

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечение больных с инфицированными несращениями длинных костей (ИНДК) представляет значительную социальную проблему. Обусловлено это молодым возрастом пострадавших, высоким процентом выхода на инвалидность, высокой стоимостью лечения, неудовлетворительными результатами лечения.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с ИНДК на основе выбора оптимальной хирургической тактики и консервативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлен опыт лечения 224 больных с ИНДК. Тактика хирургического лечения зависела от степени выраженности репаративных процессов и характера поражения кости гнойным процессом. Консервативная терапия проводилась с точки зрения современного понимания воспалительного процесса.

Мужчин было 172 (77%), женщин соответственно 52 (33%). Подавляющее большинство пострадавших были трудоспособного возраста (160 – 71%). Нижние конечности были поражены травматическим остеомиелитом в 167 случаях (75%).

Наиболее распространенными и широко применяемыми классификациями остеомиелита являются классификации Waldvogel (по этиологическому фактору) и Cierny-Mader (анатомическая классификация).

Каждая из предложенных классификаций позволяет определить объем и характер проводимых лечебных мероприятий у больных с остеомиелитом. Наличие ряда особенностей, основными из которых есть сочетание процессов воспаления и регенерации поврежденной костной ткани при ИНДК, позволяют нам высказать ряд соображений по этому поводу.

Предложенная нами характеристика ИНДК базируется на анатомических принципах – степени (распространенности) воспалительного процесса в кости и выраженности репаративных процессов при переломе кости (есть сращение или его нет). Такой принцип лежит в основе выработки тактики хирургического лечения.

Составными частями мультимодального

обезболивания являлись: местные анестетики (спинномозговая анестезия маркаином или проводниковая); опиоидные анестетики; нестероидные притивовоспалительные препараты (дексалгин); инфлуган.

Коррекцию гиперкатаболического синдрома в раннем послеоперационном периоде мы проводили введением растворов аминокислот и раствора глюкозы. Эндотелиопротекция состояла в применении пентоксифиллина и гидроэтилкромалов (рефортан и др). Низкомолекулярные гепарины (цибор) позволяли улучшить реологические свойства крови.

Обязательным мы считали введение коферментов (витамины группы В), антиоксидантов (альфа-липоевая кислота – берлитион).

Обеспечение потребностей минерального обмена осуществляли препаратами активного кальция и витамина Д (Кальций Д3 Никомед форте).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Предложенные нами принципы при выборе индивидуального объема хирургического вмешательства с учетом классификаций Cierny-Mader и Waldvogel, а также степени поражения костной ткани и выраженности репаративного процесса позволили достичь положительных результатов у 204 (92,4%) больных с ИНДК. Важной составляющей мы считаем и проведение адекватной, с учетом современных взглядов и выявленных индивидуальных закономерностей, консервативной терапии.

Выводы

В основу выработки хирургической тактики у больных с ИНДК были взяты принципы классификаций Waldvogel и Cierny-Mader а так же степень поражения костной ткани и выраженности репаративного процесса;

Основной комплексной консервативной терапии явилось понимание травматического остеомиелита как синдрома системного воспалительного процесса;

Использование предложенных подходов позволило достичь положительных результатов у 204 (92,4%) больных с ИНДК.