

S. Ye. VOSKANIAN, V. G. OGANESSIAN, Kh. A. ANAPIOSSIAN, V. S. VOSKANIAN
ON THE PROBLEM OF ELECTROGASTROGRAPHY IN PATIENTS
WITH GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

According to EGG data the motility of the stomach has been studied before the operation and after different surgical interventions with vagotomy on the stomach and duodenum in case of peptic ulcer.

It is revealed that the postoperative disorders of the stomach motility have a tendency to recovery during one year's period.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Берёзов Ю. Е., Варшавский Ю. В. Оперированный желудок. М., 1974.
2. Василенко В. Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1981.
3. Железный В. И. Автореф. канд. дисс. М., 1967.
4. Русаков А. А. Рак желудка. Л., 1979.
5. Спасокукоцкий С. И. Труды, т. II. М., 1948.

УДК 616.71—018.46—002.2

И. А. ОВСЕПЯН, В. П. АЙВАЗЯН

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Предлагаемая классификация может быть полезной в выборе оптимального метода лечения посттравматического остеомиелита.

При классификации посттравматического остеомиелита необходимо акцентировать внимание на ряде особенностей его течения и проявлений. Нами предложена (таблица) рабочая классификация посттравматического остеомиелита, в которой учтены характер течения воспалительного процесса, поражение того или иного сегмента кости (кортикальный слой, костномозговой канал), состояние области перелома кости, состояние мягких тканей, наличие или отсутствие нарушений венозного и лимфатического кровотока (при локализации процесса на голени) и др. Ниже приводится обоснование включения в предлагаемую классификацию того или иного показателя посттравматического остеомиелита с точки зрения выбора тактики и характера лечения.

По характеру течения воспалительного процесса как в мягких, так и в костной тканях мы предлагаем различать острый и хронический посттравматический остеомиелит. Острый посттравматический остеомиелит характеризуется повышением в посттравматическом и послеоперационном периоде температуры, лейкоцитозом, появлением сильных болей, то есть наличием гнойно-воспалительного процесса. Своевременным назначением адекватного противовоспалительного лечения с использованием антибиотиков (лечебных, а не профилактических доз), внутриаартериальных вливаний лекарственных веществ, вскрытием и эвакуацией нагноившейся гематомы и других мероприятий в большин-

стве случаев можно добиться купирования гнойно-воспалительного процесса и предупреждения перехода его в хроническую фазу.

Классификация посттравматического остеомиелита

Таблица

Показатель	Характеристика показателя
1. Характер воспалительного процесса	Острый Хронический
2. Локализация очага на кости	Метафизарный Метадиафизарный Диафизарный Кортикалит Миелиит Остеомиелит
3. Характер поражения структуры кости	Без костного дефекта С наличием костного дефекта
4. Наличие костного дефекта	а) пристеночный дефект б) циркулярный дефект Сросшийся Срастающийся Несросшийся Ложный сустав Бессвищевая форма
5. Состояние перелома	С наличием свища С наличием глубокого дефекта мягких тканей С наличием дефекта кожи
6. Состояние мягких тканей	Без нарушения венозного кровотока С острым нарушением венозного кровотока С хронической венозной недостаточностью
7. Состояние венозного кровотока (только при посттравматических остеомиелитах костей голени)	

При хроническом течении процесса клинические симптомы воспаления обычно отсутствуют, а основным признаком остеомиелитического процесса является наличие постоянного гнойного отделяемого из раны или свища, имеющего связь с костью. В этих случаях также своевременное и адекватное лечение (как медикаментозное, так и оперативное) приводит к купированию воспалительного процесса. В ряде случаев после наступления клинического купирования воспалительного процесса через определенное время (от нескольких дней до нескольких лет) наступает рецидив заболевания со всеми признаками острого остеомиелитического процесса, переходящего в хроническую фазу заболевания. Частые рецидивы способствуют прогрессирующему разрушению костной ткани с возникновением постостеомиелитических костных дефектов, секвестров, патологических переломов и др. Лечение этой формы посттравматического остеомиелита должно носить радикальный характер с использованием оперативных и медикаментозных методов.

