

хлоргексидин, диоксидин и др.) в объеме, равном 1/2 – 3/4 объема полости для контакта с поверхностью затеков и для предотвращения их спадения до следующей санации.

Предложенные революционные методики имеют ряд преимуществ:

1. Введенная жидкость препятствует преждевременному «склеиванию» стенок полости, сохраняя сообщение со всеми «карманами» и затеками, благодаря этому не происходит отшнуровывания дочерних неадекватно дренированных полостей.

2. Экспозиция антисептиков широкого спектра действия способствует деконтаминации гнойной полости.

3. Во введенный раствор по закону диффузии из капсулы гнойника и перифокальных тканей выходят продукты воспаления, токсины, бактерии, экссудат и др.

4. Отсутствие трубчатого дренажа-удлинителя для пассивного оттока с приемным сосудом практически гарантирует от восходящего супер- и реинфицирования.

5. Снижение психологической нагрузки на пациента.

Таким образом, миниинвазивные чрескожные вмешательства при ограниченных гнойно-деструктивных заболеваниях брюшной полости являются высокоэффективным методом лечения с наличием перспектив дальнейшего совершенствования в виде разработки и внедрения в практику диапневтической абсцессоскопии, внутриполостной медикаментозной санации, инвазивных физических методов лечения с целью повышения эффективности и снижения потенциальных осложнений.

В.Н. Стальмахович, А.А. Дюков, А.П. Найманова

РЕКОНСТРУКЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПОРОКАХ ЕЕ РАЗВИТИЯ

**ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Росздрава» (Иркутск)
ГУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница» (Иркутск)**

Среди всех торакальных операций у детей более половины производится по поводу пороков развития грудной клетки. В данной работе мы анализируем наш опыт реконструктивных операций по поводу воронкообразной ($n = 125$) и килевидной ($n = 26$) деформаций грудной клетки за период с 2000 по 2007 годы. Данной патологией чаще страдают мальчики ($n = 101$), и оперативные вмешательства выполнялись у детей в возрасте от 3 до 18 лет. Поскольку для данных заболеваний характерно наибольшее клиническое проявление в пубертатный период, дети старше 12 лет составляют основную группу.

Реконструктивные операции выполнялись с использованием трех авторских методик, отличающихся от ранее используемых меньшей интраоперационной травмой как кожного покрова, так и грудно-реберного комплекса, а вследствие этого – минимальной кровопотерей, хорошим косметическим и функциональным результатом.

Технология оперативного лечения подразумевает использование индивидуально изготавливаемых пластин из титанового сплава, обеспечивающих стабилизацию грудно-реберного комплекса в течение 1,5 – 2 лет.

У детей с изолированной килевидной деформацией грудной клетки способ лечения в определенной степени является зеркальным отражением «Nuss-процедуры», применяемой для лечения воронкообразной деформации грудной клетки в большинстве зарубежных и отечественных клиник. Поперечная неполная стернотомия на уровне угла деформации грудины является обязательной составляющей операции при изолированной килевидной деформации грудной клетки. Основной этап операции при этом варианте патологии заключается в проведении доступа по средне-подмышечной линии с обеих сторон к ребру, находящемуся на одной линии с наиболее выступающей частью грудины. Формируется подкожный тоннель слева направо, соединяющий оба доступа и проходящий через область деформации грудины. Через этот тоннель проводится титановая пластина лукообразной формы со стрелой прогиба в средней ее части, контур которой соответствует правильно сформированной грудной стенке. Концы пластины фиксируются к ребру по средней подмышечной линии с каждой стороны. Компрессия пластины на грудину приводит к устранению ее деформации, при этом пластина меняет контур, которому теперь соответствует правильно сформированная грудная стенка.

При наличии ладьевидных реберных дуг устранение их деформации и опора медиального отдела обеих пластин на грудину приводит к формированию грудной клетки, отвечающей эстетическому запросу больного и его родственников.

