

ГОСТРИЙ ГЕМАТОГЕННИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Ю. П. Кукуруза, О. Ю. Антіпіна, В. С. Коноплицький, Н. П. Солейко,
І. А. Погребняк, Д. С. Солейко
м. Вінниця

Тяжкість перебігу, труднощі топічної діагностики і лікування, частота виникнення септичних і ортопедичних ускладнень виділяють гострий гематогенний остеомієліт (ГГО) серед інших захворювань у дітей. Уявлення про ГГО у дітей раннього віку, зокрема у новонароджених, як про “епіфізарний” остеомієліт не підтверджується даними багатьох клініко-рентгенологічних і експериментальних досліджень. Формування такого поняття зумовлене посиленою увагою хірурга до артриту, тоді як своєчасне і адекватне хірургічне втручання, необхідне для ліквідації вогнища остеомієліту в метафізі, не виконується.

В клініці за останні 5 років лікували 48 новонароджених з ГГО різної локалізації. Вогнище запалення розцінено як первинне в стегновій кістці (в 11 хворих), в плечовій (у 8), великій гомілковій (у 7) та в інших (у 22). Нерідко вже під час госпіталізації чи в період лікування виявляли ураження інших кісток. Остеомієліт проксимального відділу стегна діагностовано у 19 хворих, плечової кістки – у 14, гомілки – в 11; локальне ураження виявлено в 17 (33,1%) спостереженнях, септикопиемічне – в 21 (66,9%), що дає підстави вважати ГГО у новонароджених переважно проявом сепсису.

Гнійний артрит найчастіше ускладнював перебіг ГГО в метафізі проксимального відділу стегна (у 14 хворих), рідше плеча, проксимального відділу великогомілкової кістки, кісток тазу. Патологічний вивих в стегновому суглобі діагностовано у 17 новонароджених з остеомієлітом стегна і у 3 з остеомієлітом клубової кістки. За наявності прозорої рідини в суглобі патологічний вивих розцінювали як дистензійний.

Діагноз ГГО у новонароджених встановлювали на підставі даних про наявність і характер контрактури, болю, набряку м'яких тканин, загальний стан, температуру тіла, за результатами пункції зони максимальної інфільтрації (виявлення гною і ділянок відслоєного окістя). Діагностика і лікування ГГО кісток верхньої кінцівки, дистального відділу стегна, гомілки і стопи не викликають великих труднощів. Хірургічне втручання передбачало розкриття флегмони (у 29 новонароджених) чи пункційне введення антибіотиків до кістки (у 19). Тонку голку в стегнову, плечову чи великогомілкову кістку під кутом вводили рідше (в 11 дітей), голка випадала через 3–5 діб, але цього часу вистачало, щоб зменшити вираженість запалення.

Труднощі відмічали в діагностиці і лікуванні ГГО стегнового суглоба. Значно виражений набряк тканин цієї зони, своєрідне поширення параоссальної флегмони, раннє виникнення кокситу, дистензійного чи деструктивного вивиху стегнової кістки, тяжкість загального стану зумовлюють особливий підхід до діагностики та лікування, необхідно правильно розуміти патогенез пошкодження стегнового суглоба і деструкції головки стегна. Результати клініко-експериментальних досліджень свідчать про те, що реактивний коксит і дистензійний вивих спричинені циркуляторними порушеннями у зоні запалення. Гній з вогнища, локалізованого під ростковою зоною, потрапляє до суглоба через тонку кортикальну пластинку, внаслідок чого виникає гнійний коксит. М'язову контрактуру слід вважати важливим компонентом порушення кровообігу в головці, через що виникає надлом шийки чи навіть епіфізеоліз.

У хворих з ГГО цієї локалізації виконуємо термінову рентгенографію для виявлення патологічного вивиху, корекцію порушень гемодинаміки, інтоксикації як підготовку до операції, пункційне дослідження суглоба, навколосуглобових ділянок з інфільтрацією, розкриття і дренивання параоссальної флегмони, введення голки в шийку стегнової кістки, накладання лейкопластирного витягання з поступовим розведенням нижніх кінцівок, інтенсивну антибактеріальну, коригуючу і стимулюючу терапію в післяопераційному періоді.

Померли 2 (4,2%) новонароджених, перехід ГГО в хронічну стадію не спостерігали. Патологічний вивих вправлений у 14 дітей з 19. Деструкція головки і шийки стегнової кістки у 3 дітей зумовлена пізньою госпіталізацією.

