

Таким чином є можливим заключити, що доношені новонароджені діти диференційовано реагують на тактильний та больовий подразники. На тактильний подразник вони відповідають занепокоєнням у вигляді лицьової симптоматики, а на такий незначний больовий подразник, як в/м ін'єкція, організм новонародженого відповідає інтенсивним плачем, збудженням, підвищенням рухової активності, змінами ЧСС та ЧД в межах 30%.

Не дивлячись на те, що тривалість маніпуляції триває лише чверть хвилини, зміни, які вона викликає в фізіологічному стані новонародженого з боку серцево-судинної та дихальної систем потребують періоду відновлення більшого у 30 разів ніж сама маніпуляція.

На нашу думку, при виконанні внутрішньовенних та внутрішньом'язових ін'єкцій у новонароджених, слід застосовувати легке знеболення, а в разі проведення більш масштабних маніпуляцій чи втручань необхідно застосовувати глибоке адекватне знеболення.

Якименко О.Г., Коноплицький В.С., Солейко Д.С., Мінакова Н.В.,
Комаров Ю.В., Моравська О.А.

Захворюваність на гострий гематогенний остеомієліт

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня*

Гострий гематогенний остеомієліт (ГГО), як проблема дитячої хірургії відома давно і на сьогоднішній день, такі питання як діагностика, лікування захворювання, реабілітація хворих, багато в чому вирішені. Зменшилась кількість септичних форм захворювання та його важких ортопедичних наслідків, зменшилась летальність до 0,01%. Ці успіхи на самперед пов'язані з покращенням діагностики та застосуванням сучасної антибактеріальної терапії. Але за даними літератури, незважаючи на ці досягнення, рівень захворюваності залишається досить високим, а рівень хронізації процесу, за даними різних авторів сягає 18-20 відсотків.

Метою нашого дослідження було з'ясування захворюваності дітей Вінницького регіону на гострий гематогенний остеомієліт, визначення співвідношення клінічних форм захворювання, тривалість лікування та його особливості.

Ннами було проведено клініко-статистичне дослідження захворюваності на ГГО за 13 років з 1992 по 2004 роки. За цей період часу в відділення ВОДЖЛ було госпіталізовано 644 дитини з ГГО різної локалізації, з них 57 дітей були діти періоду новонародженості.

При визначенні статистичного показника захворюваності на ГГО у віковому аспекті нами були отримані наступні результати:

- при середній кількості дитячого населення в Вінницькій області 339264,3±2126,6 за рік, в дитяче хірургічне відділення, в середньому щорічно надходило 49,5±3,52 таких хворих. Середній рівень захворюваності склав 1,48±0,9 на 10 000 дітей віком до 15 років

Таблиця 1
Захворюваність на ГГО дітей Вінницького регіону (всі вікові групи)

Рік	Кількість дитячого населення в регіоні	Кількість дітей хворих на ГГО	Показник	Середнє значення
1992	370940	56	1,50	1,48±0,9
1993	369911	39	1,05	
1994	366000	68	1,83	
1995	364087	53	1,45	
1996	359459	44	1,19	
1997	354655	47	1,26	
1998	349002	58	1,66	
1999	341817	46	1,34	
2000	330893	60	1,81	
2001	319580	54	1,69	
2002	306644	37	1,20	
2003	295540	48	1,62	
2004	281914	34	1,20	

Середня кількість дітей першого року життя по Вінницькому регіону складає 16934,2±252,82, середня кількість новонароджених, хворих на ГГО кісток КШС, на протязі року - 4,38±0,49. В перерахунку на 10 000 новонароджених захворюваність склала 2,58±0,33 (табл. 2).

Таблиця 2
Захворюваність на ГГО серед новонароджених

Рік	Кількість дитячого населення в регіоні до 1 року	Кількість новонароджених хворих на ГГО	Показник	Середнє значення
1992	20755	5	2,40	2,58±0,33
1993	19447	4	2,05	
1994	18866	4	2,12	
1995	18492	7	3,78	
1996	17812	3	1,68	
1997	17306	6	3,64	
1998	16732	5	2,98	
1999	15868	4	2,52	
2000	15093	5	3,31	
2001	14563	3	2,06	
2002	15077	3	1,98	
2003	15049	4	2,65	
2004	15092	4	2,65	

спостерігається поступове зменшення кількості дитячого населення, в той ж час, середній рівень захворюваності на протязі 13 років залишається тим же.

