

В.В. Алексеевнина, А.А. Лебедь, О.С. Олифирова, А.А. Брегадзе

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОАКТИВИРОВАННЫХ РАСТВОРОВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)

Цель исследования — изучить возможности и результаты применения электроактивированных водных растворов у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В местном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей использовали электроактивированные водные растворы (анолит нейтральный pH 7,3 и католит нейтральный pH 8,6), полученные в установке СТЭЛ из питьевой воды. Известно, что раствор анолита обладает выраженным антисептическим и противовоспалительным эффектом, а раствор католита улучшает течение регенеративных процессов. После хирургического вмешательства гнойную рану обрабатывали раствором анолита, а затем с ним же производили ежедневные перевязки до полного очищения раневой поверхности. В стадию регенерации выполняли перевязки с раствором католита. Электроактивированные водные растворы применены в лечении 24 больных с различной гнойной хирургической патологией (панариций — 3, абсцессы мягких тканей — 6, острый гнойный мастит — 3, флегмоны — 5, карбункул — 3, парапроктит — 4) в возрасте от 16 до 67 лет. Для оценки эффективности лечения использовали клинический, планиметрический, бактериологический, цитологический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Применение раствора анолита сопровождалось более быстрым очищением ран и снижением микробной обсемененности по сравнению с больными контрольной группы. На 3-е сутки применения раствора анолита количество микроорганизмов уменьшилось с 10^7 м.т. до 10^4 м.т. на 1 см^2 раневой поверхности. Средние сроки очищения от гнойно-некротических тканей составили $3,4 \pm 0,3$ дня. Появление грануляций отмечено на $4,5 \pm 0,5$ день, а эпителизации — на $7,9 \pm 0,7$ дня, что примерно в два раза быстрее, чем у больных контрольной группы. Каких-либо неприятных ощущений и аллергических реакций, связанных с применением электроактивированных водных растворов, больные не испытывали. В результате лечения отмечено ускорение процессов регенерации и ускорение созревания грануляционной ткани и эпителизации. Использование электроактивированных водных растворов расширяет возможность воздействия на весь спектр патогенной флоры, является профилактикой кислородной недостаточности поврежденных тканей на различной глубине и улучшает результаты лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая адаптацию патогенной флоры ко многим антимикробным препаратам, представляется целесообразным использование электроактивированных водных растворов в местном лечении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей. Их применение способствует более быстрому появлению краевой эпителизации и грануляций у больных с этой патологией, что сокращает сроки лечения.

Ю.А. Амирасланов, В.А. Митиш, И.В. Борисов, А.О. Жуков

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА

Институт хирургии им. А.В. Вишневского (Москва)

Цель исследования: создать классификацию остеомиелита, удобную как для практики, так и для научных исследований.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На основании обследования 445 взрослых больных остеомиелитом длинных костей нами предложена классификация остеомиелита.

Классификация остеомиелита

I. ФАЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. острая

1.2. хроническая

II. ЭТИОЛОГИЯ (вид возбудителя)

- 2.1. монофлора
- 2.2. ассоциации.
- 2.3. возбудитель не выделен

III. ПАТОГЕНЕЗ

- 3.1. первичный (эндогенный, гематогенный) остеомиелит
- 3.2. вторичный (экзогенный, раневой) остеомиелит
 - 3.2.1. посттравматический
 - 3.2.2. послеоперационный
 - 3.2.3. огнестрельный
 - 3.2.4. контактный
 - 3.2.5. ишемический
 - 3.2.6. нейропатический
 - 3.2.7. постлучевой

IV. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ (название костей и сегментов)**V. КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ТИПЫ ПОРАЖЕНИЯ (для длинных костей)**

- 5.1. медуллярный
- 5.2. поверхностный
- 5.3. очаговый
- 5.4. диффузный

VI. СОСТОЯНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

- 6.1. свищ
- 6.2. гнойная рана
- 6.3. абсцесс, параоссальная флегмона
- 6.4. рубцовая деформация, дефект мягких тканей

VII. РЕАКЦИЯ МАКРООРГАНИЗМА

- 7.1. без общих клинических проявлений
- 7.2. с общими признаками воспаления (сепсис)
- 7.3. наличие сопутствующих заболеваний

Разделы предлагаемой классификации «Фаза заболевания», «Этиология», «Патогенез» и «Локализация поражения» применяются для уточнения диагноза и стандартизации клинических наблюдений, а на основании разделов «Реакция макроорганизма», «Клинико-анатомический тип поражения» и «Состояние мягких тканей» определяется тактика лечения.

Клинико-анатомический раздел классификации позволял определять характер хирургического вмешательства.

При медуллярном остеомиелите (распространенное внутрикостное поражение при гематогенном остеомиелите и при нагноении после интрамедуллярного остеосинтеза — 63 пациента) лечение включало различные методы трепанации кости с удалением секвестров из костномозговой полости. Операцией выбора при этом типе поражения является костнопластическая трепанация, при которой доступ к костномозговому каналу осуществляется без удаления здоровой костной ткани. Поэтому практически не образуется дефект кости.

Основной задачей при поверхностном остеомиелите (поражение только компактного вещества кости, в основном в сочетании с дефектом мягких тканей — 24 больных) было пластическое закрытие кости после кортикоэктомии васкуляризованными лоскутами.

Компонентами лечения очагового остеомиелита (ограниченный гнойно-некротический процесс в компактном веществе кости и костномозговой полости без поражения всего диаметра и без нарушения целостности кости — 104 пациента) являлись хирургическая обработка с последующей пластикой костной полости мышечным лоскутом.

При диффузном остеомиелите (поражение всего диаметра или целого сегмента кости при открытых переломах и ложных суставах, осложненных гнойной инфекцией — 254 больных) хирургическое лечение включало сегментарную резекцию, иммобилизацию аппаратом внешней фиксации с последующим замещением сегментарного дефекта кости методом Илизарова.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Удалось купировать воспалительный процесс и восстановить функцию конечностей у 408 (91,7 %) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Предложенная классификация остеомиелита облегчает стандартизацию клинических наблюдений, а также позволяет планировать лечебную тактику.