

позднем послеоперационном периодах. Обследованы 20 детей в возрасте от 2 до 14 лет в сроки 6–12 мес. и 2–5 лет после операции. Дуплексное сканирование доступных сосудов портальной системы проводилось в режиме спектрального доплеровского картирования аппаратом «Aloka SSD-1700» с датчиком линейного формата и рабочей частотой 7,5 МГц. При этом определяли диаметр сосудов, направление кровотока, линейную (ЛСК) и объемную скорости (ОСК) кровотока.

Анализ полученных данных показал, что сразу после операции наряду с прекращением кровотока по селезеночной артерии значительно уменьшался диаметр и сокращался кровоток в селезеночной вене: ЛСК – с  $13,8 \pm 1,9$  до  $10,7 \pm 1,6$  см/с; ОСК – с  $559 \pm 125,6$  до  $93 \pm 18,5$  мл/мин, при сохранении гепатопетальной направленности исчезала его пульсативность. Прекращался гепатофугальный кровоток в левой желудочной вене. Отмечена тенденция к увеличению ЛСК и ОСК в стволе воротной вены (ЛСК – с  $10,2 \pm 1,4$  до  $13,7 \pm 1,3$  см/с; ОСК – с  $383 \pm 140$  до  $455,4 \pm 156,4$  мл/мин) и долевых ветвях при гепатопетальном направлении кровотока. В собственно печеночной артерии происходило умеренное увеличение ЛСК (с  $56,6 \pm 9,7$  до  $78,0 \pm 12,9$  см/с) и ОСК (с  $221,0 \pm 40,4$  до  $266,0 \pm 59,4$  мл/мин).

Спустя 1 год после операции гемодинамическая ситуация менялась. Кровоток в селезеночной вене принимал реверсивный, а затем – гепатофугальный характер при сохранении прежних гемодинамических показателей. В воротной вене и долевых ветвях сохранялся гепатопетальный кровоток при умеренном снижении ОСК до  $280,6 \pm 71,5$ . В собственно печеночной артерии отмечена стабилизация гемодинамических показателей. Спустя 2–3 года начал регистрироваться кровоток в селезеночной артерии. В эти же сроки наблюдалось развитие функционально активных портосистемных шунтов между оставшейся частью селезенки и левой почечной веной. Об этом свидетельствовали значительное увеличение объемного кровотока в последней и появление стойкого гепатофугального кровотока в селезеночной вене.

Таким образом, у детей с портальной гипертензией после резекции селезенки гемодинамическая ситуация в портальной системе существенно меняется: наряду с развитием дополнительных спленоренальных коллатералей улучшается кровоснабжение печени. Последние два обстоятельства связаны с редукцией кровотока в селезеночных и левых желудочных сосудах, а также с перераспределением крови в системах чревного ствола и воротной вены.

## К ВОПРОСУ ОБ АРТРОПУНКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*А.С. Железнов, Ю.П. Бирюков., Г.Б. Батанов, Н.А. Плохарский*

Нижегородская государственная медицинская академия,  
Нижегородская областная детская клиническая больница,  
детская городская клиническая больница № 1, г. Нижний Новгород

Проблема выбора способа хирургического лечения острого гематогенного эпифизарного остеомиелита (ОГЭО) у детей младшей возрастной группы остается актуальной в силу несовершенства используемых способов лечения контактного септического артрита.

В клинике детской хирургии НижГМА на базе ГУ «Нижегородская областная детская клиническая больница» и МЛПУ «Детская городская клиническая больница № 1» за период 1996–2005 гг. получали лечение по поводу острого гематогенного остеомиелита (ОГО) 564 ребенка в возрасте от 0 до 17 лет. Анализируемую группу составили 110 больных (18%) – новорожденные, находившиеся в специализированных отделениях; из них пункция сустава (в том числе повторные пункции) проведена у 28 больных (41%), вскрытие остеомиелитической флегмоны – у 15 (22%). Комбинированная операция (артротомия и вскрытие флегмоны) проведена у 10 пациентов (16%). Остальные дети получали консервативное лечение.

В клинике разработан способ хирургического лечения гнойного артрита при ОГЭО, сочетающий в себе

щадящий принцип, адекватную эвакуацию гнойного содержимого и санацию полости сустава – пункционный лаваж суставной полости. Суть его заключается в пункции сустава под местной анестезией из двух точек (иглой Дюфо и иглой для внутримышечных инъекций), с эвакуацией гноя и последующим одномоментным промыванием суставной полости раствором антисептика. Контроль эффективности манипуляции проводили ультразвуковым исследованием и клинически.

При применении данного метода лечения через 24 ч. у всех пациентов отмечено клиническое улучшение; при выраженных местных изменениях проводилось не более 3 артропункций с интервалом в 1–2 дня. У всех больных достигнуто клиническое выздоровление, на этапном обследовании через 2 мес. нарушения конгруэнтности и деформации суставного хряща не отмечалось.

Таким образом, учитывая клинико-инструментальные данные в динамике, можно говорить, что пункционный лаваж суставной полости является эффективным щадящим методом хирургического лечения острого гематогенного эпифизарного остеомиелита у новорожденных.