

санации абсцессов не потребовалось ни в одном случае. Летальных исходов при лечении абсцессов брюшной полости не было. Из 126 абсцессов 71 (56,3%) был излечен путем малых инвазивных вмешательств под контролем ультразвукового исследования, 55 (43,7%) излечены оперативным путем. В последнем случае абсцессы брюшной полости сочетались с гнойным перитонитом или кишечной непроходимостью, но их поиск был значительно облегчен благодаря топической УЗД.

Таким образом, малые инвазивные вмешательства под контролем ультразвукового исследования по разработанной нами методике при абсцессах брюшной полости являются не только альтернативой ре-лапаротомии при осложнениях разлитого гнойного перитонита, но и значительно менее травматичны, позволяют сократить срок лечения, их можно выполнять в любом возрасте, в том числе и у новорожденных, при любой тяжести состояния.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

В.В. Слесарев
МОНИКИ

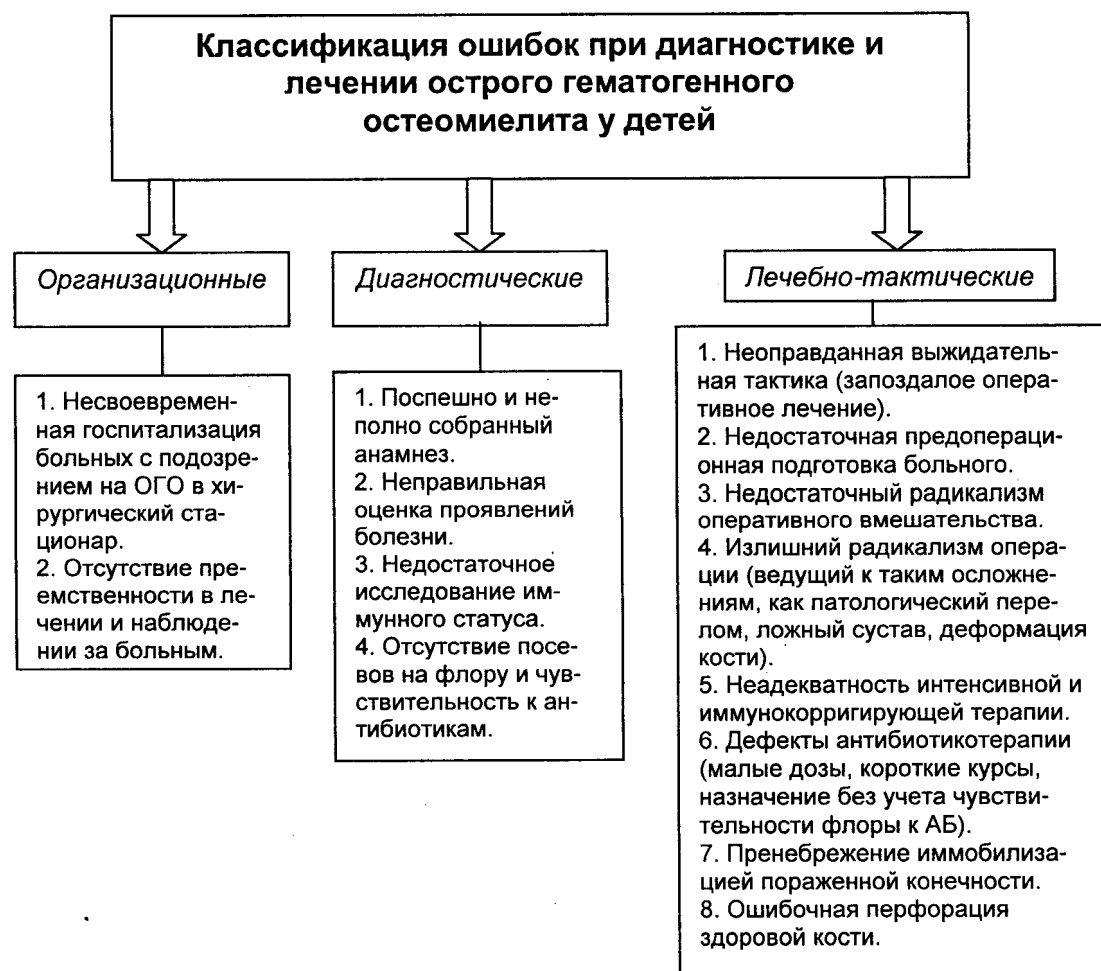
Среди гнойно-воспалительных процессов одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детского населения занимает острый гематогенный остеомиелит (ОГО). Ранняя диагностика и рациональное лечение остеомиелита у детей нередко представляют трудности в связи с полиморфностью клиническо-рентгенологической картины и тяжестью заболевания.

