

пневмонии, нормализация клинико-биохимических показателей. Выписана с улучшением. Рекомендованы курсы эубиотиков, иммунномодуляторов.

**Выходы:**

1. Применение плазмофереза в составе комплексной терапии сепсиса приводит к быстрой дегтоксикации, нормализации иммунного статуса, что способствует стиханию септического процесса;
2. На основании наблюдений мы пришли к выводу, что применение плазмофереза не только улучшает прогноз, но и снижает средний койко-день, что в целом экономически целесообразно;
3. Показанием к плазмоферезу при сепсисе, на наш взгляд, является наличие эндотоксикоза II степени с высоким риском прогрессирования, с повышенными показателями протеолиза и антипротеазной активности.

## **Эпидемиология хронического остеомиелита в лечебных учреждениях г. Екатеринбурга**

*Гасев А.В., Жиляков А.В.*

Хронический остеомиелит (ХО) – тяжелое инфекционное заболевание костей и суставов, сопровождающееся грубым нарушением функции пораженного сегмента и опорности скелета.

Современная травматология в лечении переломов длинных трубчатых костей достигла значительных успехов. Однако абсолютное число больных с ХО не только не уменьшается, но даже увеличивается (Каплан А.В., 1985). Конец 80-х, начало 90-х сопровождались значительным ростом травматизма. При множественных переломах частота различных осложнений выше в 3-4 раза, пропорционально как числу повреждений, так и их тяжести. Особого внимания заслуживает ХО и нарушения процесса консолидации перелома.

процент которых при множественных и сочетанных повреждениях составляет 31-56% (Никитин Г.Д., 1976). Посттравматический остеомиелит составляет от 0,4-7,7% от общего числа осложнений при закрытых и до 49,1% при открытых огнестрельных переломах (Каплан А.В., 1985). По данным ВОВ, остеомиелит возникал у каждого четвертого раненого с повреждениями костей и у каждого второго – при переломах трубчатых костей (Гкаченко С.С., 1986). Значительную часть инвалидов (до 30%) составляют больные трудоспособного возраста с переломами и дефектами большеберцовой кости, осложненные остеомиелитом (Илизаров Г.А., 1976).

Согласно данным отчета о работе хирургических стационаров г. Екатеринбурга за 1997 год, пролечено 7499 больных с различными гнойными заболеваниями, среди них – 600 человек с ХО. Это составляет 8% по отношению ко всем гнойным больным и 3% ко всем больным хирургического профиля. За год работы в Центр гнойной остеологии ЦГБ № 23 госпитализировано 146 больных с ХО. Ряд пациентов неоднократно (от 2 до 6 раз) проходили лечение в Центре. Соотношение мужчин и женщин примерно 10 к 1 (121 и 25 соответственно). Однако в возрасте после 60 лет количество мужчин и женщин выравнивается. В 73 случаях удалось выяснить лечебные учреждения, в которых больной лечился до поступления в ЦГБ № 23.

Таблица № 25.

Лечебные учреждения	Количество больных
Травмпункт	
Орджоникидзевского района	23
ЦГБ № 20	2
ЦГБ № 23	18
ЦГКБ № 24	7
ЦГКБ № 27	1
ГТБ № 36	13
ЦГКБ № 40	1 .
УНИИТО	3

Как следует из таблицы, большинство из больных проходили лечение в травматологических стационарах города.

Распределение пациентов по основным нозологическим формам представлено в таблице №26.

Таблица № 26.

Заболевание	Количество больных
Хронический посттравматический остеомиелит (включен послеоперационный остеомиелит)	84 (57,3%)
Хронический гематогенный остеомиелит	9 (6,4%)
Атипичные формы остеомиелита (абсцесс Броди, остеомиелит Гарре)	4 (2,7%)
Контактогенный остеомиелит	49 (33,6%)
ВСЕГО	146 (100%)

Как свидетельствуют данные, более половины патологии составляет хронический посттравматический остеомиелит.

В группу контактогенных остеомиелитов включены пациенты с различным характером поражения мягких тканей с последующим распространением инфекции на кость.

Таблица № 27.

