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.