В повседневной хирургической практике наблюдается много случаев, толкование которых, несмотря на внимательное обследование, затруднено и сомнительно. Это приводит к ошибочной диагностике [2, 3, 5, 6]. А при гематогенном остеомиелите, особенно при тяжелых формах, успех терапии как ни при каком другом заболевании костей зависит от своевременно начатого комплекса консервативных и хирургических мероприятий.

В нашей клинике проведен ретроспективный анализ историй болезни 64 больных с ОГО, поступивших из районных больниц в ДХО МОНИКИ, в 1997-2000 гг. У всех детей имела место септикопиемическая форма заболевания. Из них новорожденных было 18 (28,1%), в возрасте до 2 лет – 15 (23,4%), 2-10 лет – 7 (10,9%) и 10-15 лет – 24 (37,5%). В структуре больных превалирует мужской пол: мальчики составили 62,5% (40), девочки – 37,5% (24). По нашим данным, как и по многочисленным данным литературы [1, 4], ОГО наиболее часто поражает бедренную кость – 33 больных (51,6%), затем большеберцовую (13 больных – 20,3%) и плечевую (10 больных – 15,6%). Реже поражается малоберцовая, пяточная, лучевая и локтевая кости (по нашим наблюдениям, 12,5-7,8-3,1- и 1,6% соответственно). Множественное поражение костей отмечалось у 14 больных (21,9%).

Исследование показало, что ошибки допускались как на догоспитальном этапе, так и в хирургическом стационаре. Разработана классификация ошибок, допускаемых при диагностике и лечении острого гематогенного остеомиелита (см. схему).

В первые 3 суток от начала заболевания были госпитализированы в хирургический стационар 29 больных (45,3%), от 4 до 10 суток – 22 (34,4%), от 11 до 15 суток – 7 (10,9%) и позднее 15 суток – 6 больных (9,4%). Такая поздняя госпитализация в стационар связана не только с несвоевременным обращением пациентов к врачу, но и с диагностическими ошибками, допускаемыми на догоспитальном этапе. У 35 больных (54,7%) правильный диагноз ОГО был выставлен с опозданием, что привело к несвоевременной госпитализации в хирургический стационар, и, как следствие, к поздно начатому лечению. У этих больных в первые дни заболевания в поликлиниках или районных больницах вместо ОГО ошибочно диагностировались: ревматизм, ревматоидный артрит, флегмона, ушиб, ОРВИ, миозит, растяжение связок. Названные заболевания, так же как и остеомиелит, могут сопровождаться болью в конечности, повышением температуры тела, появлением отека, гиперемии мягких тканей. Нередко при этом может быть интоксикация. Между тем, если разобраться в деталях клинической картины, то можно обычно выяснить причины интоксикации у данного больного и правильно установить диагноз.



Диагностические ошибки обусловлены не только характером заболевания, но и недостаточным вниманием лечащего врача (поспешно и неполно собранный анамнез, неправильная оценка проявлений заболевания), отсутствием настороженности к ОГО у участко-

вых врачей, слабой преемственностью врачей поликлиники и стационара. Редко, но встречаются ошибки, связанные, с переоценкой возможностей рентгенографии в распознавании ОГО. Раньше чем через 10-15 дней от начала процесса крайне редко удается обнаружить какие-то изменения на рентгенограммах, то есть отсутствие рентгенологических признаков остеомиелита в указанные сроки отнюдь не является основанием для исключения этого диагноза. В конечном итоге это приводит к ухудшению результатов лечения, в частности, процент перехода в хроническую стадию среди больных с поздно выставленным диагнозом ОГО составляет 14,3% (общий процент хронизации – 10,9%).

