

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ КОСТЕЙ ТАЗА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

И. Б. Олешкевич, А. С. Мавричев (М и н с к)

С 1957 по 1972 г. в клинике лечилось 934 больных по поводу остеомиелита различных форм и локализации. У 76 больных был остеомиелит костей таза (8,1%), из них у 25 имелись обширные поражения тазовых костей. Ниже нами будет рассматриваться лишь вопрос об обширном поражении костей таза, требующий дальнейшего детального изучения. Остеомиелит тазовых костей хотя и относится к редким заболеваниям, но по тяжести течения, трудности диагностики и лечения отличается от остеомиелита длинных трубчатых костей. Воспалительный процесс в плоских костях протекает по типу сухого кариеса, не имеет тенденции к ограничению, сопровождается тяжелой интоксикацией и дает высокую летальность. Поэтому тактика лечения больных остеомиелитом тазовых костей с обширным поражением имеет ряд особенностей.

Среди больных с обширными поражениями костей таза мужчин было 14, женщин — 11. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 15 лет — 8, от 16 до 20 лет — 7, от 21 года до 30 лет — 4, от 31 года до 40 лет — 5, старше 40 лет — 1. Остеомиелитический процесс локализовался: в подвздошной, лонной, седалищной кости, включая суставную впадину, головку и шейку бедра — у 12; в подвздошной, седалищной кости, подвздошно-крестцовом сочленении, суставной впадине, головке и шейке бедра, большом вертеле — у 8; в подвздошной кости, суставной впадине, головке и шейке бедра — у 5. У 8 больных, кроме костей таза, были поражены и другие кости скелета: бедро — у 4, бедро и голень — у 2, бедро, кости голени и нижняя челюсть — у 1 и плечевая кость — у 1.

Хирургическому лечению подверглись 20 больных, консервативному — 5. Последним также была показана операция, но они или их родственники от нее отказались. Им были проведены антибиотикотерапия и общеукрепляющее лечение, 3 из них выписаны с затихшим, но не излеченным остеомиелитическим процессом. Летальный исход имел место у 2 больных. Причиной его явился сепсис, вызвавший большие изменения в паренхиматозных органах.

Поскольку больные находились в тяжелом состоянии и были истощены, им проводилась длительная предоперационная подготовка: периодические переливания крови, введение плазмы, белковых препаратов, глюкозы, солевых растворов, витаминов, назначение индивидуальной диеты.

Операции производились под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с применением мышечных релаксантов и управляемого дыхания. Ослабленным больным применялась закись азота. В основном пользовались разрезом Ленгенбека с продлением его до гребешка подвздошной кости. Пораженная кость удалялась поднадкостнично до здоровых частей. Разрушенные головка и шейка бедра, а у отдельных больных и большой вертел резецировались также поднадкостнично. Раневая поверхность тщательно промывалась раствором фурацилина, обильно присыпалась порошком пенициллина и стрептомицина. Верхний конец бедра подводился к надкостнице бывшей суставной впадины и фиксировался за надкостницу к мышцам. На кожу накладывались редкие кетгутовые швы. Конечность отводилась и в таком положении накладывалась бесподстилочная кокситная глухая гипсовая повязка. При необходимости в гипсовой повязке делалось окно для перевязок.

Во время операции больным производили переливания крови и вводили ее заменители. В послеоперационный период проводилась интенсивная терапия, включающая и антибиотики.

Первая гипсовая повязка лежала в течение 2—2,5 месяцев, а затем она менялась на облегченную, и больным разрешалось ходить с костылями. Через 6—7 месяцев после операции гипсовая повязка сменялась гипсовым тутором. Стационарное лечение продолжалось в среднем 139 дней.

Послеоперационный период у большинства больных протекал относительно спокойно. Осложнения наблюдались в 2 случаях: у 1 больного развилась абсцедирующая пневмония, осложнившаяся пиопневмотораксом, приведшим к летальному исходу, и у 1 больной после резекции правой подвздошной кости образовался свищ тонкой кишки, который осложнился диффузным гнойным перитонитом, от которого она умерла. Непосредственные

исходы таковы: из 20 оперированных больных 18 выздоровели и 2 умерли, что составляет 10% послеоперационной летальности.

Таким образом, мы пришли к заключению, что при обширном остеомиелите костей таза можно спасти жизнь больным только путем радикальной операции. При этом следует иметь в виду, что операция должна быть произведена до наступления необратимых изменений в паренхиматозных органах.