Незважаючи на відносно невелику кількість новонароджених, що хворіли на ГГО у порівнянні з дітьми всіх вікових груп, співвідношення їх статистичних показників складає як 1:1,74. Таким чином рівень захворюваності серед новонароджених є значно вищим.

Співвідношення клінічних форм захворювання за І.С. Венгерівським, 1964, було наступним: місцева форма – була у 69,25%, септикопиемічна – у 28,32%, септикотоксична – у 2,32% хворих.

Незалежно від клінічної форми захворювання лікування ГГО у всіх дітей містило три основні компоненти: дію на макроорганізм, дію на мікроорганізм і лікування місцевого процесу.

Місцеве лікування передбачало активну хірургічну тактику: декомпресію вогнища запалення, його санацію, розкриття і дренивання флегмони при її наявності, пункцію суглобу при підозрі на наявність в ньому випоту. Місцевого застосовувались остеотропні антибіотики.

Загальне лікування передбачало інфузійну та посиндромну терапію. Провідне місце в лікуванні мала дія на мікроорганізм, яка передбачала застосування антибіотиків. При місцевих формах захворювання антибактеріальна терапія складалась з 3-4 курсів, а при септичних формах 6-7. Відповідно і тривалість лікування була різною при різних формах захворювання

Таблиця 3.

Тривалість лікування дітей з різними формами гематогенного остеомієліту

Форма захворювання	Тривалість лікування (ліжко-дні)
Місцева	27,4±2,13
Септико-пиемічна	38,45±2,42
Септикотоксична	47,9±9,34

Клінічне одужання визначалось покращенням загального стану хворих, ліквідацією місцевого процесу, нормалізацією температури та деяких показників загального аналізу крові, рівнем відновленням функції органу де локалізувався остеомієлітичний процес.

Нами було проаналізовано рівень лейкоцитозу та ШОЕ у 30 хворих з різними формами ГГО на момент поступлення та виписки, Рис 1.

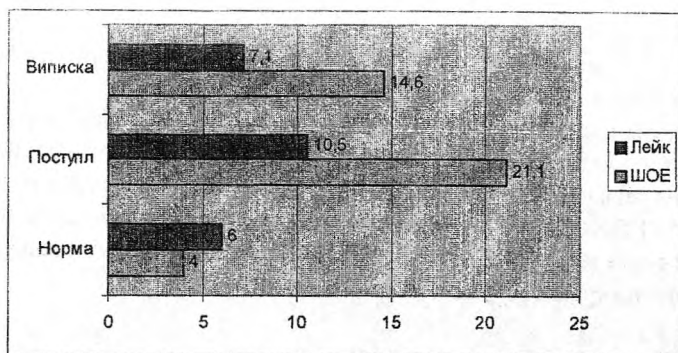


Рис. 1. Показники лейкоцитозу та ШОЕ у хворих з ГГО на момент поступлення та виписки

Незважаючи на клінічне одужання, повної нормалізації рівня ШОЕ та лейкоцитозу у хворих з ГГО на момент виписки не відбувалось. Для з'ясування причин цього явища, у цих же хворих було визначено рівень ендогенної інтоксикації за допомогою лейкоцитарного рівня інтоксикації (ЛІІ) та гематологічного показника інтоксикації (ГПІ), Рис 2.

