

Аналіз надання хірургічної допомоги дітям з септичними формами гострого гематогенного остеомієліту

Вступ. Проблема гострого гематогенного остеомієліту в структурі гнійно-запальних захворювань у дітей вже багато років не втрачає своєї актуальності. Попре всі досягнення та наукові розробки в хірургічній галузі, частота даної патології збільшується. Наявність таких ускладнень, як метастатична пневмонія, гнійний перикардит, септичний шок, SIRS обумовлюють важкість лікування та наявність негативних віддалених наслідків: вкорочення та деформація кінцівки, патологічних переломів та вивихів, хибних суглобів.

Матеріали та методи. В період з 1993 року по 2004 рік в Вінницькій обласній дитячій лікарні лікувалось 130 дітей з приводу септичних форм гострого гематогенного остеомієліту, що становило 28 % від загальної кількості дітей (465) з цим захворюванням.

Результати дослідження та їх обговорення.

66,2 % (86 хворих) склали хлопчики 33,8 % (44) – дівчатка. У віці до одного місяця лікувалось 28 дітей (21,6 %); до 3 років – 22 дитини (16,9 %); до 7 років – 13 дітей (10 %); до 15 років – 67 дітей (51,5 %).

У більшості випадків первинним вогнищем була стегнова кістка - у 48 випадках (36,1 %); кістки гомілки первинно були вражені у 36 дітей (27,1 %), плечова кістка – у 11 дітей (8,3 %), кістки передпліччя - у 12 дітей (9 %), інші кістки - у 26 пацієнтів (19,5 %).

У 41 пацієнта метастатичні вогнища локалізувались в кістковій тканині, в легенях – у 87 пацієнтів, в м'язях тканинах – у 83, (62 дитини мали комбіноване поєднання двох або трьох метастатичних вогнищ різної локалізації).

Зі 178 висівів, які було взято з основного та патологічних вогнищ у хворих під час лікування, в 83 випадках виділено золотистий стафілокок (46,6 %), епідермальний стафілокок – в 29 (16,3 %), синьо-гнійну паличку – в 9 (5,1 %), кишкову паличку – в 26 (14,6 %) інші мікроорганізми – в 1 (0,5 %), ріст мікроорганізмів був відсутній у 30 випадках (16,9 %).

Висів взагалі не робився у 7 пацієнтів (5,38 %). У 27 дітей (20,8 %) було виділено патогенну мікрофлору з інших ділянок (ніс, зів та інш.).

Проаналізовано 109 перших висівів з основного та 58 з метастатичних вогнищ.

В основному вогнищі в першому висіві золотистий стафілокок було виділено в 72 випадках (66,1 %), епідермальний стафілокок – в 14 (12,8 %), кишкову паличку – в 3 (2,75 %), синьо-гнійну паличку – в 3 (2,75 %), стрептокок – в 1 (0,9 %), в 16 висівах (14,7 %) ріст мікрофлори був відсутній.

З метастатичних вогнищ в першому висіві золотистий стафілокок було виділено в 21 висіві (36.2 %), епідермальний стафілокок – в 4 (6,9 %), сапрофітний стафілокок – в 1 (1.7 %), кишкову паличку – в 12 (20.7%), синьогнійну паличку – в 2 (3.5%), протей – в 1 (1.7 %), гемолітичний стрептокок – в 2 (3.5%), гриби роду кандиди – в 6 (10.3 %), ріст мікрофлори був відсутній у 9 випадках (15,5 %).

Високу чутливість золотистого стафілококу з первинного вогнища до лінкоміцину визначено в 59 висівах (17.1 %), до оксациліну – в 53 (15,4 %), до еритроміцину – в 53 (15.4 %), до гентаміцину – в 45 (13 %), до тетрацикліну – в 40 (11.6 %), до рифампіцину – в 25 (7.2 %), до канаміцину – в 23 (6.7 %), до цефазоліну – в 7 (2 %), до цефалексіну – в 7 (2 %), до пеніциліну – в 4 (1.2 %), до цефуроксиму – в 4 (1.2 %), до зінацефу – в 3 (0.9 %), до фортуму – в 3 (0.9 %), до доксицикліну – в 2 (0.6 %), до офлоксацину – в 5 (1,5 %), до цефатоксиму – в 4 (1,2 %), до цефтриаксону – в 1 (0.3 %), до левоміцетину – в 1 (0.3 %) до азітроміцину в 1 (0.3 %), до максипіму – в 1 (0.3 %), до тіенаму – в 1 (0,3 %), до аугментину в – 1 (0.3 %), до ванкоміцину в – 1 (0.3 %).

Золотистий стафілокок з метастатичних вогнищ мав високу чутливість до лінкоміцину в 13 висівах (15.9%), до оксациліну – в 13 (15.9%), до еритроміцину – в 13 (15.9%), до рифампіцину – в 10 (12.1%), до гентаміцину – в 9 (11%), до тетрацикліну – в 7 (8.5%), до канаміцину – в 5 (6.1%), до цефазоліну – в 3 (3.7%), до цефалексіну – в 3 (3.7%), до цефтриаксону – в 1 (1.2%), до пеніциліну – в 1 (1.2%), до доксицикліну – в 1 (1.2%), до левоміцетіну – в 1 (1.2%), до тіенаму – в 1 (1.2%), до цефуроксиму – в 1 (1.2%).

