

ку с глицерином. Для предупреждения уретритов проводили периоперационную антибактериальную терапию. Деривацию мочи у 90 пациентов (108 операций) осуществляли путём пункционной цистостомии одноразовыми пункционными цистостомическими наборами фирмы «Rush». Осложнения цистостомии в виде кровотечений с тампонадой мочевого пузыря наблюдали у 2 пациентов (1,8%), у 7 детей в течение 2-3 дней сохранялась макрогематурия. Цисталгий, подтекания мочи по уретре, нагноения ран не отмечали. В послеоперационном периоде у 4 больных развились вторичные деформации полового члена, у 7 - меатостеноз, у одного ребёнка - стеноз неоуретры, у 19 возникли уретральные свищи, потребовавшие повторных оперативных вмешательств. Всего было 31 осложнение из 209 реконструктивных операций (14,8%).

Таким образом, использование новых оперативных методик, современных шовных материалов, адекватной деривации мочи позволило значительно снизить число послеоперационных осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРИКУЛИТОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

**А.Е. Курманбеков, Н.А. Дьяченко, Б.М. Меденбаева,
А.Н. Дьяченко, П.А. Кирьянов**

**Казахский национальный медицинский университет, ДГКБ №1,
Алматы, Республика Казахстан**

На базе ДГКБ № 1 на стационарном лечении в период с 2007 по 2008 год находилось 8 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года с гнойным ventрикулитом, осложненным вторичной прогрессирующей внутренней окклюзионной гидроцефалией. Длительность стационарного лечения в остром периоде составляла от 2-х до 6 месяцев. По данным лучевой диагностики определялись ассиметричная ventрикуломегалия поликистозной трансформации желудочковой системы с разобщением боковых желудочков, субтотальная диффузная атрофия головного мозга.

Комплексное консервативное лечение на первом этапе, проводимое в условиях отделений реанимации и нейрохирургии, слагалось из: инфузионной, дезинтоксикационной терапии, нейротропной (актовегин, цераксон), иммуностимуляции (антистафилококковая плазма, иммуноглобулин, пентаглобин, ронколейкин), массивной антибактериальной терапии (меронем, роцефин, ванкомицин). Хирургическое лечение первого этапа включало ежедневные ventрикулярные пункции с наружным отведением ликвора. При вязкой консистенции гнойного ликвора, кистозных мальформациях желудочков с дислокационными нарушениями проводилось наружное ventрикулярное дренирование объемнозначимых полостей. Оба метода лечения дополнялись интратекальным введением антибиотиков (эдицин, гентамицин и др.). После полной санации ликвора вторым этапом проведено 3 больным - ventрикулоперитонеальное, 2 - бивентрикулоперитонеальное, 1 больному - кистоперитонеальное шунтирование. В последующем у одного ребенка с рецидивами дисфункций шунта посредством нейроэндоскопической техники произведено разрушение множественных кист желудочковой системы и объединение боковых желудочков, затем бивентрикулярная шунтирующая система была демонтирована и произведена ventрикулоцистерностомия. У одного ребенка гидроцефалия была стабилизирована по мере купирования ventрикулита. В одном случае у больного с сочетанным пороком развития иноперабельной инфицированной спинномозговой грыжей развились декомпенсированные полиорганные нарушения и наступил летальный исход.

Таким образом, больным с ventрикулитами, осложненными гидроцефалией, свойственно неблагоприятное клиническое течение, обусловленное длительным гнойно-воспалительным процессом, органическим поражением головного мозга, поликистозом желудочковой системы, что требует дифференцированной этапной хирургической тактики лечения.

ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

**А.О. Момынкулов, Д.Б. Рузуддинов, Б.О. Омарулы,
М.А. Валашвили, Ш.Д. Имяров**

**Казахский национальный медицинский университет, ДГКБ №1,
Алматы, Республика Казахстан**

В зависимости от течения и клинических проявлений ОГО были предложены различные классификации. Классификация Т.П.Краснобаева, согласно которой различают три основные формы заболевания: 1) токсическую, или адинамическую; 2) септическую, или септикопиемическую; 3) местночаговую. Эта классификация довольно проста и удобна для практического врача. Однако за 80 лет после ее предложения накоплено значительное количество новых данных, характеризующих различные аспекты остеомиелита (этиология, патогенез, клинические проявления, тактика лечения), в связи с чем вносились те или иные изменения, коррективы и дополнения.

Таким образом, в настоящее время назрела необходимость дополнить и создать единую классификацию с включением в каждую из форм ОГО стадий и фаз болезни: интрамедуллярная фаза, экстрамедуллярная фаза; острая, подострая, хроническая стадия; острое течение, рецидивирующее течение. Хроническим остеомиелит следует считать при наличии следующих признаков: гнойные свищи, деструкция кости, образование секвестральной коробки, патологический перелом. Хроническое течение остеомиелита рационально подразделить на две стадии: раннюю и позднюю (согласно клинико-рентгенологическим данным, срокам заболевания). В течение патологического процесса выделить периоды обострения и ремиссии. В отдельную форму выделить эпифизарный остеомиелит и остеомиелит новорожденных и разделить на формы с учетом его этиологии, стадийности, фазности, локализации патологического процесса и клинического течения.