно не выяснена, но достоверно установлено, что главная роль в возникновении порока принадлежит, прежде всего, генетическим факторам. Подтверждением этому является наличие сходных врожденных изменений у родственников, а также обнаружение у пациентов с воронкообразной грудью других аномалий развития.

Цель: улучшить результаты радикальной торакопластики у детей при воронкообразной деформации грудной клетки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Амурской областной детской клинической больницы в период с 1995 по 2011 гг. оперировано 104 пациента в возрасте от 3 до 18 лет с данной патологией, из них 35 (34 %) девочек и 69 (66 %) мальчиков. Анализировано 41 гистологическое исследование резецированных реберных хрящей.

В мировой практике предложено более 80 различных вариантов хирургических вмешательств и их модификаций для коррекции воронкообразной деформации грудной клетки. Учитывая этиопатогенез данной патологии, все оперативные пособия, не сопряженные с иссечением измененного хряща, мы расценивали, как паллиативные. Паллиативные операции (вытяжение грудины без торакопластики, операция по методике Nuss) были выполнены 41 (39 %) пациенту в возрасте от 3 до 12 лет. Радикальные операции (торакопластики по Sulamaa-Paltia с фиксацией грудно-реберного комплекса пластиной из никелида титана и по Ravitch) — 63 (60,5 %) в возрасте от 4 до 18 лет. Оценка степени и симметричности деформации производилась по результатам компьютерной томографии у 53 больных, при этом у 38 пациентов выявлено несоответствие измерений при физикальном осмотре с результатами компьютерной томографии. Мы оценивали результат коррекции как отличный, хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Критерий оценки основывался на жалобах больного, параметрах индекса Гижикой — Кондрашина, полного устранения воронкообразного западения, контура наружного рельефа грудной клетки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Количество отличных результатов в группе не радикальных операций составило 4 (9,7 %), хороших — 7 (17 %), удовлетворительных — 10 (24,4 %), неудовлетворительных — 20 (48,9 %). Неудовлетворительные результаты: формирование килевидной деформации реберных дуг в 10 случаях, рецидив деформации — у 9 больных.

При радикальной торакопластике количество отличных результатов составило 18 (28,5 %), хороших — 25 (39,7 %), удовлетворительных — 12 (19 %), неудовлетворительных — 8 (12,8 %). Неудовлетворительные результаты: формирование килевидной деформацией реберных дуг — в 5 случаях, рецидив деформации — у 3 больных.

При гистологическом исследовании резецированных хондральных участков ребер установлено, что значительно изменяется структура хрящевых клеток (окр. гематоксилином-эозином, ув. × 400). Выявлено, что уже к 10-летнему возрасту в хрящевой ткани появляются глубокие деструктивные из-

менения в виде дистрофии хряща, а в возрасте 14 – 16 лет дистрофия хондробластов становится еще более выраженной.

ВЫВОДЫ

1. В предоперационную подготовку больных с воронкообразной деформацией грудной клетки должен входить обязательный осмотр генетика, так как врожденные наследственные синдромы часто являются причиной рецидива деформации.

2. Оценка степени и характера деформации в предоперационном периоде должна осуществляться по данным компьютерной томографии.

3. Основным преимуществом радикальных операций при воронкообразной деформации грудной клетки является их этиопатогенетичность, данный вид оперативного лечения позволяет моделировать грудную клетку при грубых деформациях и снизить риск развития рецидива до минимума.

4. Операции, не сопряженные с иссечением грудно-реберного комплекса, выполненные в период интенсивного роста ребенка, связаны с высоким риском развития рецидива деформации, а дисбаланс между интенсивным ростом грудной клетки и силой давления металлической конструкции способствует развитию килевидной деформации реберных дуг.

5. Удаление металлической конструкции при радикальной операции возможно через 6 месяцев, при паллиативных операциях нахождение ретростеральной пластины должно осуществляться не менее 2-х лет.

С.С. Сосина, П.А. Неустроев, В.Н. Пестерева

АНАЛИЗ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛЧИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»
Министерства образования и науки РФ (Якутск)

Было обследовано 45 лиц (16 мужчин, 29 женщин) с некалькулезными формами хронического холецистита. Больные жаловались на тяжесть, боли в правом подреберье, особенно после приема жирной и жареной пищи, тошноту, отрыжку, иногда горечью, вздутие живота, неустойчивый стул с чередованием запоров и поносов, слабость и периодически субфебрильную температуру. При эндоскопическом исследовании у всех больных выявлены явления гастродуоденита. На ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены картина холецистита, панкреатита.

При бактериологическом исследовании с посевом пузырной желчи у 21 пациента, что составило 47 % – роста не выявлено. В норме желчь стерильна – в желчи бактерий нет. В остальных случаях (у 24 лиц, что составило 53 %) высеяли следующую микрофлору:

Микрофлора:	24	53 %
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	8	33,3 %
<i>Candida albicans</i>	6	25 %
<i>Escherichia coli</i>	4	16,6 %
<i>Streptococcus viridans</i>	3	12,5 %
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	8,3 %
<i>Enterobacteria</i>	1	4,2 %
<i>Moraxella</i>	1	4,2 %

Таким образом, желчь больных некалькулезным холециститом в 47 % была стерильна, в 53 % была инфицирована различными бактериями и грибами. Причем, у 1/3 из инфицированных находили *Klebsiella pneumoniae* (33,3 %), 1/4 – *Candida albicans* (25 %). Патогенная флора (*Streptococcus viridans* и *Staphylococcus aureus*) были выявлены у 1/5, что составило 20,8 %. По данным литературы, при инфицировании желчи в 70 – 80 % высевают энтерококки, *Escherichia coli*, *Enterobacter*. Обнаружение *Staphylococcus aureus* в диагностических титрах может свидетельствовать о наличии печеночного или диафрагмального абсцесса. Таким образом, больным хроническим некалькулезным холециститом требуется антибактериальное лечение соответственно данным чувствительности высеянной флоры к антибиотикам, что является профилактической мерой в развитии желчнокаменной болезни.