

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ КОСТЕЙ ТАЗА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ, А. С. МАВРИЧЕВ (Минск)

Остеомиелит тазовых костей по тяжести течения, трудности диагностики и лечения отличается от остеомиелита длинных трубчатых костей. Воспалительный процесс в плоских костях протекает по типу сухого карбеса, не имеет тенденции к отграничению, сопровождается тяжелой интоксикацией и дает высокую летальность. Поэтому тактика при лечении больных с обширными поражениями тазовых костей имеет ряд особенностей.

С 1957 по 1972 г. в клинике лечилось 934 больных по поводу остеомиелита различных форм и различной локализации, из них 76 — по поводу остеомиелита костей таза. Из 76 больных у 25 были обширные поражения тазовых костей. Мужчин было 14, женщин — 11. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 15 лет — 8 больных, от 16 до 20 лет — 7, от 21 года до 30 лет — 4, от 31 года до 40 лет — 5, старше 40 лет — 1 больной. Локализация остеомиелитического процесса следующая: у 12 больных были поражены подвздошная, лонная, седалищная кости, включая суставную впадину, головку и шейку бедра; у 8 — подвздошная, седалищная кости, подвздошно-крестцовое сочленение, суставная впадина, головки и шейка бедра, большой вертел; у 5 — подвздошная кость, суставная впадина, головка и шейка бедра.

У 8 больных кроме костей таза были поражены и другие кости скелета: у 4 больных — бедро, у 2 — бедро и голень, у 1 — бедро, кости голени и нижняя челюсть и у 1 больного — плечевая кость.

Из 25 больных 20 подвергались хирургическому лечению и 5 больных лечились консервативно. Этим больным также была показана операция, но они от нее отказались. Больным проведена антибиотикотерапия, общеукрепляющее лечение, и трое из них выписались с затихшим, но не излеченным остеомиелитическим процессом. Двое больных умерли от сепсиса, у них обнаружены большие изменения в параназальных органах.

Поскольку все оперированные больные перед операцией были истощены, находились в тяжелом состоянии, им проводилась длительная предоперационная подготовка: периодически переливалась кровь, плазма, белковые препараты, глюкоза, солевые растворы, назначались витамины, индивидуальная диета.

Операцию производили под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с применением мышечных релаксантов и

управляемого дыхания, а ослабленным больным — закиси азота. В большинстве случаев применяли разрез Лангенбека с продолжением его до гребешка подвздошной кости. Пораженную кость удаляли поднадкостнично в пределах здоровых частей. Разрушенные головку и шейку бедра, а у отдельных больных и большой вертел, резецировали также поднадкостнично. Раневую поверхность тщательно промывали раствором фурацилина, обильно присыпали порошком пенициллина и стрептомицина. Верхний конец бедра подводили к надкостнице в области бывшей суставной впадины и кетгутowymi швами за надкостницу подшивали к мышцам. На кожу накладывали редкие кетгутковые швы. Конечность отводили и в таком положении накладывали бесподстилочную кокситную гипсовую повязку. При необходимости в гипсовой повязке делали окно для перевязок.

Во время операции больным переливали кровь и ее заменители. В послеоперационном периоде проводили интенсивную терапию, включая антибиотики. Первую гипсовую повязку держали в течение 2—2,5 месяцев, а затем ее меняли на облегченную, и больным разрешали ходить с костылями. Через 6—7 месяцев после операции гипсовую повязку заменяли гипсовым тутором. Стационарное лечение продолжалось в среднем 139 дней.

Послеоперационный период у большинства оперированных протекал относительно спокойно. Осложнения наблюдались у двух больных, оперированных радикально: у одного развилась абсцедирующая пневмония, осложнившаяся пиопневмотораксом и приведшая к летальному исходу; у второй больной после резекции подвздошной кости образовался свищ тонкой кишки, который осложнился диффузным гнойным перитонитом, и больная умерла.

Из 20 оперированных больных 17 выздоровели, 3 умерло (15%). Таким образом, анализируя наблюдения, можно сделать вывод, что при обширном остеомielите костей таза необходима только радикальная операция. Причем операция должна быть произведена до наступления необратимых изменений в паренхиматозных органах.