

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 разноречивым 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 метадизэнцефалотерапии. 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 метадизэнцефалотерапии. Таким образом, данное сообщение поможет внести некоторую ясность в патогенезе этого заболевания, а дальнейшие разработки возможностей нелинейной диагностики, метадизэнцефалотерапии, 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 еюнотомией типа Майлля применять с обязательным поперечным разрезом на дистальном конце анастомозируемой тонкой кишки.

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