

Их дополнительно перевязали. У второй больной пузырьная артерия имела необычное положение, располагалась книзу от протока. Это было установлено при транслилюминации до начала выделения артерии пузырного протока. Таким образом, транслилюминация выявляет новые дополнительные важные картины, которые не могут быть получены другими способами. Мы полагаем, что использование метода, наряду с уже известными приемами диагностики на операционном столе, поможет избежать ошибки в определении наличия и характера изменений в протоках и пузыре, а также будет способствовать разработке более анатомичной методики операций в этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов В. В., Мазаев П. Н., Гришкевич Э. В. Рентгеноманометрическое исследование желчных путей. Медицина, Л., 1966. — 2. Ищенко И. Н. Операции на желчных путях и печени. Киев, 1966. — 3. Караванов Г. Г. Хирургия, 1965, 1. — 4. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. Медгиз, М., 1963. — 5. Линденбратен Л. Д. Рентгенологическое исследование печени и желчных путей. Медгиз, Л., 1953. — 6. Сигал М. З. Транслилюминационное исследование при операциях на желудке по поводу рака. Автореф. докт. дисс., Казань, 1963; Экспериментальная хирургия и анестезиология, 1965, 5. — 7. Тальман И. М. Хирургия желчного пузыря и желчных протоков. Медгиз, Л., 1963. — 8. Cattel R. B. JAMA, 1947, 134, 3. — 9. Glen F., Beil A. R. Surg. Gynec. Obstet., 1964, 113, 3, 499—506. — 10. Favero P. A. Minerva chir., 1963, 18, 5, 199—210. — 11. Hicken N. F., McAllister A. S. Surgery, 1964, 55, 6, 753—758. — 12. Nassr-Esfahni A., Fichter H. J. Chirurg., 1964, 35, 6, 265—269. — 13. Schuman U. Zbl. chir., 1962, 19, 823—830. — 14. Seiro V., Kettunen K. Acta chir. scand., 1965, 129, 1, 96—106.

УДК 616.71—018.46—002—616—089

О СРОКАХ И ТЕХНИКЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

И. К. Никитенко

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. С. П. Вилесов)
Оренбургского медицинского института*

В основном оперативное пособие при хроническом остеомиелите складывается из удаления нежизнеспособной костной ткани из остеомиелитической полости и замещения костного дефекта. Методика же выполнения некрэктомии на разных этапах весьма различна. Несомненно, что успех каждой операции зависит от правильного выбора способа и своевременности ее выполнения.

И. И. Михайловский указывает, что оптимальным периодом репарации кости является срок в 6—12 месяцев от начала заболевания остеомиелитом. Именно этот срок автор считает лучшим моментом для некрэктомии.

Наш опыт, основанный на лечении более 600 больных гематогенным остеомиелитом, показывает, что с радикальной операцией спешить не следует. Необходимо выждать до полного отграничения секвестров и костных остеомиелитических полостей.

Наиболее выгодным для радикальной операции мы считаем время, когда репаративный процесс в кости начинает превалировать над деструктивными. Это соответствует окончанию переходного периода от острого остеомиелита к хроническому. А так как длительность переходного периода варьирует от нескольких месяцев до полугода и более лет, то выбор срока некрэктомии у каждого больного должен быть индивидуальным.

Обязательным условием является отсутствие обострения воспалительного процесса при наличии одного или нескольких функционирующих свищей. Рентгенологически при этом определяются четко очерченные костные полости с секвестрами или без них и склероз костной ткани в прилегающем районе. При ангиографических исследованиях в это время находят стихание воспалительной артериальной и венозной гиперемии сегмента, а также падение температуры и уменьшение асимметрии осциллографических показателей. Лишь при тяжелом распространенном остеомиелите с затяжной общей интоксикацией вынужденно выбирают более ранний срок операции. Здесь задача заключается не в ликвидации остеомиелитического очага, а лишь в удалении уже успевшего отграничиться некротического субстрата и дренировании остеомиелитических полостей. Такое паллиативное вмешательство положительно сказывается на течении остеомиелитического процесса, улучшает состояние организма, уменьшает интоксикацию и повышает сопротивляемость больного к инфекции. Воспалительный процесс в кости и окружающих мягких тканях при этом стихает, но остаются свищи с небольшим гнойным отделяемым.

