

«Малые» ампутации» с сохранением опорной функции конечности выполнены 67 пациентам. Они проводились у больных при ограниченной гангрене в пределах пальцев или дистальной части стопы, наличии удовлетворительного кровоснабжения или после выполнения реконструктивной операции на артериях конечности. Из них 50 больным выполнялись ампутации пальцев стопы, которые в обязательном порядке сочетались с резекцией дистального эпифиза плюсневой кости с максимально возможным иссечением сухожилий. Резекция стопы выполнена у 13 пациентов, ампутации — у 4. В 40 наблюдениях объем хирургического лечения ограничивался только вскрытием гнойного очага на стопе. Хирургическая обработка раны сопровождалась иссечением нежизнеспособных тканей с максимально возможным удалением сухожилий и подошвенного апоневроза.

Летальные исходы были в 14 наблюдениях, после выполнения ампутаций на уровне бедра. Общая послеоперационная летальность составила 6,8 %, при высоких ампутациях — 8,4 %, при ампутации бедра — 14,1 %.

А.М. Цигельник, Н.А. Микушина

ЛАПРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ АБСЦЕССАХ СЕЛЕЗЕНКИ, ВЫЗВАННЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

*ГУЗ Областная клиническая больница (г. Кемерово)
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Кемерово)*

Инфекционный эндокардит часто приводит к возникновению абсцессов селезенки (АС), наличие которых является показанием к спленэктомии. К настоящему моменту сделаны только первые шаги в уточнении возможностей и роли лапароскопической спленэктомии (ЛС) при этой патологии. В литературе имеются единичные описания ЛС при инфекционном эндокардите, осложненном АС.

Мы располагаем опытом 4 ЛС по поводу АС при инфекционном эндокардите. Средний возраст больных составил $44,2 \pm 5,76$ лет. В группу вошли 3 мужчины и 1 женщина. В 2 наблюдениях абсцесс был солитарным, у 2 имелись множественные гнойники селезенки. У 2 больных гнойник сообщался с полостью в поддиафрагмальном пространстве. Всем больным предпринята ЛС из латерального доступа.

Во всех наблюдениях селезенка была плотно припаяна к диафрагме. Наложение пневмоперитонеума приводило к растяжению связок селезенки, а сама селезенка оставалась фиксированной сращениями, что в большинстве случаев обеспечивало своего рода «hanging spleen»-эффект (эффект «подвешенной» селезенки). Мобилизацию начинали с рассечения сращений большого сальника, который, как правило, окутывал селезенку. Затем рассекали желудочно-селезеночную связку для создания доступа к ее воротам. Выделяли и клипировали селезеночную артерию и вену. В дальнейшем проводили пересечение оставшихся связок селезенки, оставляя последнюю фиксированной к диафрагме сращениями. Их рассекали в последнюю очередь в связи с риском вскрытия гнойных полостей. В двух наблюдениях при прорыве абсцесса под диафрагму применен комбинированный вариант вмешательства. После полной мобилизации связок селезенки, когда она осталась только к диафрагме за счет окружающих абсцесс сращений, выполнен разрез на грудной стенке в проекции X ребра — торакофренотомия, — через который опорожнен гнойник и извлечена селезенка. Этот доступ использован для дренирования оставшейся под диафрагмой гнойной полости дренажом Penrose.

Конверсий не было. Продолжительность операции составила в среднем $116 \pm 6,96$ мин. Интраоперационная кровопотеря — $250 \pm 93,5$ мл. Ни в одном из наших наблюдений не возникли непреодолимые препятствия для завершения операции эндохирургическим путем. Летальных исходов не было.

Н.Н. Цыбиков, А.В. Гурулев, Д.Г. Болотова, А.В. Дрокова

ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Городская клиническая больница № 1 (г. Чита)

Острые нагноительные заболевания плевры в последние годы имеют тенденцию к росту. Это связано со снижением иммунитета пациентов, увеличением антибиотикоустойчивых форм возбудителей