Характер поражения мягких тканей	Количество случаев
Раны мягких тканей кисти	29
Ушиб стопы	3
Трофические расстройства стоп на фоне сахарного диабета	5
Трофические расстройства стоп на фоне поражения ЦНС	3
Термические поражения	4
Сдавление мягких тканей в гипсовой повязке	3
Бурсит	2
ВСЕГО	49

В большинстве случаев повреждения мягких тканей осложнялись остеомиелитом на кисти.

Отмечено наиболее часто развитие ХО голени, бедра, кисти, голеностопного сустава и стопы, которые в сумме составляют 86,7%. В единичных случаях поражен тазобедренный, плечевой, локтевой суставы.

Согласно литературным данным, тяжесть травмы является причиной остеомиелита лишь в 20% случаев, в 80% – это результат врачебных ошибок (Синило М.И., 1974).

В связи с этим, представляет интерес характер плановых оперативных вмешательств и манипуляций, осложнившихся остеомиелитом.

Таблица № 28.

*Характер оперативных вмешательств и манипуляций*

Оперативные вмешательства и манипуляции	Количество случаев
Интрамедуллярный остеосинтез бедра	10
Экстрамедуллярный остеосинтез плеча	3
Внеочаговый остеосинтез голени	8
Скелетное вытяжение за пятую кость	4
<b>ВСЕГО</b>	<b>25</b>

Как следует из таблицы, основная масса гнойных осложнений обусловлена погружным остеосинтезом. Обращает внимание развитие гнойных осложнений после плановых оперативных вмешательств, которые составили 29,7%, среди больных с посттравматическим остеомиелитом и 17% среди всех пациентов с ХО.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о широком распространении гнойных заболеваний как после тяжелых переломов костей конечностей, так и травматических остеосинтезов.

*Список литературы:*

1. Гринев М.В. Хронический остеомиелит. – М.: Медицина, 1997. – 200 с.
2. Каплан А.В., Максон Н.Е., Мельникова В.М. Гнойная травматология костей и суставов. – М., 1976. – 264 с.
3. Синило М.И., Сидоренко В.В. Некоторые вопросы этиологии посттравматического остеомиелита длинных трубчатых костей. // Хронический остеомиелит. – Киев, 1974. С. 106-108.

4. Никитин Г.Д., Митюнин Н.К., Грязнухин Э.Г. Множественные и сочетанные переломы костей. – Л.: Медицина, 1976. – 264 с.
5. Ткаченко С.С., Юшманов Г.И. Посттравматический остеомиелит // Вoen.- мед. жур. – 1986. № 4. С. 53-54.
6. Чрезкостный остеосинтез аппаратом Илизарова при лечении ложных суставов голени, осложненных остеомиелитом: Метод. рекомендации. Сост.: Илизаров Г.А., Каплунов А.Г., Дегтярев В.Е. – Курган, 1976. С. 22.

## Применение геля “Тизоль” с включением 0,1% диоксицина для местного лечения глубоких инфицированных и гнойно-некротических ран

Жиляков А.В., Гаев А.В.

При открытых переломах костей голени часто возникают глубокие раны с признаками инфицирования подлежащей костной ткани. Такие раны часто переходят в гнойно-некротические, приводящие к контактному посттравматическому остеомиелиту. Подобные дефекты также возникают в результате сегментарной резекции костей голени, после которой образуется относительный излишек мягких тканей, являющихся стенками раны. Ранее глубокие раны местно лечились повязками с водными или спиртовыми растворами антисептиков, но из-за быстрой испаряемости их применение недостаточно эффективно.

По наблюдениям ряда авторов, применение 0,1% водного раствора диоксицина для местного лечения гнойных ран малоэффективно из-за быстрого высыхания повязок и ограниченности антимикробного действия в пределах поверхности раны, в то время как патогенная флора развивается в глубине раны.

Цель данного исследования – выявление эффективности применения геля “Тизоль” с включением 0,1% диоксицина для местного лечения глубоких инфицированных и гнойно-некротических ран.

Для обеспечения антисептических условий было решено использовать гель “Тизоль” (Р. 93.192.1.) с включением 0,1% диоксицина, наносимого тонким слоем на марлевые салфетки для тампонирования ран. “Тизоль” является аквакомплексом глицеросольват а титана.