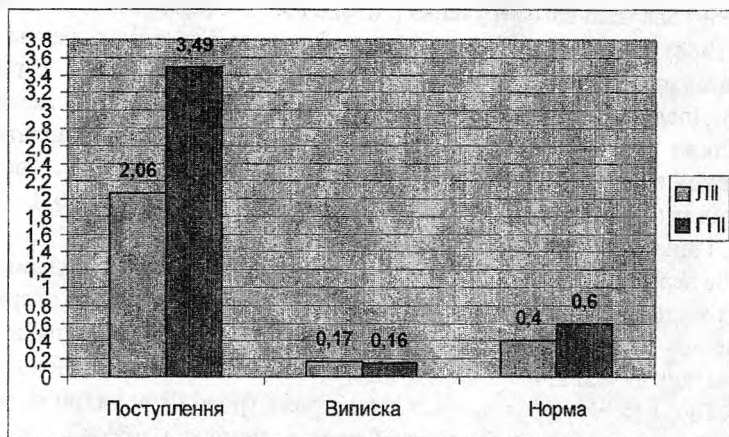


Рис. 2. Показники ЛІІ та ГПІ у хворих з ГГО на момент поступлення та виписки

Отриманий результат обчислюється статистично і був дещо несподіваним, оскільки за даними літератури, підвищений рівень ШОЕ та помірний лейкоцитоз на момент виписки у хворих з ГГО трактується як залишкова дія ендогенної інтоксикації, в той ж самий час, нами виявлені показники ЛІІ та ГПІ багато нижчі норми. Таким чином можна зауважити, що підвищені рівні

ШОЕ та лейкоцитозу у хворих з ГГО є наслідок залипкової дії ендогенної інтоксикації викликаної патологічним процесом, а зниження показників рівня ЛШ та ГПШ нижче нормального можуть мати іншу природу.

Враховуючи широке застосування у дітей з ГГО антибактеріальних препаратів, що мають наряду з антибактеріальною і імунодепресивну дію, зниження рівня ЛШ та ГПШ може бути свідченням пригнічення імунітету у хворих з ГГО. Підтвердженням цього можливо є значний відсоток переходу гострих форм гематогенного остеомієліту у хронічні форми захворювання. Серед досліджуваної групи хворих дітей він склав 12,5%.

Погорілий В.В., Якименко О.Г., Коноплицький В.С., Погребняк І.О., Гончарук В.Г., Гончарук В.Б., Паламарчук Ю.П., Міхальчук Т.І.

