

креонекрозе предполагают иссечение поврежденных некротическим процессом сегментов толстой кишки и мезо- и параколярной клетчатки. На фоне распространенного перитонита, мезо- и параколита оптимальным вариантом отведения кишечного потока следует считать илеостомию в любом из общепринятых вариантов.

Е.Ю. Седова, Р.Р. Гумеров

СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ АБСЦЕССАХ ЖИВОТА

ГУ НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

На современном этапе развития хирургии проблема абсцессов брюшной полости по-прежнему имеет большое значение. Наряду с совершенствованием хирургической техники, уменьшением травматичности оперативных вмешательств, внедрением в практику более мощных антибактериальных препаратов, абсцессы брюшной полости все еще остаются нередкими осложнениями абдоминальных операций.

Еще не так давно основным методом лечения данной патологии являлась санация полости гнойника через лапаротомный доступ, имеющий высокую послеоперационную летальность, которая составляла от 10 до 60 %.

Современная хирургия стремится к уменьшению травматичности оперативных вмешательств. В последние 20 лет развитие новых медицинских технологий, возросшие возможности методов инструментальной диагностики, позволяющие использовать цифровую реконструкцию изображения, привели к развитию одного из направлений миниинвазивной хирургии — лечения гнойников различной локализации, базирующегося на их чрескожной декомпрессии и деконтаминации под визуальным контролем.

Эта методика лечения гнойников брюшной полости повысила эффективность лечения до 94,5 % и снизила показатели летальности при данной патологии до 4,7 %. Применяются два основных вида вмешательств — пункция и дренирование, которые выполняются под местной анестезией.

Опыт 15-летнего использования минимизированных хирургических вмешательств в различных клинических ситуациях позволил прийти к выводу о необходимости их разделения по категориям сложности, и в клинике НЦ РВХ был разработан и внедрен в практическую деятельность лечебно-диагностический алгоритм, представленный в докторской диссертации В.А. Шантурова в 1998 году.

По предложенному алгоритму у больных с абсцессами брюшной полости использовали несколько вариантов лечения: консервативный, пункционный, дренажный, пункция + дренирование, лаважная система, чрескожная декомпрессия + оперативное дренирование, комбинированный с внутриполостным протеолизом. Выбор способа лечения индивидуализировали с учетом размеров, степени «зрелости» гнойника и характера содержимого гнойной полости.

В клинике гнойно-септического центра НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН за период с 1998 по 2008 год накоплен опыт лечения 584 пациента с ограниченными гнойно-деструктивными заболеваниями брюшной полости. Средний возраст больных составил $45,8 \pm 2,4$ лет. Преобладали мужчины — 336 (57,5 %) человек. Распределение пациентов в зависимости от локализации процесса следующее: деструктивный холецистит — 217 (37,1 %) случаев; поддиафрагмальный абсцесс — 114 (19,5 %) случаев; абсцессы печени — 125 (21,4 %) случаев, из них множественные — 15 (12 %) случаев; подпеченочный абсцесс — 38 (6,5 %) случаев; парапанкреальный абсцесс — 28 (4,8 %) случаев; абсцесс сальниковой сумки — 12 (2,1 %) случаев; межкишечные абсцессы — 17 (2,9 %) случаев; параколярный абсцесс — 11 (1,8 %) случаев; абсцесс селезенки — 9 (1,5 %) случаев; псоас-абсцесс — 3 (0,5 %) случая; абсцессы поджелудочной железы — 3 (0,5 %) случая; абсцесс малого таза — 5 (0,8 %) случаев. Всем больным были проведены миниинвазивные хирургические вмешательства под контролем УЗИ и КТ. В 387 (66,3 %) случаях пункционный метод обеспечил адекватную санацию гнойной полости, следует отметить, что в 42 (7,2 %) наблюдениях возникла необходимость в повторных пункциях. В 197 (33,7 %) случаев было выполнено дренирование полости гнойника. Среди осложнений наблюдали дислокацию дренажа, что потребовало в 25 (12,7 %) наблюдениях редренирования. В 8 наблюдениях была установлена ирригационно-аспирационная система.

В клинике изобретена и успешно используется новая методика — чрескожной пункционно управляемой редукции.

Путем чрескожной пункции производится эвакуация экссудата, промывания полости раствором антисептика или антибиотика под визуальным контролем, затем, в отличие от общепринятых правил, после каждого промывания полость заполняют раствором антисептика или антибиотика до 80 % от объема эвакуированного экссудата. Повторные пункции производятся до полной редукции гнойной полости.

Также применяется метод закрытого управляемого дренирования — дренаж не оставляется открытым с пассивным оттоком, как это делалось раньше, а вводится раствор любого антисептика (фурацилин,

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 диапневмической 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 грудино-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 грудино-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. Основным этапом 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 грудино-реберного комплекса, которую осуществляли в два этапа, под эндоскопическим контролем.