После подобного оперативного вмешательства обычно требуется завершающая операция, при которой тщательно ликвидируются оставшиеся, но уже полностью отграничившиеся остеомиелитические очаги. Операция производится тогда, когда воспалительные проявления остеомиелита сведены до минимума: температура нормализовалась или снизилась до субфебрильных цифр, лейкоцитоз достиг или приблизился к верхней границе нормы; местно отсутствуют признаки острого воспаления, свищи функционируют; кожные температурные сдвиги не превышают 1°, а данные осциллографии и ангиографии свидетельствуют об отсутствии или уменьшении артериальной гиперемии пораженного остеомиелитом сегмента.

В обеспечении благоприятного исхода некрэктомии немаловажную роль играет предоперационное лечение больных антибиотиками после установления чувствительности к ним флоры больного. Одновременно проводится лечение витаминами, повторными переливаниями крови и т. д. Большое значение мы придаем высококалорийному питанию больных.

Таким образом, правильный выбор срока операции при полноценной предоперационной подготовке является важным условием успешного исхода некрэктомии.

При оперативном лечении больных хроническим гематогенным остеомиелитом остается спорным вопрос о доступах к остеомиелитическому очагу. Ряд авторов [3, 8, 9] предлагает производить разрез мягких тканей через свищи. По их мнению, этот доступ облегчает выявление остеомиелитического очага. По Т. Я. Арьеву и Г. Д. Никитину, операционный разрез, как правило, должен быть экономным и проводиться так, чтобы в него включался и рубец, и свищ; разрезов же через неповрежденную кожу при некрэктомии следует избегать, чтобы не вызвать образования новых рубцов. В ряде случаев Т. Я. Арьев и Г. Д. Никитин, Бикфалви и Еске и др. применяют даже иссечение рубцовых тканей и свищей, считая это одним из важных условий радикальности операции. Они указывают, что рубцовые ткани при остеомиелите не способствуют первичному заживлению раны. Из 129 операций в 90 делались щадящие разрезы через свищи и рубцы и лишь в 7 — через неповрежденную кожу. У 32 больных характер доступа неизвестен. Первичное заживление авторы получили только после 67 операций (54% по отношению к общему числу операций). Большое число отечественных и зарубежных хирургов при выборе доступов к остеомиелитическим очагам придерживается другой точки зрения. И. И. Михайловский считает, что операцию следует производить из большого разреза, обеспечивающего широкий доступ ко всем очагам поражения. При хроническом остеомиелите автор делал простые линейные разрезы. М. В. Александровский (1950), А. Т. Гладченко (1953), Вульф (1959) и ряд других авторов предпочитают подход к остеомиелитическому очагу через неповрежденные ткани вне свищей и рубцов.

Нами проведен анализ 360 операций по поводу хронического гематогенного остеомиелита длинных трубчатых костей за последние 10 лет. Состав больных по полу, возрасту и локализации остеомиелита был самым разнообразным. Для анализа нами взяты только те операции, которые были закончены ушиванием операционной раны наглухо.

У 128 больных разрез производился через свищи и рубцово-измененные ткани. При этой методике первичное заживление получено только у 72 больных (56,2%), у 56 было частичное или полное расхождение раны.

У 232 больных разрез производился через здоровые мягкие ткани линейно или дугообразно. Во время операции мы проводим в свищи пуговчатые зонды до кости и, углубляясь разрезом в здоровые ткани, все время ориентируемся на место нахождения зондов у очага. В результате у 221 чел. получено первичное заживление ран (95,3%) и только у 11 больных с тяжелым течением остеомиелита операционная рана нагноилась и швы были распущены.

Таблица 1

Ближайшие исходы некрэктомии

Способы заполнения костной полости	Доступ через свищи и рубцы		Доступ через здоровые ткани	
	число операций	первичное заживление	число операций	первичное заживление
Кровяной сгусток и антибиотики	43	35	89	86
Мышечная пластика	40	22	78	74
Пенициллиновая паста	32	11	40	38
Масляно-бальзамическая смесь Вишневого	13	4	25	23
Итого . .	128	72	232	221

Наши данные показывают, что доступ через здоровые ткани вне свищей и рубцов имеет явное преимущество. Опасения и предостережения некоторых авторов по поводу образования новых рубцов, якобы ограничивающих функцию конечности, следует признать несостоятельными. При проведении разреза в здоровых тканях всегда можно избежать контакта с крупными сосудами и нервами.