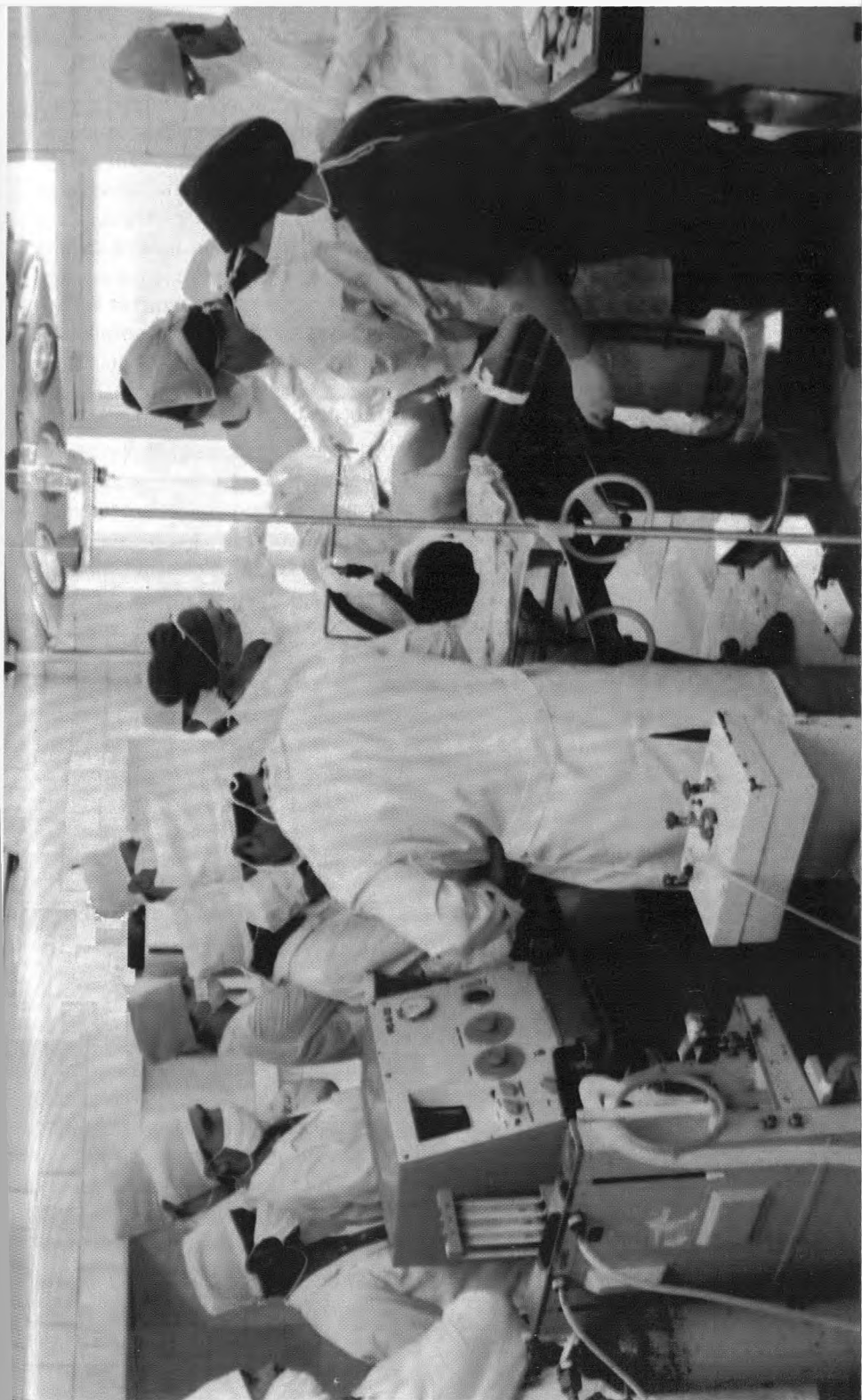
Пахові грижі у дітей

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня*

Грижі у дітей являються найбільш частою вродженою патологією, яка потребує оперативного втручання (Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В., 1988), при чому при пахових грижах операції складають близько 37% від загальної кількості планових оперативних втручань (О.М. Горбатюк, 1999). Дослідження цього питання свідчать про значну частоту ускладнень, особливо при застосуванні “дорослих” методик грижепластики, які зумовлюють травмагізацію яєчка і сім’яного канатика і як наслідок – чоловіче безпліддя в віддаленому періоді в 12-50% (Васильєв В.И., 1990, Возианов А.Ф., Гринченко И.И., 1994, О.Й. Бурда, 2002).

За період з 1997-2002 рік було прооперовано 1696 дітей з грижами різної локалізації, що склало 31,16% від загальної кількості планових операцій за даний період часу, з них пахові грижі 81,8%. В цю кількість також ввійшли защемлені пахові грижі (7,19%). Пупочні грижі спостерігались в 17,5% оперованих дітей, 0,7% склали стегнові грижі, грижі Літре та грижі, вмістом яких був червоподібний відросток. Дітей до року було 10,6%, від 1 до 3 років – 27,2%, від 3 до 14 років – 62,2%. Переважання дітей старшої вікової групи пояснюється тим, що діти з пупочними грижами оперувались після 3-5 років, а діти з паховими грижами були переважно з сільської місцевості.

Оперативні втручання на паховому каналі проводили з максимальною обережним відношенням до тканин. У новонароджених і грудних дітей при пахово-мошоночній грижі гризовий мішок не виділяли, а після пересічення біля шийки накладали внутрішній кисетний шов. У дітей до 3 років застосовували методику Дюамель І, у старших дітей - Дюамель ІІ. Пластику



УКРАЇНА

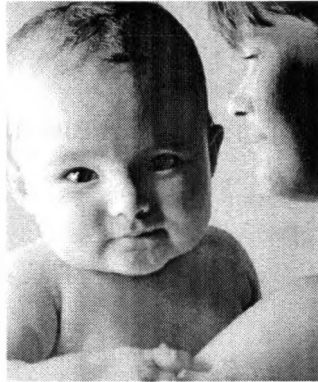
ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА

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