

ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ И НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ ЕГО РАЗВИТИЯ

О.В. Миронова, М.А. Ятуев, Д.В. Чекмарева, Т.В. Головачева, А.Е. Лысов
Воронежская государственная медицинская академия,
кафедра и клиника детской хирургии,
Воронеж, Российская Федерация

Хронизация воспаления в костных структурах обнаружена у 112 детей в возрасте от 2 до 16 лет, лечившихся в последние 2 десятилетия по поводу острого гематогенного остеомиелита в специализированных хирургических стационарах Воронежского региона.

Изучая отдаленные результаты перенесенного острого гематогенного остеомиелита мы обнаружили остаточные явления и последствия перенесенного заболевания, в том числе: 1) абсолютное укорочение длины конечности – у 23,2%; 2) тугоподвижность в суставах, прилегавших к очагу гнойного воспаления или участвовавших в воспалительном процессе – у 14,3%; 3) деформацию конечности по месту имевшегося острого гнойного воспалительного процесса – у 12,5%; 4) свищевую форму хронического гематогенного остеомиелита с потребностью повторных оперативных вмешательств – у 8,9%; 5) патологические переломы костей по очагу хронизации воспалительного процесса, выраженные контрактуры в суставах – у 1,8% детей с хронизацией острого гематогенного остеомиелита; 6) выраженные нарушения лимфообращения и кровообращения конечности – у 1,8% больных с развившимся хроническим гематогенным остеомиелитом. Заболевание у обследованных началось в возрасте до 1 года у 7,4%, в возрасте 1-4 года – 11%, 4-7 лет – 16,7%, 7-14 лет – 63%, 14-17 лет – 5,6%.

Максимальное количество детей с последующей хронизацией остеомиелита приходится на возраст от 11 до 13 лет – 42,7%. В числе заболевших 68% – жители сельской местности, 32% – жители большого города, девочки – 40 (36%), мальчики – 72 (64%). Первично хронический остеомиелит – у 20% детей; септическая форма острого гематогенного остеомиелита – у 21%.

Посевы из гнойного очага: *Staphylococcus aureus* – 71,4%, *Staphylococcus saprophyticus* – 3,6%, *St. gollinorum* – 3,6%. Не выделены микроорганизмы – возбудители – у 18% больных остеомиелитом с исходом в хронизацию. Исход лечения острого гематогенного остеомиелита в хронический во многом зависит от низкой эффективности позднего комплексного лечения, несовпадения антибиотикотерапии с результатами бактериологических посевов гноя из очага. Препараты высокой антибактериальной чувствительностью применены у больных с последующей хронизацией лишь в редких случаях заболевания.

ОСОБЕННОСТИ СИНЕГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Д.В. Чекмарева, Т.В. Головачева, А.И. Тулинов
Воронежская государственная медицинская академия, кафедра детской хирургии,
Воронеж, Российская Федерация

За трехлетний период в клинике детской хирургии г. Воронежа находились на лечении 42 ребенка с положительным высевом синегнойной инфекции из различных биоматериалов. 22 ребенка лечились в гнойно-септическом отделении, 20 – в ожоговом отделении.

У больных гнойно-септического отделения основными преобладающими диагнозами являлись острый деструктивный аппендицит (59,1%) и гнойная инфекция мягких тканей (36,4%), а также НЭК (4,5%), а у больных с термической травмой – термические ожоги I, II, IIIA, IIIB и IV степеней (85%). Течение синегнойной инфекции отличалось выраженными морфологическими, клиническими, лабораторными проявлениями. Так, при оценке общих анализов крови определялась средняя реактивность организма в ответ на хирургическую инфекцию, которая проявлялась лейкоцитозом в пределах $10-15 \times 10^9$ /л, относительной лимфоцитопенией, ускоренной СОЭ (более 20 мм/ч).

При оценке б/х анализа крови более выраженные изменения были у пациентов ожогового отделения (гипопроотеинемия, гипертрансаминаземия, повышение мочевины). Изменения по общим клиническим анализам мочи были в среднем сходны и заключались в патологической протеинурии, лейкоцитурии, эпителиурии, уратурии (возможно, у большинства детей имелся преморбидный фон, который обусловлен латентным хроническим очагом инфекции). По йонограмме у большинства детей имела место гипонатриемия. Наиболее выраженные изменения по коагулограмме наблюдались у пациентов гнойно-септического отделения (снижение АЧТВ и фибринолитической активности, положительный этаноловый тест и фибриноген В), однако снижение протромбинового индекса более выражено у пациентов ожогового отделения, что связано с патогенезом заболевания. Температурная реакция наблюдалась в начале заболевания у всех больных в виде низких фебрильных и субфебрильных цифр, однако 26 детей длительно лихорадили в стационаре (причем 7 из них с осложненными ожогами и аппендикулярными перитонитами – до 7 суток).

При анализе бак. посевов синегнойная инфекция встречалась в монокультуре только у 43% больных, у 57% – в виде ассоциаций с грибами *p. Candida*, Гр- палочками и Гр+ кокками. При оценке антибиотикочувствительности синегнойная инфекция проявляла наибольшую чувствительность к аминогликозидам II и III поколений и цефалоспорином II, III поколений по гнойно-септическому отделению. Синегнойная флора больных с термическими ожогами также показывала высокую чувствительность к цефалоспорином, но стопроцентная чувствительность отмечена к ампициллину, карбенициллину. При оценке ее чувствительности к антисептикам она одинаково высокой оказалась к хлоргексидину и 3% перекиси водорода, и низкой – к риванолу, диоксидину, фурацилину.