

клинической и рентгенологической динамики осуществляются через 1-3 месяца. Ребенок наблюдается до полного выздоровления. Определяем показания к этапному консервативному, оперативному лечению, а также к назначению инвалидности при нарушении функции опорно-двигательного аппарата.

Проблема выбора способа лечения хронического остеомиелита требует дальнейшего исследования, внедрения новых материалов для костной пластики, в частности, остеопластов.

КОСТНЫЙ ПАНАРИЦИЙ – ПРОБЛЕМА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

**Черненко Л.Ю., Куракина Т. В., Лобанов Ю.Я.,
Нагорный Е.А., Сакович А.В.**

Панариций - собирательное понятие, объединяющее все гнойно-воспалительные процессы, которые располагаются в области фаланг пальцев.

Различают следующие виды панарициев: кожный, паронихия, околоногтевой, подногтевой, подкожный, сухожильный, костный.

У детей раннего возраста соединительно-тканые перемычки выражены не так отчетливо, поэтому гнойный процесс, который возник подкожно, может легко распространиться в глубину.

Костный панариций (остеомиелит ногтевой фаланги) может быть следствием перехода воспалительного процесса с подкожного панариция, гнойного тендовагинита на кость, инфицирования ее в результате травмы пальца или попадания инфекции гематогенным или лимфогенным путем. Процесс может распространиться на среднюю и основную фаланги.

Первым клиническим симптомом является боль, возникающая в области ногтевой фаланги пальца в покое и при движениях. Ногтевая фаланга равномерно увеличивается в размерах, становится отечной, с уплотненной кожей, резко болезненной при пальпации, появляется гиперемия кожи. Ухудшается состояние и самочувствие ребенка, повышается температура тела до 37,5 - 39° С. Вовлекаются в процесс сухожильные влагалища. Чаще наблюдается поражение дистального конца ногтевой фаланги. Рентгенологические признаки остеомиелита появляются спустя 6 - 10 дней от начала заболевания.

В клинике детской хирургии УГМА с 1996 г. по октябрь 2000 г. пролечено 436 детей с различными гнойно-воспалительными изменениями пальцев кистей и стоп. Среди них костный панариций мы наблюдали у 113 детей (25,9%). Страдают этим заболеванием чаще мальчики (62%) старшей и средней возрастной группы. Как правило, дети поступали в отделение гнойной хирургии в поздние сроки заболевания, на 5-8 сутки, из них 70% детей получали амбулаторное лечение, а 30% пациентов занимались самолечением.

Наши данные показывают, что костный панариций чаще встречается на правой кисти. в подавляющем большинстве поражаются ногтевые фаланги I, II, III пальцев.

Лечение костного панариция комплексное. Под общим обезболиванием производится вскрытие гнойника по боковой поверхности пальца по ходу кожных линий. Хороший эффект даст применение разрезов с двух боковых сторон пальца и установление сквозного резинового дренажа на первые 2-3 дня. После вскрытия гнойника уточняют диагноз остеомиелита с помощью пуговчатого зонда. Кость при остеомиелите оголена, шероховата. Удаляют секвестрированный участок, стремясь к максимальному сохранению небольших здоровых участков фаланги вместе с надкостницей, что является залогом выздоровления без деформации пальца. Полость гнойника промывают раствором перекиси водорода. Накладывают повязку с гипертоническим раствором, в дальнейшем - с йодопирином, бетедином. Назначают обезболивающие средства, десенсибилизацию, антибиотикотерапию, УВЧ до 5-7 процедур на пораженную фалангу.

В лечении больных с костными панарициями успешно применяем ультразвуковую кавитацию в ванночке с антибиотиком в растворе с ДМСО, повязки с «озвученным» раствором. В терапии необходимы препараты, улучшающие периферическое кровообращение (трентал, пентиллин и т.п.), назначаем витаминотерапию. Средний койко-день при костном панариции - 11. Ни одному ребенку не произведено органоуносящих вмешательств.

Комплексное лечение позволяет сохранить пораженную тяжелым деструктивным процессом ногтевую фалангу и добиться в отдаленном периоде ее анатомического и функционального восстановления.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВАРИКОЗНЫМ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Цап Н.А., Чукреев В.И., Макаров П.А., Рычков П.Б.

Чаще всего первым проявлением портальной гипертензии, независимо от ее причины, является желудочно-кишечное кровотечение. Наиболее важным в клиническом отношении обходным путем для портальной крови являются коллатерали между короткими и нижней венечной венами желудка и подслизистым венечным сплетением нижней трети пищевода и дна желудка и далее с системной непарной веной.

За анализируемый пятилетний период 1995-2000 гг. в неотложную хирургию поступили 7 детей с желудочно-пищеводным варикозным кровотечением (ЖПВК) в возрасте от 2 до 9 лет. У 4 детей выявлена внепеченочная форма портальной гипертензии, у 3 - внутрипеченочная. 5 детей (71%) поступили с первыми в жизни кровотечениями. Двое детей имели достаточно