Следует обратить внимание и на организационные вопросы. Важно любую форму остеомиелита, даже при удовлетворительном состоянии больного, трактовать как воспалительный процесс, легко трансформирующийся в септический [1]. В связи с этим при подозрении на ОГО поликлинический или участковый врач должен экстренно направить больного в хирургическое отделение, а в стационаре нужно использовать все возможности для установления диагноза в момент поступления.

Диагностические ошибки, как правило, приводят и к ошибкам лечебно-тактическим. Поздняя постановка правильного диагноза приводит и к запоздалому лечению. Но зачастую и при установленном диагнозе ОГО оперативное лечение либо не проводится, либо необоснованно откладывается на более поздние сроки. У 31 больного (48,4%) оперативное лечение в хирургическом стационаре районной больницы было проведено более чем через 12 часов после постановки правильного диагноза. Наш опыт, а также данные литературы [1, 4], показывают, что недопустимо динамическое наблюдение за больными с ОГО в условиях стационара. Ухудшение состояния больного может наступить чрезвычайно быстро и привести к печальным последствиям в ближайшие часы или сутки после госпитализации. По нашему мнению, операцию следует выполнять в первые часы после соответствующей предоперационной подготовки при одновременном назначении антибактериальной, противовоспалительной, десенсибилизирующей, иммуномодулирующей терапии. Кроме того, часто оперативное вмешательство оказывается неадекватным: проводится недостаточное вскрытие остеомиелитических флегмон, не выполняется остеоперфорация.

К часто встречающимся ошибкам также относятся дефекты антибиотикотерапии. У 14 больных (21,9%) антибактериальная терапия была неадекватной. Самыми частыми ошибками были назначение антибиотиков без учета чувствительности к ним микробной флоры, короткие курсы лечения, назначение малых доз. Основным критерием назначения антибиотика является чувствительность к нему микроорганизма. До идентификации микроба мы назначаем два антибиотика широкого спектра действия из группы цефалоспоринов и аминогликозидов. А после получения результатов посевов крови и гноя назначаются антибактериальные препараты с учетом чувствительности. Следует заметить, что полноценная антибиотикотерапия, начатая в

первые часы заболевания, может оборвать развитие структурных изменений в пораженной кости и способствует благоприятному исходу остеомиелита.

Важной составной частью лечения ОГО является коррекция иммунных нарушений. В нашем наблюдении у 30 больных (46,9%) было выполнено недостаточное исследование иммунитета и в связи с этим проведена неадекватная иммунотерапия. А иммуномодуляторы, как известно, улучшают метаболические процессы, лейкопоз, повышают фагоцитарную активность лейкоцитов и клеток системы мононуклеарных фагоцитов, увеличивают продукцию гамма-глобулинов плазматическими клетками и ускоряют процессы регенерации [1]. Мы придерживаемся принципов дифференцированной иммунотерапии, проводим постоянную коррекцию дефектов Т-системы иммунитета и фагоцитоза. Но в то же время считаем, что подход к заместительной терапии гипериммунными препаратами должен быть более осторожным и взвешенным, использование этих препаратов должно ограничиваться только острым периодом болезни и контролироваться иммунологическими исследованиями.

Ошибочно оценено общее состояние и не проведена дезинтоксикационная терапия у 12 больных с ОГО (18,8%). Известно, что содержание калия в воспалительном экссудате (гное) в 3 раза выше, чем в сыворотке крови больных. Кроме того, обильное образование и отделение гноя на фоне лихорадочного состояния может привести к истощению белковых ресурсов организма [6]. В результате этого у детей снижается коллоидно-осмотическое давление крови, возникают водно-электролитные нарушения, что в совокупности тормозит процесс заживления. Поэтому при лечении ОГО у детей необходимо проводить инфузионную терапию (растворы глюкозы, альбумин, кровезаменители, гемодез, аминокислотные препараты, солевые растворы), объем которой зависит от возраста больного, формы и тяжести заболевания.