Во время хирургической обработки костных полостей мы повторно определяем чувствительность микрофлоры к антибиотикам.

Наши наблюдения показывают, что правильный выбор срока операции, доступ к очагу через здоровые ткани и глухой шов на фоне лечения антибиотиками являются решающими условиями благоприятного ближайшего исхода некрэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрийский М. В. Тр. III Воронежского областного съезда хирургов. Воронеж, 1950. — 2. Амброзайтис К. И. Клинико-рентгенологические наблюдения над течением острого гематогенного остеомиелита при комплексном лечении пенициллином. Автореф. канд. дисс., М., 1955. — 3. Арьев Т. Я. и Никитин Г. Д. Мышечная пластика костных полостей. М., 1955. — 4. Брайцев В. Я. Хирургия, 1955, 6. — 5. Гладченко А. Т. Мышечная пластика костных полостей при хроническом остеомиелите длинных трубчатых костей. Автореф. канд. дисс., Днепропетровск, 1953. — 6. Еланский Н. Н., Клевиц В. Е. Хирургия, 1959, 4. — 7. Ковалишин М. Н. Значение внутриартериальных введений пенициллина при лечении гематогенных остеомиелитов. Автореф. канд. дисс., Stanislaw, 1957. — 8. Линденбаум И. С., Капца Л. М. Вестн. хир., 1953, 5. — 9. Мехтиев М. М. Клинико-экспериментальные данные о мышечной пластике костных полостей. Автореф. канд. дисс., Баку, 1951. — 10. Михайлевский И. И. Гематогенный остеомиелит трубчатых костей. Автореф. докт. дисс., М., 1950. — 11. Самохвалов В. И. Хирургия, 1960, 11. — 12. Стручков В. И., Маршак А. М. Там же, 1960, 6.

УДК 616.14—002—616—073.75

ФЛЕБОГРАФИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ

М. Ф. Мусин

*Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. М. И. Гольдштейн) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Контрастное исследование вен конечностей предложено давно [4, 10, 14], однако сложность выполнения и трудности интерпретации сосудистых изображений на рентгенограмме ограничивают его применение. Недостаточно изучены границы диагностических возможностей венографии.

Мы обследовали методом флебографии 32 больных с заболеваниями вен нижних конечностей. С эссенциальным варикозным расширением вен нижних конечностей было 17 больных в возрасте от 23 до 55 лет. С длительностью заболевания до 3 лет было 5 чел., до 5 лет — 4, до 10 лет — 6 и больше — 2.

Была применена прямая флебография (с вливанием контрастного раствора непосредственно в дистальную часть расширенной вены) и чрескостная венография (с введением его в пяточную кость).

При цилиндрической форме поражения на рентгенограммах расширенная вена прямолинейна (рис. 1, а), калибр ее расширен незначительно, но выявляется отчетливо на фоне вен с неизмененным диаметром. Протяженность цилиндрических расширений у наших больных была не более 10—15 см. При змеевидном расширении вена извилистая, калибр ее увеличен часто весьма значительно и неравномерно, протяженность поражения иногда может достигать 40—50 см. При мешковидно-узловатом расширении видны одиночные или множественные округлые узлы различных (порой довольно больших) размеров. При смешанной форме могут быть все виды варикозного расширения вен с преобладанием какой-либо.

По времени исчезновения контрастного вещества из венозного русла можно судить о степени анатомо-функциональной недостаточности клапанного аппарата в пораженных венах.

Из 17 больных 12 произведено иссечение поверхностных расширенных венозных стволов с вполне удовлетворительным результатом.

С флеботромбозами было 12 больных. У 4 из них признаки поражения глубоких вен конечности появились первично, а у 8 наступили после перенесенного острого тромбфлебита.

Флеботромбозы диагностируются довольно легко при осмотре и пальпации, но степень, характер и размеры поражения клинически определить трудно, для выяснения этих вопросов необходимо делать флебографию.

В последние годы многие хирурги высказываются за удаление тромбов из сосудов или иссечение тромбированных вен. Однако выполнение этих операций без предварительного флебографического исследования и уточнения патологического процесса нежелательно.