Застосування патогенетично обґрунтованої діагностичної і лікувальної тактики у новонароджених з ГГО кісток стегнового суглоба дозволяє значно зменшити частоту інвалідизації пацієнтів.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

В. В. Лапшин
г. Харьков

Травма почек является достаточно частой патологией в практике работы детской хирургической клиники. В большинстве наблюдений отмечают закрытое изолированное либо сочетанные повреждения. Наиболее часто травма почек сочетается с разрывом селезенки и печени. За последние 5 лет разрыв почек различной степени наблюдали у 38 пострадавших. Только у одного пациента была открытая изолированная травма вследствие падения на перевернутую борону. Девочек было 12, мальчиков – 26; возраст пациентов от 6 до 12 лет. Подкожный разрыв возникал при ударе в живот, поясницу, падение с высоты. У 8 детей после сравнительно небольших силовых воздействий возникло повреждение патологически-измененных органов, малоустойчивых к травме. У 3 пациентов при появлении гематурии выявлена опухоль Вильмса, у 1 – поликистоз, у 5 – бессимптомно протекающий гидронефроз.

При верификации травмы почки на основании данных анамнеза и анализа классических физических симптомов, как правило, трудностей не возникало. Результаты наших наблюдений свидетельствуют об отсутствии прямой зависимости между тяжестью повреждения и степенью гематурии. Сложнее оценить величину травмы, наличие или отсутствие вскрытия полостной системы

Академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Наукове товариство хірургів України
Інститут клінічної та експериментальної хірургії
Донецьке обласне наукове товариство хірургів
Донецький медичний університет

II КОНГРЕС ХІРУРГІВ УКРАЇНИ

Збірник наукових робіт

Київ – Донецьк
«Клінічна хірургія»
1998

<i>Кривченя Д. Ю., Слепов О. К., Заводій В. Г., Притула В. П., Кузнєцов В. К., Голопана Г. В., Чумакова Л. Ф.</i> Виникнення гнійно-запальних захворювань та ускладнень на етапах діагностики та хірургічного лікування складних вад розвитку у дітей	393
<i>Кривченя Д. Ю., Яременко В. В.</i> Досвід хірургічного лікування травматичної гемобілії у дітей	394
<i>Крисюк А. П.</i> Сучасні аспекти профілактики, ранньої діагностики та лікування гематогенного остеомієліту та його наслідки	396
<i>Крисюк А. П., Куценко Я. Б., Гук Ю. М., Вовченко А. Я.</i> Нові напрямки в діагностиці і лікуванні наслідків бактеріального кокситу у дітей та підлітків	397
<i>Кукуруза Ю. П., Антіпіна О. Ю., Коноплицький В. С., Солейко Н. П., Погребняк І. А., Солейко Д. С.</i> Гострий гематогенний остеомієліт у новонароджених	399
<i>Лапшин В. В.</i> Особенности лечения травматического повреждения почек у детей	400
<i>Левицкий А. Ф., Кривченя Д. Ю., Письменный В. Д., Гришин А. А., Штимак А. И., Бебешко А. В.</i> Политравма у детей – медико-социальная проблема	402
<i>Левицкий А. Ф., Федоренко С. Н.</i> Применение стержневых аппаратов чрескостной фиксации при лечении перелома, деформации и укорочения конечностей у детей	403
<i>Лезвинский Я. С.</i> Профилактика и лечение остеомиелита у детей	404
<i>Максимова С. М., Зимбалеvский А. И., Юлиш Е. И., Воротченкова Л. М., Балычевцева И. В., Самойленко И. Г.</i> Особенности течения гнойно-септических заболеваний челюстно-лицевой области у новорожденных и детей первого года жизни	405
<i>Мальцев В. Н., Латышов К. В.</i> Разрыв мочеиспускательного канала у детей	406
<i>Мальцев В. Н., Музалев А. А., Москаленко В. З., Марков С. Е., Латышов К. В.</i> Травма почек у детей	407
<i>Момотов А. Г., Груминский В. С., Леута А. П., Ворожейкин Н. Ф.</i> Травма яичка и синдром отечной мошонки у детей	408
<i>Момотов А. Г., Полищук С. М., Река И. Я., Момотов А. А.</i> Травматическое повреждение органов брюшной и грудной полостей у детей	409
<i>Москаленко В. З., Иноземцев И. Н., Филиппова Н. Г., Музалев А. А.</i> Кандидозно-бактериальный сепсис новорожденных	410
<i>Москаленко В. З., Фоменко С. А., Гунькин А. Ю.</i> Травматическое повреждение органов мошонки	411
<i>Навроцкий В. А., Солейко Н. П., Сытник Н. Н.</i> Кандидозно-бактериальный сепсис новорожденных	412
<i>Николаева Н. Г., Алексюк К. П., Бушанская Н. А.</i> Лечение острого гематогенного остеомиелита пяточной кости	413
<i>Носар А. Є., Гладкий П. М., Хомяков В. Г., Царьова І. В., Снисарь В. І., Клиницький І. Є.</i> Гнійно-септичні захворювання новонароджених	414