Для лечения ОГО в настоящее время широко используется гипербарическая оксигенация (ГБО), которая повышает репаративные возможности тканей, улучшает кровообращение и снижает тканевую гипоксию, а также является мощным стимулятором Т-системы иммунитета. В нашем наблюдении у 14 больных (21,9%) ГБО не проводилась, что, несомненно, отрицательно сказывалось на результатах лечения.

Таким образом, проблема ранней диагностики и своевременного адекватного лечения ОГО и в настоящее время остается актуальной. Анализ процесса диагностики и лечения больных с ОГО показал, что до сих пор врачи совершают ошибки как на догоспитальном этапе, так и в хирургических стационарах.

В заключение хотелось бы добавить, что в диагностике ОГО ведущую роль играют не столько обширные и глубокие познания семиотики этого заболевания, сколько настороженность врача в отношении гнойно-воспалительных заболеваний, при которых существует потенциальная опасность развития сепсиса. При подозрении на остеомиелит больной должен быть срочно направлен в специализированный стационар, где диагноз ОГО должен быть подтвержден или отвергнут в первые часы болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аюжигитов Г.Н, Галеев М.А., Сахаутдинов В.Г., Юдин, Я.Б. Остеомиелит. – М., 1986.
2. Блинов И.А., Тихомиров С.Л., Елагин Е.В. // Диагностика и лечение гематогенного остеомиелита / Сб. науч. тр., тез. и докл. межрегиональной конф. – Ижевск, 2000. – С. 167.
3. Воробьев С.М., Тихомиров С.Л. // Диагностика и лечение гематогенного остеомиелита / Сб. науч. тр., тез. и докл. межрегиональной конф. – Ижевск, 2000. – С. 214.
4. Кононов В.С. Гематогенный остеомиелит у детей. – М., 1974.
5. Рокицкий М.Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. – Л., 1979.
6. Султанбаев Т.Ж. // Хирургия. – 1982. – № 4. – С. 92.

КИНИНОГЕНЕЗ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

*М.С. Суровикина, В.Г. Цуман, В.И. Щербина, А.Е. Машков,
Е.Н. Ананьева, В.В. Суровикин*
МОНИКИ

Для совершенствования лечебного процесса и глубокого понимания различных звеньев патогенеза гнойно-септических заболеваний (ГСЗ) необходима объективная оценка биохимического гомеостаза. Такая оценка может быть получена на основании исследования состояния калликреин-кининовой системы крови (ККСК). Эта система выполняет адаптивно-защитную функцию и является связующим звеном между частями единого координационного комплекса, включающего нервную, эндокринную, иммунную и гуморальную системы крови (свертывающую, фибринолитическую, ренин-ангиотензинную системы и систему комплемента). Таким образом, информация об активности ККСК может расцениваться в качестве интегрального лабораторного показателя гомеостаза, а сведения об изменении активности ее отдельных компонентов позволяют проводить как анализ характера и степени изменений гомеостаза на всех стадиях течения болезни, так и оценку эффективности проводимой терапии.

Нами обследовано 82 ребенка в возрасте от 2 до 12 лет, больных ГСЗ: из них у 24 детей был разлитой гнойный перитонит, у 28 – деструктивная пневмония, у 30 – острый гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей.

Все дети госпитализированы в клинику детской хирургии МОНИКИ в тяжелом и крайне тяжелом состоянии через 10-12 дней от начала болезни. Клиническая картина каждой нозологии ГСЗ характеризовалась типичными симптомами местного органического воспаления, общей интоксикацией, изменением общепринятых параклинических лабораторных показателей: состояние белой крови (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ), коагулограммы (увеличение уровня фибриногена), иммунитета (активация гуморального звена, угнетение Т-клеточного звена, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, уменьшение содержания гемолитического комплемента, повышение концентрации иммунных комплексов). Кининогенез оценивали по разработанному нами колориметрическому методу [12, 13], кото-