

вывод, что несмотря на существование большого арсенала современных методов диагностики туберкулеза, в настоящее время нельзя говорить о наличии «эталонного» метода. Рациональный алгоритм диагностики туберкулеза может быть создан на основании динамического наблюдения за пациентами, в том числе с использованием повторных инвазивных методов диагностики.

Выводы:

1. Бактериологическое исследование операционного материала на туберкулез независимо от установленного предоперационного диагноза должно проводиться у всех оперированных пациентов, что позволяет в том числе выявлять лиц с устойчивыми видами возбудителя.

2. Требуется постоянная координация диагностических мероприятий между хирургическим торакальным отделением, патологоанатомической службой и противотуберкулезным диспансером для снижения числа как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов.

ЛИКВИДАЦИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ МНОГОКЛАПАННОЙ КОРРЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кондерский Н. М.¹, Петухов В. И.², Ермашкевич С. Н.²,
Янковский А. И.¹, Зеньков А. А.^{1,2}, Карташова Е. С.³,
Корнилов А. В.²

¹ УЗ «Витебская областная клиническая больница»,

² УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

³ УЗ «Новополоцкая центральная городская больница»,
г. Новополоцк, Республика Беларусь

Введение. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) представляет собой порок развития соединительной ткани и составляет более 90% всех деформаций грудной клетки. Частота встречаемости данного заболевания варьирует от 0,06 до

2,3% в популяции. Часто ВДКГ сопровождается пороками развития других органов и систем.

В конце прошлого века D. Nuss была предложена малоинвазивная операция для коррекции ВДКГ. Безусловными преимуществами метода Nuss является минимальная травматичность. По мере внедрения принципы, предложенные Nuss, стали применяться также и для коррекции травматической деформации грудной клетки с нестабильностью реберного каркаса. Сама операция приобрела множество модификаций, в том числе и модификации без торакоскопического сопровождения.

Цель: представить собственный опыт лечения воронкообразной деформации грудной клетки, примененный в экстренном порядке во время операции по поводу множественных клапанных пороков сердца у пациента с синдромом Marfan.

Материал и методы. Пациент Я., 25 лет, находился на лечении в кардиохирургическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» с диагнозом: «Синдром дисплазии соединительной ткани. Митральный порок сердца. Отрыв хорд задней створки митрального клапана с недостаточностью митрального клапана тяжелой степени. Относительная недостаточность трикуспидального клапана тяжелой степени. Н2Б. Эпизоды отека легких. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. Воронкообразная деформация грудной клетки 3 степени.

Пациенту выполнялась операция: протезирование митрального клапана с сохранением хордального аппарата, пластика трикуспидального клапана на опорном кольце в условиях искусственного кровообращения. Интраоперационно при выведении увеличенного в размерах сердца из левого гемиторакса в стернотомную рану произошли поперечные переломы левой половины грудины на уровне 2-5 межреберий с разрывом реберно-грудинных сочленений с теми же ребрами, а также поперечный перелом правой половины грудины в 3 межреберье. Кроме проблем с интраоперационной скелетной травмой возникли обоснованные опасения в возникновении

дисфункции сердца после перемещения его из срединного положения в левый гемиторакс. К операции были привлечены торакальные хирурги. Было принято решение о стабилизации реберно-грудинного каркаса и ликвидации воронкообразной деформации по методу Nuss.

Через стернотомную рану в поперечном направлении субплеврально в обе стороны сформировано по 2 тоннеля с выходом во 3 и 6 межреберьях по передним подмышечным линиям. По тоннелям проведены проводники из ПВХ трубок. Грудина ушита. По сформированным каналам проведены пластины. При повороте корригирующих пластин произошло проворачивание обеих половин грудины по продольной оси в швах с формированием «киля» за счет соприкосновения внутренних поверхностей грудины и расхождением правой и левой плоскостей рассечения грудины типа «открытой книги». Корригирующие пластины переведены в исходное докоррекционное положение. Сняты проволочные швы с грудины. Выполнено пресечение правой половины грудины по краям и в центре деформации и по хрящевой части 5 ребра справа. Учитывая угрозу прорезывания швов грудины, предварительно вдоль наружных ее краев через межреберья проведены проволочные швы типа «шнуровки ботинок». Грудина ушита в поперечном направлении с захватыванием продольных швов. Пластины снова переведены в корригирующее положение. Воронкообразная деформация устранена с созданием формы грудины, близкой к нормальной. Длительность всей операции составила 6 ч 15 минут.

Результаты и обсуждение. Послеоперационный период протекал без осложнений. На вторые сутки пациент переведен из РАО в кардиохирургическое отделение. Наркотические анальгетики вводились в течение 2 суток. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 23 сутки после операции.

Случай демонстрирует сложности, с которыми можно встретиться при выполнении кардиохирургических вмешательств у пациентов с воронкообразной деформацией грудной клетки. Использованная операция по методу Nuss позволила не только обеспечить надежную стабилизацию реберно-грудинного

каркаса, но и ликвидировать воронкообразную деформацию грудной клетки.

Выводы. При планировании кардиохирургических операций у пациентов с воронкообразной деформацией грудной клетки необходимо предусматривать ситуации, требующие корригирующих вмешательств на реберно-грудинном каркасе. В качестве такого вмешательства можно рекомендовать малоинвазивную операцию по методу Nuss.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНДИЛОДИСЦИТА

Корнилов А. В., Петухов В. И., Кубраков К. М.,
Янковский А. И., Кондерский Н. М.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь
УЗ «Витебская областная клиническая больница»,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Спондилодисцит (СД) – гнойно-деструктивное заболевание структур позвоночника, которое вовлекает в воспалительный процесс межпозвонковый диск, смежные с ним тела и суставы позвонков. Деструкция тел позвонков сопровождается нарушением основных функций позвоночника: обеспечения стабильного вертикального положения туловища и защиты спинальных невральных структур. При этом клиническая картина СД малоспецифична. Основную роль на первых стадиях заболевания играют следующие симптомы: постоянная интенсивная боль в спине, не стихающая после приема обезболивающих препаратов, лихорадка, которая в начале заболевания часто носит фебрильный характер, а затем переходит в длительно существующий субфебрилитет. Дальнейшие симптомы связаны в основном с осложнениями СД. В связи с неспецифичностью начальных симптомов заболевания задержка в постановке диагноза в среднем составляет до 3 месяцев.

Цель: изучить особенности клинической картины,