Чутливим золотистий стафілокок з основного вогнища в I висіві був до гентаміцину в 17 висівах (22,6%), до оксациліну – в 8 (10.4%), до пеніциліну – в 7 (9,1%), до еритроміцину – в 6 (7,8%), до лінкоміцину – в 6 (7,8%), до канаміцину – в 3 (3,9%), до цефатоксиму – в 4 (5.2%), до цефтазидіму – в 6 (7,8%), до тетрацикліну – в 3 (3,9%), до офлоксацину – в 3 (3,9%), до цефазоліну – в 2 (2,6%), до рістоміцину – в 2 (2.6%), до цефтриаксону – в 2 (2,6%), до цефалексіну – в 1 (1,3%), до доксицикліну – в 1 (1,3%), до ципрофлоксацину – в 1 (1,3%), до цефоперазону – 1 (1,3%), до цефуроксиму – в 1 (1,3%), до ванкоміцину – в 1 (1,3%), цифрану – 1 (1,3%), амікацину – 1 (1,3%).

Результати аналізів калу на дисбактеріоз вказують на те, що він був відсутній у 14 пацієнтів (10,8 %), I ступінь діагностовано у 58 (44,6 %), II – у 13 (10 %), ріст мікрофлори був відсутній у 6 випадках (4.6 %), 39 пацієнтам (30 %) данне обстеження не проводилось.

91 хворих (70 %) перенесли одне оперативне втручання з приводу основного захворювання, 23 (17,7 %) були оперовані двічі, більше 2 оперативних втручань з приводу запальних вогнищ кісткової тканини було

виконано 3 пацієнтам (2,3 %). 13 (10 %) дітям антибактеріальний препарат підводився безпосередньо до кістки. З вище зазначених оперативних втручань 91 було виконано в повному об'ємі – розкриття та дренивання параосальної флегмони, накладання остеоперфорації, внутрішньо-кісткова постановка голок. 39 операцій мали мінімальний об'єм – розкриття та дренивання параосальної флегмони (при необхідності - в поєднанні з остеоперфорацією) або тільки внутрішньо-кісткова постановка голок. Оперативні втручання з приводу інших метастатичних вогнищ (абсцеси, флегмони, перитоніт та інші) було виконано 26 пацієнтам.

Менше 3 курсів антибактеріальної терапії отримали 10 дітей (7,7 %), 3 курси – 9 (6,9 %), 4 – 18 дітей (13,8 %), 5 – 23 дитини (17,7 %), більше 5 курсів антибіотиків отримали 70 пацієнтів (53,9 %).

Зі 130 пацієнтів з септичними формами ГГО антистафілококову плазму отримували 30 чоловік, еритроцитарну масу – 43, альбумін – 51, людський імуноглобулін – 27, антистафілококовий гама-глобулін – 33, антигеморагічну плазму – 51, відмиті еритроцити – 26, нативну плазму – 3, цільну кров – 34, свіжозаморожену плазму – 62. 19 пацієнтів взагалі не отримували вище зазначених препаратів.

В якості іммобілізації пов'язка Дезо застосовувалась у 3 випадках, шина Шнейдерова – у 11, шина Беллера – у 15, розвантажувальний витяг – у 26, гіпсова іммобілізація – у 47, тугор з полівіка – у 29, витяг за Шеде – у 11, шина Крамера – у 1, корсет – у 1, стремена Павліка – у 1.

З одужанням виписані 73 дитини (56,2 %), з покращенням – 37 (28,5 %), з хронізацією процесу – 14 (10,7 %). Летальність від септичних форм ГГО склала 4,6 % (6).

Летальність від всіх форм гострого гематогенного остеомієліту за період з 1993 по 2004 рік включно складає 1,3 %.

Висновки

1. Питання діагностики та лікування септичних форм гострого гематогенного остеомієліту залишаються актуальними.
2. Своєчасна діагностика основного та метастатичних вогнищ обумовлює позитивні результати лікування та зменшення кількості негативних віддалених наслідків.
3. Основним збудником при септичних формах гострого гематогенного остеомієліту залишається золотистий стафілокок.
4. Пік захворюваності на септичні форми гострого гематогенного остеомієліту припадає на дітей до 3 років та від 7 до 15 років.

