

Всем пациентам контрольной группы ($n = 322$), кроме внутримышечного введения антибиотиков, проводилась антибактериальная терапия с введением внутрикостно — 32 ($9,9 \pm 1,66\%$) и внутривенно — 88 ($27,3 \pm 2,48\%$) — под двумя манжетками с экспозицией до 30 минут. В 27 ($8,3 \pm 1,53\%$) наблюдениях эти введения сочетались. Антибактериальная терапия проводилась с учетом чувствительности высеваемой микрофлоры к антибиотикам.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Срок лечения пациентов в основной группе составил: поверхностные формы — $9,2 \pm 0,63$, глубокие — $18,2 \pm 1,33$ суток; в контрольной группе — $11,9 \pm 0,98$ и $23,4 \pm 2,11$ суток соответственно.

В основной группе отмечалось более раннее, чем в контрольной, прекращение гноетечения, стихание перифокального воспаления и появле-

ние грануляций, что подтверждалось динамическим цитологическим исследованием. При применении непрямой лимфотропной терапии мы наблюдали 6 ($3,2\%$) осложнений: 2 некроза кожи и 4 воспалительных инфильтрата в месте введения. В контрольной группе отмечено 18 ($5,6\%$) осложнений: в 11 наблюдениях — флебит поверхностных вен, в 5 наблюдениях — длительный болевой синдром и 2 аллергические реакции на введение антибактериального препарата.

Таким образом, непрямая лимфотропная терапия, сокращая сроки лечения, позволяет улучшить результаты лечения пациентов с гнойными заболеваниями пальцев кисти, в сравнении с традиционными способами введения лекарственных препаратов, почти в 2 раза уменьшить потребность в лекарственных средствах и значительно сократить непроизводительные затраты труда медицинского персонала.

Г.А. Краснояров, В.П. Амагыров, Б.Ч. Цыдыпов, Б.Г. Самбатов, А.С. Цыбанов, С.П. Колдунов, А.В. Дамбинмаев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангпова (Улан-Удэ)

В структуре заболеваемости хронического остеомиелита его атипичные формы — абсцесс Броди и склерозирующий остеомиелит Гарре — занимают небольшую часть, однако затяжное течение заболевания и непредсказуемый прогноз заставляют хирургов искать новые методы лечения. Часто нерадикальные меры приводят к рецидивам, и процесс становится «запрограммированным» — родители ребенка находятся во власти «неуправляемого процесса», хирург же пытается всеми возможными методами избежать обострений хронического воспаления кости.

Исходя из сложности этиопатогенеза заболевания, мы подошли к решению проблемы с максимальной радикальностью. Известно, что влияние антибиотиков на морфологический субстрат остеомиелитического очага минимально или отсутствует совсем, вследствие выраженного склероза стенок костной полости. Возникает закономерный вопрос: как воздействовать на патологический очаг, сохраняя хирургические и ортопедические принципы? Прежде всего, для этого необходима полноценная санация очага, а затем плотное заполнение костного дефекта пластическим материалом, обладающим остеогенетическим потенциалом.

Различные имплантаты, применяемые в ортопедии, преследуют главную цель — заместить дефект кости. Новое направление в гнойной остео-

логии появилось с появлением в арсенале биосовместимых и физиологически активных композиционных имплантатов, которые состоят из двух сополимеров, армированы капроновым волокном. Физиологическую активность обеспечивают лекарственные средства, нанесенные на поверхность имплантатов. Имплантаты выпускаются в форме штифтов, пластин и гибких стержней «соломки», со сроками биодеградации от 8 мес. до 3-х лет. Известная остеотропность антибиотиков гентамицина сульфата, бененицилина и цефазолина, а также наличие стимуляторов остеогенеза глюконата кальция и оротовой кислоты, позволили применить имплантаты для лечения абсцесса Броди и остеомиелита Гарре у детей и подростков.

Всего оперировано 25 больных, из них с абсцессом Броди 22 пациента и 3 — с остеомиелитом Гарре. Преобладали девочки в возрасте 8 — 13 лет (74%). По локализации абсцесс Броди чаще располагался в большеберцовой кости в верхнем (67%) и нижнем (33%) метафизе. С остеомиелитом Гарре у двух пациентов был поражен нижний метадиафиз бедра и у одного пациента верхний метадиафиз большеберцовой кости. У всех детей имелся длительный анамнез. Высокоинформативными методами диагностики являлись лучевые методы исследования, позволявшие определить истинные размеры патологического очага. Трем больным выполнялась предоперационная биопсия.