Посттравматическим остеомиелитом может поражаться практически любая кость человеческого организма, любой ее сегмент. Поэтому мы считаем целесообразным выделение метафизарного, метадиа-

физарного и диафизарного посттравматического остеомиелита. Локализация остеомиелитического процесса на кости имеет значение как с точки зрения прогноза заболевания, так и выбора тактики лечения. Метафизарный остеомиелит имеет тенденцию к образованию полости, нередко с наличием дефекта костной ткани. При диафизарной локализации остеомиелитического процесса отмечается частое нарушение процесса консолидации перелома и возникновение таких состояний, как замедленная консолидация, несращение переломов и ложные суставы. Патогенетически в ряде случаев при остеомиелите воспалительный процесс протекает довольно бурно и захватывает как кортикальную пластинку, так и костномозговой канал. Однако даже при хорошем сопоставлении отломков и стабильном остеосинтезе возможно возникновение гнойнонекротического процесса в костномозговом канале снаруж, при этом имеют место явления миелита. Причинами возникновения миелита могут быть, с одной стороны, экзогенная инфекция, попавшая в костномозговой канал при травме, либо с фиксирующей интрамедуллярной конструкцией, с другой—некротизация внутрикостных структур как в результате первичной травмы, так и в результате введения интрамедуллярных фиксаторов. С этих позиций мы предлагаем, исходя из клинической, рентгенологической и патологоанатомической картин заболевания, различать гнойный кортикалит, миелит и остеомиелит (кортико-миелит). Гнойный кортикалит редко сопровождается бурными клиническими проявлениями воспаления (за исключением воспалительного процесса в мягких тканях) и, как правило, протекает торпидно. Воспалительный процесс, начинающийся в костномозговом канале (миелит), как правило, сопровождается выраженным болевым синдромом, повышением температуры. Эти явления уменьшаются после прорыва очага через кортикальную пластинку в параоссальные ткани, и только к этому времени обычно появляются клинические признаки воспалительного процесса в мягких тканях.

При адекватном и полноценном лечении возможно купирование гнойно-воспалительного процесса в кости на стадии кортикалита или миелита. При переходе же воспаления в хроническую стадию в большинстве случаев патологический процесс поражает как кортикальную пластинку, так и костномозговые структуры, и данная картина характеризуется как хронический посттравматический остеомиелит.

В течении остеомиелитического процесса в зависимости от того, превалирует ли воспалительный процесс над процессом разрушения кости или наоборот, могут возникать костные дефекты и нарушения консолидации. Выделение такого показателя, как «наличие костного дефекта» особенно важно с точки зрения выбора тактики лечения и характера оперативного вмешательства. При наличии большого пристеночного костного дефекта показана костнопластическая (либо мио-пластическая) операция. Мягкие пристеночные костные дефекты в пластическом замещении не нуждаются. При наличии же циркулярных костных дефектов, наряду с санацией очага (резекцией резорбированных концов), необходимо добиться стабильной фиксации отломков и при необходимости провести стимулирование процесса консолидации.

Если остеомиелитический процесс осложнился несращением перелома или возникновением ложного сустава при наличии стабильной фиксации, оперативное вмешательство заключается в санации очага (резекции ложного сустава) и стимуляции репаративной регенерации кости одним из существующих способов (мы отдаем предпочтение выполнению костнопластических операций с использованием костного матрикса). Удаление стабильно фиксирующих погружных фиксаторов оправдано лишь при замене их аппаратами для внешней внеочаговой фиксации, преимущества которой известны. При наличии несращения области перелома либо ложного сустава, сопровождающегося нестабильной фиксацией области перелома, наряду с проведенной санацией остеомиелитического очага и костнопластической операцией, необходимо создать стабильную фиксацию отломков одним из существующих методов.

При выборе тактики лечения особое место занимает состояние мягких тканей в области остеомиелитического очага. При отсутствии свища основным ориентиром для определения локализации очага на кости является рентгенологическое исследование. Наличие свища может быть ориентиром после окрашивания его метиленовым синим. Свищи в процессе операции подлежат иссечению. При наличии дефекта мягких тканей до кости после санации остеомиелитического очага ушивание раны нередко затруднено, и поэтому в этих случаях мы считаем целесообразным либо открытое лечение раны, либо двухэтапные операции с использованием глухого шва на втором этапе. Возможно также укрытие дефекта кожными и кожно-мышечными лоскутами из близлежащих либо отдаленных участков тела. Дефекты кожи устраняются одним из существующих методов кожной пластики.

