

на исход заболевания, а также требуют значительных расходов материальных средств. В структуре послеоперационных осложнений они составляют от 27 до 46 %. Снижение послеоперационных гнойных осложнений возможно при широком использовании лапароскопических операций и операций из минидоступа в сочетании с рациональной антибиотикопрофилактикой и антибиотикотерапией.

В 2005 году в практику МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка внедрена обязательная периоперационная антибиотикопрофилактика при острых заболеваниях органов брюшной полости. Антибиотикопрофилактика проводится цефалоспоридами непосредственно перед операцией и по показаниям проводится антибиотикотерапия. С августа 2005 года открыта операционная для выполнения лапароскопических операций у больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости. С апреля 2006 года в практике неотложной хирургии используется минидоступ при остром холецистите и перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

В таблице 1 показано количество выполненных оперативных вмешательств, в т.ч. малоинвазивные операции (лапароскопические и операции из минидоступа) и количество послеоперационных осложнений.

Таблица 1

Динамика изменений числа послеоперационных осложнений

Год	Количество операций	Малоинвазивные операции	Послеоперационные осложнения
2003	1428	213 (14,9 %)	69 (4,8 %)
2004	1448	246 (16,9 %)	63 (4,4 %)
2005	1394	367 (26,3 %)	36 (2,6 %)
2006	1288	513 (39,8 %)	25 (1,9 %)

Снижение числа послеоперационных осложнений связано, в первую очередь, с уменьшением количества гнойных осложнений (нагноение раны, абсцессы и инфильтраты брюшной полости: 2003 г. — 36, 2006 г. — 6). Обязательное использование лапароскопической технологии в неотложной хирургии значительно повысило точность диагностики и уменьшило число необоснованных лапаротомных хирургических вмешательств. Сочетание лапароскопических операций и операций из минидоступа позволяет у 80 % больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки выполнить операцию без широкой лапаротомии. При остром холецистите процент малоинвазивных операций превышает 90 %, при этом операции из минидоступа позволяют даже в сложных клинических ситуациях выполнить первичную радикальную операцию.

#### ВЫВОДЫ

1. Развитие гнойных послеоперационных осложнений связано не только с характером первичного заболевания, по поводу которого выполнено операция, но и с организацией неотложной хирургической помощи.
2. Внедрение антибиотикопрофилактики и рациональной антибиотикотерапии позволяют уменьшить число гнойных послеоперационных осложнений.
3. Использование лапароскопических операций и операций из минидоступа в неотложной абдоминальной хирургии в сочетании с антибиотикопрофилактикой более чем в два раза уменьшает число гнойных послеоперационных осложнений.

**Л.Н. Белобратова, В.С. Яковлев, В.Е. Воловик, Ю.В. Ярошенко, В.К. Ко, А.Н. Исаков,  
М.И. Жарикова, Л.П. Сухонос**

#### ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

**ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (Хабаровск)  
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Росздрава» (Хабаровск)  
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» (г. Хабаровск)**

Мы располагаем опытом лечения 66 больных с дефектами длинных трубчатых костей, находившихся на лечении в травматолого-ортопедическом отделении ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева с 1993 по 2006 г. Из них мужчин — 56 (84,9 %), женщин — 10 (15,1 %) в возрасте от

16 до 60 лет. По социальному статусу работающих — 16 (24,2 %), не работающих — 19 (28,8 %), инвалиды 2 группы — 31 больной (47 %).

Основными причинами формирования дефекта длинных трубчатых костей являлись:

1. Посттравматический и гематогенный остеомиелит после проведения радикального хирургического лечения в объеме сегментарной резекции гнойного очага или проведения неоднократно секвестрэктомии — 38 больных (57,6 %);

2. Огнестрельные и открытые переломы длинных трубчатых костей с первичным дефектом костной ткани, или после проведения ПХО и ВХО ран в полном объеме с резекцией костных отломков в пределах здоровых тканей — 24 пациента (36,4 %);

3. Опухоли длинных трубчатых костей после радикальных вмешательств — 4 больных (6 %).

К дефектам кости относили утрату костного вещества с дефектом тканей между костными фрагментами более 1 см. При определении истинных размеров дефекта кости учитывали сумму межкостного диастаза и размеры анатомического укорочения поврежденного сегмента конечности.

По величине костных дефектов преобладали диастазы от 5 до 15 см, всего 44 больных (66,7 %), наиболее частая локализация дефектов — кости голени — 42 больных (63,6 %).

Свободная костная пластика малоберцовой костью применена у 4 (6,0 %) пациентов при замещении дефекта кости после резекции опухолевого процесса.

При субтотальных дефектах большеберцовой кости у 2-х больных и при дефектах 15 см, с обширными рубцовыми изменениями мягких тканей конечности у 2 пациентов применена методика тибялизации «фрагмент — цилиндр».

Метод билокального и полилокального остеосинтеза по Илизарову в различных модификациях применялся при замещении дефектов у 51 пациента (77,3 %).

У одного пациента (1,5 %) замещение дефекта большеберцовой выполнено комбинированным способом (билокальный и тибялизация).

Монолокальный компрессионный остеосинтез выполнен у 6 больных с целью восстановления опороспособности конечности и отказа пациентов от восстановления длины конечности при дефектах до 5 см у 4 пациентов и более 10 см у двух больных. Всего на этапах лечения выполнено 238 оперативных вмешательств, число повторных госпитализаций в среднем составило  $5 (\pm 3)$ , основная причина повторной госпитализации — воспаление мягких тканей вокруг спиц, необходимость проведения комплексных мероприятий с целью купирования воспалительного процесса, в том числе проведение дополнительных спиц.

Средние сроки лечения составили для верхних конечностей 11 мес. ( $\pm 5$  мес.), для нижних конечностей 37 ( $\pm 15$ ) мес.

У двух пациентов (3,0 %) наступил рецидив остеомиелита большеберцовой кости в течение года после окончания замещения дефекта кости, что потребовало повторного вмешательства с резекцией гнойного очага и последующим замещением дефекта кости.

Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 59 больных (89,3 %), неудовлетворительные исходы у двух пациентов (3 %) с субтотальным дефектом большеберцовой кости на фоне хронического посттравматического остеомиелита, при обширных рубцовых изменениях мягких тканей. Пятеро пациентов находятся на этапе лечения.

Анализ ближайших и отдаленных результатов показал, что наиболее благоприятные результаты замещения дефекта кости получены у больных с открытыми, в том числе огнестрельными, переломами длинных костей после проведения ПХО и ВХО ран в полном объеме, с резекцией костных отломков в пределах здоровых тканей и ранним замещением дефекта кости методом билокального остеосинтеза по Илизарову.

К недостаткам методов замещения дефектов длинных костей можно отнести длительность лечения больного и необходимость постоянного контроля за пациентом.

### **Выводы**

1. Билокальный остеосинтез по Илизарову, выполненный при соблюдении техники и технологии, по строго обоснованным показаниям, является наиболее эффективным способом замещения дефектов длинных костей.

2. При открытых, в том числе, огнестрельных переломах длинных трубчатых костей первичная и вторичная хирургическая обработка ран в сочетании с резекцией костных отломков в пределах здоровых тканей с последующим ранним билокальным остеосинтезом по Илизарову позволяет предотвратить развитие гнойных осложнений и получить хорошие результаты при замещении дефекта кости.

3. При субтотальных дефектах методом выбора является костная пластика малоберцовой костью.