

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).

2. Факторы, возникающие в родах (затяжные, или стремительные роды, узкий таз, ригидность родовых путей, акушерские пособия).

Все родовые травмы можно разделить на четыре большие группы:

1. Переломы костей;
2. Травмы мягких тканей;
3. Внутривнутрибрюшинные травмы
4. травматические повреждения нервной системы (НС.)

Цели и задачи. На основании клинических наблюдений произведены анализ и обобщение результатов проведенных родов и дана сравнительная характеристика зависимости РТ от выбора пути родораз-

решения, от гестационного возраста и преморбитного фона новорожденного.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ показателей детского травматизма за период с 1 января 2000 по 1 октября 2004 в роддоме мед центра "Сурб Аствацамайр". За анализируемый период в роддоме родились живыми 5764 ребенка, из них с РТ 121 ребенок, что составляет 2,1%. Путем операции кесарева сечения родились 715, остальные 5049 родились через естественные родовые пути (сюда входят также роды путем вакуум экстракции и наложения акушерских щипцов и роды в тазовом предлежании).

**Таблица 1.** Сравнительный анализ

Родились живыми 5764 ребенка		С травмами 121(2,1%)
Путем операции кесарева сечения	715	3(0,4%)
В тазовом предлежании	145	3(2,0%)
Путем вакуум экстракции	14	4(28,6%)
Путем наложения акушерских щипцов	2	1(50%)
Естественным путем	4963	110(2,2%)

Как видно из таблицы при оперативном родоразрешении из 715 детей родились три травмированных ребенка, все трое недоношенные (весом 1600гр., 1800гр., 2300гр.). У всех троих имелся преморбитный фон – внутриутробная (в/у) инфекция, хроническая в/у гипоксия, пневмопатия. По описанию операции трудностей при извлечении не было. В тазовом предлежании из 145 детей диагностировано 3 травмы, не доношенные, имелся преморбитный фон (хроническая в/у гипоксия.). В случаях же с наложением вакуум экстракции и акушерских щипцов все дети были доношенные, но в родах диагностирована слабость потуг, острая гипоксия плода, все родились в состоянии асфиксии, легкой, средней и тяжелой степени.

При анализе гестационного возраста травмированных детей установлено, что переносимые составляют 3,3%(4 ребенка), недоношенные 6,6%(8 детей), остальные дети были доношены. При исследовании преморбитного фона у травмированных детей наиболее часто встречаемой патологией, приводящей к в/у гипоксии и интранатальной асфиксии и в/у инфицирования, являлись анемии, ОРВИ, ожирение, преэклампсия.

Основываясь на классификации травматизма у новорожденных и данных, по нашему роддому у нас получился следующий расклад РТ по диагнозам:

кефалогематомы(47,7%), переломы ключицы (36,3%), внутривнутричерепные травмы - ВЧРТ(11,3%), спинальные травмы, подпапневротические гематомы и парез лицевого нерва по соответственно 3, 2, и 1 случаю. Были так же учтены по историям такие факторы как юные(8 случаев) и возрастные(4сл.) первородящие, длительный безводный промежуток(23сл.), длительный потужной период(5сл.), стремительные(0сл.) и затяжные (>12 ч. 5сл.) роды.

Анализируя полученные данные можно сделать следующие выводы:

1. Кесарево сечение является наиболее щадящим методом родоразрешения;

2. Роды в тазовом предлежании не являются более травматичными, чем в головном;

3. Наиболее травматичными являются роды с наложением акушерских щипцов и вакуум экстракции плода. Правильная оценка акушерской ситуации позволит своевременно выбрать альтернативный метод родоразрешения, т.е. кесарево сечение. В случаях же когда акушер-гинеколог вынужден прибегнуть к этим операциям, необходимо чтобы они проводились высококвалифицированными врачами, что, несомненно, приведет к снижению детского травматизма.

4. Гестационный возраст новорожденного имеет существенное значение при развитии РТ (недоношенные и переношенные дети), вне зависимости от пути родоразрешения.

5. Наличие преморбитного фона в сочетании с гестационным возрастом может способствовать возникновению РТ и усугубить ее течение, даже при щадящем пути извлечения новорожденного (кесарево сечение).

Таким образом, обобщая все выше сказанное, наши исследования и литературные данные можно сказать, что правильное ведение беременности с целью профилактики в/у инфекций и гипоксии плода, своевременная сохраняющая терапия с целью профилактики преждевременных родов, своевременная диагностика перенашивания в сочетании с правильной тактикой ведения родов дает возможность избежать РТ новорожденных.

### СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕХОДА ОТ ЮНОСТИ К РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

Горст Н.А., Горст В.Р.

*Астраханский государственный университет, Астрахань*

Физическое развитие представляет собой один из важнейших показателей здоровья человека, что явля-