Одним из важных показателей в патогенезе посттравматических остеомиелитов костей голени (а эта локализация является наиболее частой) является состояние венозного кровотока. Гемодинамические особенности венозного кровотока на нижних конечностях, связанные с вертикальным положением тела, близким расположением венозных сосудов голени к костям, при переломах могут приводить к повреждению магистральных и перфорантных вен голени, к острым флеботромбозам, а при присоединении инфекции — к острым тромбозам. Острая венозная недостаточность усугубляет течение инфекционного процесса в кости и угнетает процесс остеогенеза. Такие больные нуждаются в консервативном лечении с включением в комплекс антикоагулянтной терапии. При этом в определенном проценте случаев (по нашим данным, от 5 до 18%) процесс приобретает хроническое течение и формируется картина хронической венозной недостаточности (отек, индурация кожи, нарушение венозного и в некоторой степени артериального кровотока). Все это приводит к резкому нарушению микроциркуляции в области остеомиелитического очага. Такое явление полностью угнетает репаративный процесс всех тканей, включая и костную ткань, что нередко приводит к возникновению инфицированных ложных суставов, несрастающихся переломов, костных дефектов. Включение этой графы в классификацию остеомиелитов мы считаем очень важным моментом,

так как подобная трактовка патогенеза обуславливает совершенно новый подход к лечению посттравматического остеомиелита. Новое в этом вопросе сводится к сочетанию применяемых костнопластических операций с операциями, корригирующими венозный кровоток на голени.

Предложенная нами рабочая классификация посттравматического остеомиелита не является всеобъемлющей, однако, на наш взгляд, она охватывает основные характерные моменты этого заболевания и позволяет лучше ориентироваться при выборе той или иной тактики лечения.

Ереванский НИИ травматологии
и ортопедии

Поступила 29/VII 1985 г.

Ի. Հ. ՀՈՎՍԵՓՅԱՆ, Վ. Պ. ԱՅՎԱԶՅԱՆ

ՀԵՏՏՐԱՎՄԱՏԻԿ ՕՍՏԵՈՄԵԼԻՏԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՐՅԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Հեղինակները մշակել են հետաքալմատիկ օստեոմիելիտի աշխատանքային դասակարգում, որը իր մեջ ընդգրկում է ախտահարումը բնորոշող այնպիսի ցուցանիշներ, ինչպիսին են բորբոքային պրոցեսի բնույթը և տեղադրումը, ոսկրային դեֆեկտի առկայությունը, կոտրվածքի և փափուկ հյուսվածքների վիճակը, սրունքի ոսկրերի օստեոմիելիտի ժամանակ առաջացող երակային շրջանառության վիճակը:

Առաջարկվող դասակարգումը թույլ է տալիս ավելի ճիշտ կողմնորոշվել բուժման տակտիկան ընտրելու ժամանակ:

I. A. HOVSEPIAN, V. P. AYVAZIAN

THE PROBLEM OF POSTTRAUMATIC OSTEOMYELITIS CLASSIFICATION

The classification of the posttraumatic osteomyelitis is worked out, which covers the main indices characterizing this disease, such as the character, the localization of the process of inflammation, the presence of the bone defect, the state of the fracture and soft tissues and the index, characterizing the venous flow in posttraumatic osteomyelitis.

The classification allows to have a better choice of the tactics of the treatment.

УДК 616.617—053.2—007.271—039

Г. А. БАИРОВ, А. А. ВАНЯН, А. С. БАБЛОЯН, И. Б. ОСИПОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО СТЕНОЗА ПРИЛОХАНОЧНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Приведен анализ результатов различных методов хирургического лечения врожденного стеноза прилоханочного отдела мочеточника у детей. Установлено, что результаты лечения зависят от степени морфофункциональных изменений почки и мочеточника, правильного выбора метода операции и дренирования верхних мочевых путей. Патогенетически обоснованной авторы считают операцию Андерсона-Хайнса-Кучеры с интубацией анастомоза и дренированием лоханки.