Хирургическое вмешательство при абсцессе Броди предусматривало широкую резекцию патологического очага, тщательную санацию полости с удалением секвестров и некротических тканей с последующим плотным заполнением костного дефекта полимерными имплантатами. В каждом конкретном случае учитывались размеры полости, а также нагружаемость кости. Если дефект был небольшим, а кость не опорная, то мы замещали дефект соломкой. Перед ушиванием костной раны использовали порошкообразный полимерный абсорбент амбипор, которым присыпали рану. Трубчатые кости с большим дефектом укрепляли интрамедуллярно полимерными штифтами, а остаточные полости плотно заполняли соломкой.

Послеоперационные раны зажили первичным натяжением у всех пациентов, кроме двоих.

Отдаленные результаты от 1 года до 8 лет прослежены у всех больных. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 92 % пациентов. Двое подростков имели рецидив процесса. У двух детей имелись остаточные полости, не заполненные остеогенной тканью при наблюдении более трех лет, не повлиявшие на исход лечения. Таким образом, результаты лечения хронического остеомиелита с применением биосовместимых композиционных материалов с физиологической направленностью, показали перспективность их применения.

Е.Ю. Кукина

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН ПОСЛЕ ОТМОРОЖЕНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИСТАЛЛИЧЕСКОГО АЛЮМОСИЛИКАТА ОБОГАЩЕННОГО ГИПОХЛОРИТОМ НА

Читинская государственная медицинская академия (Чита)

При всех успехах антибиотикотерапии, совершенствовании хирургической техники в последние десятилетия количество больных с гнойными ранами различной этиологии не уменьшается. Высокая устойчивость к антибиотикам и другим антибактериальным препаратам многих современных штаммов бактерий, возбудителей гнойной инфекции диктуют необходимость поиска новых способов воздействия на микрофлору гнойной раны при ее местном лечении.

Состояние организма при гнойных ранах обусловлено интоксикацией вследствие действия бактериальных эндо-, экзотоксинов, продуктов протеолитического расщепления поврежденных тканей. В связи с отсутствием адекватного метода детоксикации возник и сформировался метод аппликационной сорбции. Аппликационная сорбция является способом местной сорбционной детоксикации, основанном на извлечении токсических метаболитов, микробных клеток и бактериальных токсинов из отделяемого ран при прямом контакте адсорбента с их поверхностью. Следует отметить также, что детоксирующие свойства аппликационных сорбентов определяются не только их поглотительной способностью, но также каталитической функцией в реакциях окисления или разложения токсических веществ и вредных метаболитов, а также антиоксидационной активностью, обеспечивающей торможение нежелательных свободнорадикальных процессов. К адсорбентам с высокой поверхностной концентрацией способных замещаться ионов относятся цеолиты.

В настоящее время с целью местного лечения ран широкое применение получил гипохлорит Na в концентрации 850 — 1100 мг/л, полученный в результате электрохимического разложения NaCl. Он оказывает бактерицидное, противовоспалительное и анальгизирующее действие, а также улучшает тканевую микроциркуляцию, безопасен и может быть применен в качестве детоксирующего средства.

Изучая влияние различных способов лечения ран при отморожениях на исходы аутопластик, с целью выявления наиболее эффективного комплекса лечения, мы обратили внимание на цеолит, обогащенный гипохлоритом Na.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ клинических данных лечения 47 пациентов, находившихся на лечении в Областном ожоговом центре Читы, в возрасте от 18 до 55 лет, из них: мужчины — 30 человек, женщины — 17 человек.

С целью подготовки ран к пластике применялся сорбционно-аппликационный метод с использованием кристаллического алюмосиликата (цеолита), пропитанного гипохлоритом Na. Лечение осуществлялось по следующей методике: после некрэктомии раны обрабатывались раствором антисептика, а затем на раны накладывалась повязка с цеолитом пропитанным гипохлоритом Na, которая фиксировалась вторичной асептической повязкой. Перевязки проводились два раза в день в течение 3-х суток, затем один раз в день в течение 4-х суток. После очищения ран и созревания