

рированными гаверсовыми каналами, большим количеством нейтрофильных лейкоцитарных инфильтратов и микробных тел, а также патологическими грануляциями, обедненными клеточными элементами, обнаруживаются микроабсцессы. Наружная стенка секвестральной капсулы состояла из умеренного «разряженного» остеосклероза, гаверсовые каналы сужены, но содержали кровяные элементы, изредка определялись лейкоцитарные и лимфоидные инфильтраты. Костная ткань перифокальной области была представлена в большинстве наблюдений костной тканью, содержащей слабо выраженный остеосклероз, расширенные гаверсовые каналы, макрофаги, остеобласты; в 12% наблюдений заключение было следующим: «костная ткань обычного строения».

Исходя из полученных данных морфологического исследования при хирургическом лечении хронического остеомиелита считаем обоснованно необходимое удаление не только ВСОП, но и частичное удаление НСОП до симптома «кровяной росы», т.н. условной зоны радикальности и наибольшей пластичности (с условием отсутствия формирования сообщения с костномозговым каналом для избегания возможного распространения инфекции). Вместе с тем, полученные результаты исследования свидетельствуют о пригодности костной ткани перифокальной области для использования в лечении хронического остеомиелита длинных трубчатых костей в пластических целях. Костная ткань из перифокальной области стерильна, обладает пластическими свойствами, имеет большую сопротивляемость к инфекции остеомиелитического очага.

КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Гаврилов А.Н., Перова Е.В.

Кафедра общей хирургии Ижевской государственной медицинской академии, Ижевск

Хирургия хронического остеомиелита на современном этапе – это пластическая восстановительная хирургия. Лечение должно быть направлено на удаление гнойно-некротического субстрата, борьбу с инфекцией, восстановление целостности и функции пораженного сегмента [1,5]. При этом современными авторами отмечены рецидивы при хроническом остеомиелите даже после радикальных операций у 10 - 47,5 % пациентов [2,4,7], в 30% случаев они ведут к инвалидности [2]. Выбор способа пластики остаточной костной полости остается актуальным и дискутируемым вопросом [1,5]. Логичнее всего заполнять костный дефект однородной тканью – костью. При аутогенной пластике современные авторы используют костную ткань гребня подвздошной области [5], ребра, малоберцовой кости [1,6]. Различные по характеру, степени пластичности и приживления, материалы для пластики в процессе своей заготовки, в большинстве случаев, увеличивают инвазивность оперативного лечения, а оперативное лечение с их применением трудоемкое и зачастую многомоментное. Все это заставляет вести активный поиск в усо-

вершенствовании методов пластического замещения остаточных костных полостей при хроническом остеомиелите.

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных хроническим остеомиелитом путем разработки и внедрения метода пластики остаточной полости аутогенной костной «стружкой» из перифокальной области.

В клинике общей хирургии Ижевской медицинской академии широко применяется способ пластики остаточной костной полости аутогенной костной тканью из перифокальной области. При этом способе проводили забор аутогенной костной «стружки» из перифокальной области, находящейся непосредственно за секвестральной капсулой и примыкающую к ней. После проведения радикальной некрсеквестрэктомии остаточную костную полость выполняли костной «стружкой», придавая последней размеры ~ 8 × 10 × 0,3 – 0,6 мм до уровня окружающей костной ткани с тщательным послойным ушиванием раны без дренирования.

Изучив костную ткань перифокальной области, способ пластики остаточных полостей аутогенной костной «стружкой» из перифокальной области обладает преимуществами технического характера: позволяет уменьшить травматичность оперативного лечения, использовать однородную ткань, а также клинического характера: способностью укрепить пораженный участок кости, возможностью реваскуляризации остаточной костной полости, высокой сопротивляемостью пластического материала к инфекции.

Положительные решения поставленных задач отразились в получении патента на изобретение Российской Федерации № 2241402 от 10 декабря 2004 года (авторы: В.А. Ворончихин, В.П. Пушкарев, Б.А. Лekomцев, А.Н. Гаврилов).

К ВОПРОСУ О ЗАВИСИМОСТИ УРОВНЯ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ ПУТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ, ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА И ПРЕМОРБИТНОГО ФОНА НОВОРОЖДЕННОГО

Гарибян А.А., Нерсесян З.П., Бахшиян Т.Р.
Роддом мед. Центра “Сурб Аствацамайр”, Ереван

Термин – родовая травма (РТ) объединяет нарушение целостности (отсюда и нарушение функции) тканей и органов ребенка, возникшие во время родов. Перинатальная гипоксия и асфиксия в родах часто сопутствуют родовым травмам и могут быть являться патогенетическими звеньями их возникновения. Частота родовых травм существенно зависит от четкого прогнозирования, выбора пути родоразрешения, акушерских пособий в родах, а так же от того каким плод вступает в роды. Предрасполагающие факторы РТ можно разделить на две большие группы:

1. Факторы не связанные с родовым актом (ягодичное и другие аномальные предлежания, крупный плод, переношенность, глубокая недоношенность, аномалии развития плода и т.д).