

расту и индексу тяжести течения перитонита. Первую группу составил 131 пациент (31,0 %); в лечении пациентов этой группы применена однократная интраоперационная санация и дренирование брюшной полости. Во вторую группу вошли 248 пациентов (58,6 %), которым по поводу послеоперационного перитонита выполняли программированные санационные релапаротомии с интервалом 18 – 24 часа. В лечении 44 (10,4 %) пациентов третьей группы, наряду с программированными лапаротомиями, в межоперационном периоде проводили фракционный лаваж брюшной полости раствором, содержащим 15000 ПЕ имозимазы. В послеоперационном периоде оценивали выраженность проявлений эндогенной интоксикации, проводили мониторинг лабораторных показателей. При проведении программированных релапаротомий визуально контролировали динамику интраабдоминального гнойно-воспалительного процесса, исследовали микробиологические характеристики содержимого брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 60 пациентов (45,8 %) первой группы, несмотря на проводимое лечение, отмечено прогрессирующее течение перитонита. Во второй и третьей группах пациентов перитонит прогрессировал значительно реже ($p < 0,05$) – у 65

(26,2 %) и 4 (9,1 %) пациентов соответственно. При этом не было выявлено достоверных различий в частоте других осложнений послеоперационного перитонита в зависимости от метода хирургического лечения, а именно, в частоте возникновения несостоятельности швов полых органов, несформированных кишечных свищей, флегмоны передней брюшной стенки, частоте формирования послеоперационных вентральных грыж. Послеоперационная летальность у пациентов первой группы составила 63,4 % (умерло 83 пациента). Во второй и третьей группах послеоперационная летальность была значительно ниже ($p < 0,05$) – 104 (41,9 %) и 12 (27,3 %) пациентов соответственно.

ВЫВОДЫ

Таким образом, программированные санационные релапаротомии являются оптимальным вариантом хирургического лечения послеоперационного перитонита, позволяющим значимо чаще прервать течение интраабдоминального гнойно-воспалительного процесса в сравнении с однократной санацией живота. Сочетание программированных санационных релапаротомий с ферментативной санацией брюшной полости в период между операциями повышает эффективность хирургического лечения перитонита, что подтверждено значимым снижением послеоперационной летальности.

А.Д. Ефременко, С.Н. Николаев

ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ КАУДАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

*Детская краевая клиническая больница (Хабаровск)
Российский государственный медицинский университет (Москва)*

Появление пролежней и трофического остеомиелита встречается у детей с пороками развития позвоночника, особенно с осложненными спинномозговыми грыжами, нижней параплегией и нарушением функции тазовых органов, а также у пострадавших с позвоночно-спинномозговыми травмами. При этих явлениях отмечают грубые нарушения иннервации, кровообращения, микроциркуляции в тканях ниже уровня повреждения. В лечебной практике существует классификация пролежней (Agency for Health Care Policy and Research, 1992), выделяющая 4 степени. При четвертой степени поражения развивается остеомиелит, определенный как трофический. Чаще всего больные поступают в сроки, когда развиваются гнойно-деструктивные процессы, т.е. в III и IV стадии. Лечение сводит-

ся к снижению интоксикации, антибактериальной терапии, коррекции показателей крови, особенно гемоглобина, белков плазмы крови, мочевины, креатинина, витаминотерапии, введению микроциркулянтов, физиолечения и местного лечения – удаления некротических масс, стимуляции появления и созревания грануляций, местной антисептической терапии в соответствии с посевом из раны. Ведущее значение в лечении этих больных имеют хирургические методы: санация гнойного очага, удаление некротических тканей. С целью купирования воспалительных явлений, детям выполняется иссечение некротических тканей с первичной пластикой перемещенными кожно-мышечными лоскутами. Закрывание обширных трофических ран перемещенными кожно-мышечными лоскутами является

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 кaudальных 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.