Список використаних джерел

1. Акжигитов Г.Н., Юдин Я.Б. Гематогенный остеомиелит. – М.: Медицина, 1998. – 288с.
2. Ніколаєва Н.Г., Бушанська Н.А., Матвійчук Л.П., Олексюк А.М. Септичні прояви гострого гематогенного остеомиєліту у дітей // Галицький лікарський вісник. – 2002. – Т. 9. – С. 212-213.
3. Русак П.С. Ретроспективна оцінка імунного статусу у дітей, хворих на гострий гематогенний остеомиєліт. // Клінічна хірургія. – 2000. - №6. – с.34-36.
4. Данилов О.А., Міхнушева О.С., Рибальченко В.Ф. та інші. Сучасні аспекти лікування септикошіємічної форми гострого гематогенного остеомиєліту у дітей./Хірургія дитячого віку. – 2004. - № 1(2). – с.15-20.

Михальчук Т.И., Солейко Д.С., Гончарук В.Г.,
Мартынова Ю.Ю., Моравська О.А., Назаров Д.А.

Острые заболевания органов мошонки у детей

Диагностика и лечение острых заболеваний мошонки у детей остаётся одной из актуальных проблем в детской урологии. Несвоевременная диагностика и ошибочная тактика лечения таких состояний, как синдром отёчной гиперемированной мошонки приводят к нарушению репродуктивной функции яичка, а нередко и к некрозу, который влечет за собой ампутацию данного органа. К сожалению, на сегодняшний день результаты лечения острых процессов органов мошонки у детей нельзя признать удовлетворительными.

В последние годы возникает повышенный интерес к острым заболеваниям мошонки у детей. Это вызвано, прежде всего, необходимостью улучшения результатов лечения, общей и главной целью которого является сохранение яичка, как гормонального и репродуктивного органа.

По данным результатов стационарного лечения и дальнейшего диспансерного наблюдения атрофия яичка ранее наступала более чем у 50% больных детей. Это объяснялось несвоевременной диагностикой и выбором ошибочной тактики лечения.

Термин «острая мошонка» является собирательным и включает в себя перекрут или тромбоз гидатид, перекрут яичка, травму органов мошонки, воспалительные заболевания органов мошонки, остро возникшую водянку оболочек яичка.

Среди всех острых заболеваний мошонки у детей на первом месте находится поражение гидатид (перекрут, тромбоз), которое составляет 70 –

В.В. Погорілий, В.А. Навроцький, О.Г. Якименко, В.С. Коноплицький, Н.П. Солейко, О.Ю. Антипіна, Ю.А. Димчина	
Інвагінація у дітей як проблема ургентної хірургії	107
В.В. Погорелький, А.Г. Якименко, В.С. Коноплицький, В.А. Навроцький, В.Г. Гончарук, Н.П. Солейко, Ю.А. Антипіна	
Роль гемоглобіна, сахара крові, холестерину, общего белка крові в прогнозуванні виникнення варикоцеле у дітей	112
Якименко О.Г., Коноплицький В.С., Сахаревич Є.М., Комаров Ю.В., Коваленко М.Г., Крамаренко А.В.	
Закрита травма у дітей	115
Якименко О.Г., Коноплицький В.С., Сахаревич Є.М., Мітюк Т.В., Бойко Г.А., Берцун К.Т., Моравська О.А.	
Вираженість больового симптому у новонароджених	117
Якименко О.Г., Коноплицький В.С., Солейко Д.С., Мінакова Н. В., Комаров Ю.В., Моравська О.А.	
Захворюваність на гострий гематогенний остеомієліт	120
Погорілий В.В., Якименко О.Г., Коноплицький В.С., Погребняк І.О., Гончарук В.Г., Гончарук В.Б., Паламарчук Ю.П., Міхальчук Т.І.	
Пахові грижі у дітей	124
Дударенко Г.В., Вельгус О.Ф.	
Застосування інтерферентерапії на ділянку проекції селезінки у дітей, хворих на бронхіальну астму	125
Дударенко Г.В.	
Використання електросонфорезу пікамілону в реабілітації дітей та підлітків з вегето-судинними дисфункціями	126
Солейко Д.С., Мартинова Ю.Ю., Моравська О.А.	
Аналіз надання хірургічної допомоги дітям з септичними формами гострого гематогенного остеомієліту	127
Михальчук Т.І., Солейко Д.С., Гончарук В.Г., Мартинова Ю.Ю., Моравська О.А., Назаров Д.А.	
Острые заболевания органов мошонки у детей	130
Солейко Н.П., Солейко Д.С., Моравська О.А., Мартинова Ю.Ю., Герасименко В.В.	
Результати лікування серпентінуючих флегмон, які ускладнили вітряну віспу у дітей	133
Солейко Д.С., Гончарук В.Г., Моравська О.А., Мартинова Ю.Ю.	
Скользящие грыжи у детей (обзор литературы)	139
В.А. Глока, Я.И. Берган, В.Т. Савицький, И.А. Крат	
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ	144

УКРАЇНА

ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ВІННИЦЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ

ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І.ПИРОГОВА

МЕДИЦИНА ДИТИНСТВА ВІННИЧЧИНИ 1980 - 2005 р.



Збірник наукових робіт вчених та лікарів Вінниччини –
підсумок 25-річної діяльності Вінницької обласної дитячої клінічної
лікарні

Вінниця – 2005