

При удлинении сегментов кости дистракционным методом необходим тщательный и постоянный рентгенологический контроль за динамикой остеорегенерации. Он помогает точно определить время снятия дистракционного аппарата и избежать при раннем снятии искривления или перелома регенерата.

Для прекращения фиксации необходимо полное замещение срединной зоны регенерата костным веществом (область губчатой кости). В диафизарной области следует считать обязательным условием для снятия аппарата формирование кортикальных пластинок. Стабилизация с хорошим эффектом по нашим данным продолжалась от 2 до 6 месяцев. Чем длиннее регенерат, тем дольше и стабилизация, в среднем на каждый 1 см удлинения требуется 20 – 30 дней.

В.А. Сизоненко

ХОЛОДОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ

Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Мы не смогли найти как в отечественной, так и в зарубежной литературе за последние 15 лет опубликованных работ, посвященных холодовой травме в детском возрасте.

Нами отмечена пониженная сопротивляемость (по отношению к холоду) эпифизарных хрящей детей. При дифференциальной диагностике следует иметь в виду, что легче просмотреть отморожение там, где оно имеется, чем распознать отморожение там, где его нет».

Создание специализированного центра термической травмы, куда поступают пострадавшие от ожогов и холодовой травмы взрослые и дети из Забайкальского края и соседних регионов в течение 40 лет, позволил накопить материал по оказанию помощи 68 детям с холодовой травмой в возрасте от 7 месяцев до 14 лет. До 3 лет было 16 детей, от 3 до 7 — 21 ребенок и старше 7 лет — 31 школьник. Клинические наблюдения и комплексное обследование, проведенное лечение во всех периодах холодовой травмы дали возможность частично осветить этот вопрос.

Проблема холодовой травмы у детей так же сложна, как и у взрослых. Она многогранна в лечебном, этическом и моральном плане. Решение проблемы во многом зависит не только от применяемых средств и способов лечения, но и от единства стратегии, тактики, преемственности в лечении этой тяжелейшей патологии.

Повреждение тканей от воздействия низкой температуры у детей протекает по тем же биологическим законам, что и у взрослых, но с некоторыми особенностями, связанные с детским организмом — гидрофильность тканей у них значительно выше.

В зависимости от длительности действия и температуры охлаждающей среды могут быть сверхострые (оледенения), острые (отморожения), подострые (траншейная стопа и т.д.), хронические (холодовая аллергия, нейроваскулит) холодовые травмы.

Промерзание тканей у детей младшего возраста идет значительно быстрее. На глубину повреждения оказывают влияние ряд факторов: температура и длительность воздействия ее, скорость движения воздуха, его влажность, защитные свойства одежды, состояние и толщина кожного покрова, подкожной клетчатки. Известно, чем меньше возраст, тем тоньше кожа и тем больше она содержит воды и тем больше будут повреждения.

Несовершенство защитных реакций отражается на клиническом течении болезни. Дети отличаются высокой чувствительностью к интоксикации, сопровождающейся более выраженной реакцией со стороны нервной системы. Бред, галлюцинации часто наблюдаются в раннем и позднем реактивном периодах. Дети более чувствительны к медикаментозной терапии. У них часто отмечается гипертермия, сопровождающаяся судорогами и нарушением дыхания.

Нарушение функции почек, костной системы, системы иммунитета могут наблюдаться спустя даже несколько лет или пожизненно.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

1. Более бурная реакция.
2. Быстро нарастает отек.
3. Раннее появление линии демаркации.
4. Клиническая картина со стороны пораженных тканей при поступлении и в раннем реактивном периоде всегда выглядит более тяжелой, чем в позднем реактивном периоде.
5. Уровень поражения III – IV степени всегда меньше, чем предполагался в раннем реактивном периоде.
6. Реактивный отек быстрее проходит.
7. Кожная пластика более благоприятна.

8. Особенностью является, то, что при отморожении пальцев даже II степени в области эпифизов костей иногда закрываются зоны роста и пальцы отстают в развитии.

А.Б. Сингаевский, В.Б. Кожевников

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (Санкт-Петербург)
Дорожная клиническая больница (Санкт-Петербург)*

Описан случай развития вторичного диффузного тотального некробиоза правой половины таза с формированием множества глубоких гнойных затеков, развитием тяжелого сепсиса на фоне диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфомы.

Больной 32 лет, поступил в хирургическое отделение с лихорадкой, выраженным болевым синдромом и наличием деструктивных изменений в костях правой половины таза. До этого в течение 10 суток проходил лечение в отделении нейрохирургии по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Учитывая разрушение подвздошной, лонной, седалищной костей, проводилась дифференциальная диагностика между гематогенным остеомиелитом, туберкулезом, глубоким микозом, вторичным остеонекробиозом на фоне миеломной болезни, саркомы, иммунодефицита при СПИДе, наркомании.

На вторые сутки выполнена хирургическая обработка. При ревизии объективизирована мелкая очаговая сквозная деструкция всего крыла подвздошной кости, аналогичные разрушения лонной, седалищной костей, правосторонний гнойный сакроилеит, обширная флегмона таза с формированием гнойных полостей по передней и задней поверхностям крыла подвздошной кости, затеки к седалищной, паховой области, на переднюю брюшную стенку. Операция завершена множественными разрезами на передней брюшной стенке, в паховой, ягодичной, седалищной области, санацией и дренированием затеков. Проводилась комплексная этиотропная антибактериальная терапия, ежедневные перевязки. Перевязки выполнялись в условиях наркоза или глубокого обезболивания, тем не менее, они были сложны для пациента и хирургов из-за выраженного болевого синдрома.

С 9-х суток больному применена методика местного лечения ран контролируемым локальным отрицательным давлением «suprasorb CNP». После повторной некрэктомии установлен аппарат suprasorb с дренированием ран, затеки заполнены каркасной марлей «kerlix», налажена активная аспирация. С этого момента отмечено значительное улучшение состояния больного. Пациент стал активнее, болевой синдром в покое купирован. Смена повязок в условиях наркоза выполнялись раз в 3-е суток. Этапные некрэктомии выполнены на 16-е и 23-е сутки. Раны закрыты вторичными швами на 32-й день.

В дальнейшем лечение проводилось в условиях отделения гематологии. Проведена химиотерапия по схеме R-СНОР — отмечена положительная динамика. Больной выписан на амбулаторное лечение на 30-й день.

Таким образом, использование метода локального отрицательного давления suprasorb позволило значительно улучшить качество жизни пациента. Даже при наличии обширного инфекционного процесса полноценное дренирование ран осуществлялось в течение 3 суток без смены повязок, быстро уменьшился болевой синдром, интоксикация, купированы явления хирургической инфекции.

Данное наблюдение демонстрирует, что метод локального отрицательного давления прост в использовании, значительно сокращает сроки очищения гнойных ран, улучшает качество жизни пациента.

С.А. Совцов, Е.В. Прилепина

ХОЛЕЦИСТОЛИТОТОМИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования (Челябинск)

Цель исследования — улучшение непосредственных результатов лечения деструктивного холецистита у больных высокой степенью операционного риска.