

эффективным методом полного излечения трофических язв и трофического остеомиелита. С 1998 по 2004 г. в ДККБ на лечении находилось 8 детей. Из них 2 — после травмы спинного мозга, 1 — с некоррегированным пороком развития: спинномозговой грыжей, 5 — оперированные по поводу спинномозговой грыжи. Давность трофических поражений кости была от нескольких месяцев до 3 лет. У 4 детей отмечалась множественная локализация процесса, у 3 — единичная. Остеомиелит верхней трети обеих бедер был у 2, остеомиелит верхней трети бедра — у 2, остеомиелит ветви седалищной кости и нисходящей ветви лонной кости слева — у 2, остеомиелит пяточной кости — у 2. Радикальные операции выполнены 6 больным. При выполнении радикальных вмешательств соблюдались следующие

принципы: удаление всех остеомиелитических измененных отделов кости; тщательный гемостаз с использованием электрокоагуляции; наложение шва в стороне от места наибольшего сдавления кожи в функциональном состоянии; активное дренирование раны; позднее снятие швов; поздняя активизация больного (через 2 недели после снятия швов).

В послеоперационном периоде у всех больных раны зажили первичным натяжением.

Таким образом, соблюдение всех вышеперечисленных правил позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений, значительно улучшить результаты лечения и качество жизни больным с трофическими остеомиелитами у детей при пороках развития каудальных отделов позвоночника и спинного мозга.

А.Д. Ефременко, А.М. Тропивской, М.Н. Дардина, А.Г. Грибанов

ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ШВА БЕЗ ДРЕНИРОВАНИЯ

Детская краевая клиническая больница (Хабаровск)

С 1998 г. в отделении хирургии Детской краевой клинической больницы г. Хабаровска применяется методика лечения костного панариция дистальных фаланг кисти с наложением первичного шва без дренирования.

Краткое описание методики операции: под жгутом, наложенным на основную фалангу пальца, производился дугообразный разрез мягких тканей в апикальной части дистальной фаланги пальца. Удалялись некротические мягкие ткани, свободнолежащие костные секвестры и резецировалась дистальная часть костной фаланги в пределах здоровой ткани. Уровень резекции предварительно определялся по рентгенограмме пальца. Полость заполнялась порошком антибиотика, в качестве которого мы использовали ампициллин. Кожная рана наглухо ушивалась узловыми капроновыми швами. Всего с 2000 по 2004 г. на лечении в хирургическом отделении, по поводу костного панариция дистальных фаланг кисти, находилось 95 детей. Из них мальчиков было 56, девочек — 39. По возрасту: от 1 года до 3 лет — 4 ребенка, от 3 до 10 лет — 25, с 10 до 15 лет — 67 детей. Все дети оперированы; в 36 случаях — под местной анестезией по Оберсту-Лукаше-

вичу, в 77 случаях применялся внутривенный и масочный наркоз. Всего проведено 113 операций. В 18 случаях потребовалась повторная операция, в связи с продолжающимся воспалительным процессом. Все пациенты нами были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 65 больных, у которых проводилось вскрытие панариция с дренированием раны без наложения швов. Во вторую группу из 30 больных вошли дети, у которых была проведена остеонекрэктомия с наложением первичного шва без дренирования раны. В первой группе средние сроки госпитализации составили 14,4 дня, повторные операции потребовались в 15 случаях. перевязки проводились ежедневно с применением водорастворимых мазей на основе полиэтиленгликоля. Сроки заживления раны отмечались к моменту выписки. Во второй группе средние сроки госпитализации составили 7,8 дней, повторные операции у них потребовались в 3 случаях. перевязки проводились через день, применялись сухие асептические, либо полуспиртовые повязки. Раны заживали первичным натяжением. Во всех случаях второй группы больных отмечен хороший косметический и функциональный результат.