При оперативном лечении воронкообразной деформации грудной клетки разработанный способ торакопластики включал в себя мобилизацию грудно-реберного комплекса, которую осуществляли в два этапа, под эндоскопическим контролем.

Первым этапом проводилось создание подкожной эмфиземы с пневмопрепаровкой кожи в проекции грудины. Под контролем оптики выполняли рассечение электроножом надкостницы с последующим Т-образным рассечением наружной кортикальной пластинки грудины.

Вторым этапом выполнялась торакоскопия и последовательное рассечение реберных хрящей на вершине их деформации со стороны грудных полостей с обеих сторон, загрудинно проводилась титановая пластина, смоделированная индивидуально по переднебоковому профилю грудной клетки. Данный этап осуществлялся под контролем оптики, что исключало повреждение органов средостения. В последующем осуществляли разворот пластины по своей оси на 180° с элевацией грудины, одномоментно исправляя воронкообразную деформацию. Мобилизация грудино-реберного комплекса при помощи хондротомии и Т-образной частичной стернотомии позволяла интраоперационно корригировать деформацию без последующего выраженного давления грудины на пластину и, тем самым, на ребра, снижая вероятность их атрофии и искривления в точке опоры. Исправление деформации грудины с заполнением регенератом клиновидного дефекта в области проведенной стернотомии препятствует ее рецидивному западению. Фиксацию металлоконструкции к ребрам осуществляли индивидуально только у пациентов старших возрастных групп. Вышеперечисленные факторы приводили к быстрому и правильному формированию грудной клетки, что позволяло нам удалять металлоконструкцию через 8–12 месяцев.

Разработанные в клинике данные методы коррекции наиболее тяжелых и часто встречающихся пороков развития грудной клетки позволяют добиться хороших ближайших и отдаленных результатов.

Н.Р. Тырхеева, Я.Н. Манибадарова

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Сахарный диабет (СД) — клинический симптом хронической гипергликемии и глюкозурии, обусловленный абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью и приводящий к нарушению обмена веществ и патологическим изменениям в различных органах и тканях [2, 3]. С ростом заболеваемости СД возрастает количество его осложнений, развитие которых представляют собой угрозу жизни больных. Синдром диабетической стопы (СДС) объединяет патологические изменения нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, представляющие непосредственную угрозу развития язвенно-некротических процессов и гангрены стопы [3]. Язвы на фоне СДС в 84 % случаев приводят к низким ампутациям и увеличивают смертность в 2,4 раза в сравнении с пациентами, страдающими СД без язв [3]. Поздняя диагностика, неадекватное лечение, а также отсутствие налаженной системы междисциплинарной помощи приводят к высокому числу ампутаций у больных сахарным диабетом. Поэтому актуальной является разработка основополагающих принципов консервативного лечения, обеспечивающего максимально долгое сохранение конечности.

Цель данного исследования — оценка эффективности консервативного лечения перед ампутациями при СДС.

Задачи:

1. Провести статистический анализ лечения СДС за 2002–2007 гг.
2. Выявить причины, уменьшающие долю ампутаций при лечении СДС.
3. Предложить комплекс мероприятий для дальнейшего уменьшения доли ампутации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было изучено 63 истории болезни пациентов (50 женщин и 13 мужчин), находившихся на лечении в хирургическом отделении НУЗ ОКБ с 2002 по 2007 гг. 2 человека с диагнозом СД 1 типа инсулинозависимый, 61 человек с диагнозом СД 2 типа инсулинонезависимый. Из больных СД 2 типа 26 человек имели средне тяжелое компенсированное течение. Возраст больных составил 42–80 лет (средний возраст — $71,5 \pm 5,5$ лет), длительность заболевания — от 1 месяца до 15 лет (в среднем — 4 года \pm 8 месяцев.)

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных данных показывает, что чаще синдром диабетической стопы возникает при длительном течении сахарного диабета (более 15 лет) и преимущественно у пожилых людей, причем с тенденцией к развитию гангрены и, следовательно, к высокой частоте «больших» ампутаций, большая