

ПРОБЛЕМА СЕПСИСА И БАКТЕРИЕМИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

И.А. Янин

**Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Российская Федерация**

Актуальность. Выявление микроорганизмов в крови на сегодняшний день для многих клиницистов равнозначно диагнозу генерализованной инфекции соответствующей этиологии.

Цель исследования. Выявить, имеет ли место при локальных формах хирургической инфекции бактериемия, ее частоту, этиологию, возможные причины и адекватность обследования и лечения.

Материал и методы. Проведена обработка 750 историй болезней детей с хирургической инфекцией. Выявлена бактериемия у 7,1% больных, SIRS- синдром по диагнозу - у 0,2% больных. Для бактериемии, развившейся вне лечебного учреждения, наиболее характерен выделяемый в качестве гемокультуры *S.aureus*. Полимикробная бактериемия выявлена у 1,2% больных. Соответствие микроорганизма из очага хирургической инфекции микроорганизму из крови выявлено только у 16% больных. Причины бактериемии различные. У исследуемой группы выявлены следующие изменения в общем анализе крови: анемия (достаточно часто), лейкоцитоз с нейтрофилизмом, лимфоцитопенией, умеренным моноцитозом. При анализе лечения, учитывая данные посева содержимого из очага, у 53% больных выбор соответствовал а/бактериальным препаратам из средств выбора, а у 12% больных - альтернативным препаратам. Учитывая данные посева крови, у 45% больных выбор соответствовал а/бактериальным препаратам из средств выбора, а у 28% больных - альтернативным препаратам.

Таким образом, наличие бактериемии действительно не всегда является патогномоничным симптомом и/или условием для септического состояния. Преобладание в спектре микрофлоры стафилококка и несоответствие микроорганизмов из очага с посевами крови вероятнее всего говорят о бактериемии на фоне скрытого иммунодефицита. Обязательная антибиотикотерапия резко снижает уровень чувствительных микроорганизмов, а резистентные вызывают бактериемию у детей. Эта группа больных нуждается в очень пристальном внимании хирурга, иммунолога, педиатра.

УЛЬТРАСТРУКТУРА КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

Н.А. Ким, У.Б. Акилов, М.Ш. Шамсиева, Б.П. Алиев

**Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал
детской хирургии РСНПМЦ педиатрии, Самарканд, Узбекистан**

Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит занимает особое место в гнойно-септической хирургии. Ультраструктурные изменения при данной патологии характеризуются воспалением костного мозга, костной ткани, надкостницы, которое нередко осложняется развитием микроабсцессов, некроза костной ткани с последующим её разрушением. При хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите светооптические исследования проведены наиболее подробно, однако изучение ультраструктуры костной ткани с применением электронной трансмиссионной и сканирующей микроскопии практически не проводилось.

Целью настоящей работы явилось изучение ультраструктуры костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите с помощью электронной трансмиссионной и сканирующей микроскопии.

Морфологическому исследованию подверглись 40 фрагментов патологически изменённых тканей большеберцовой и бедренной костей, полученных путём интраоперационной биопсии. После общегистологических методов фиксации фрагменты костной ткани изучались с помощью трансмиссионной (ТЭМ) и сканирующей электронной микроскопии (СЭМ). Проведенные комплексные морфологические исследования фрагментов костей, поражённых хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом, позволили выявить некоторые особенности структурных изменений костной ткани при этой патологии. При умеренной и средней степени повреждения кости при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите большинство остеоцитов сохраняет свою жизнеспособность, общая архитектура костной ткани также не нарушена. Структура нейтрофилов свидетельствует о сохранности их способности к фагоцитозу.

При тяжёлых формах поражения костей отмечаются необратимые изменения, вплоть до некроза остеоцитов, разрушение костных пластинок и дезинтеграция волоконных компонентов костной ткани. Между волокнами соединительной ткани имеются микроабсцессы, отмечаются процессы секвестрации некротизированных фрагментов костной ткани. ТЭМ позволила выявить скопление крупных колоний микроорганизмов.

Таким образом, комплексное изучение ультраструктуры костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите позволило выявить структурные изменения поражённой кости, что важно при хирургическом лечении данной патологии.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТНОМОЗГОВОЙ ТКАНИ ПРИ СЕПТИКОПИЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

И.А. Муталибов, Б.С. Сатаров, Н.Э. Данияров, Ж.П. Назаров

**Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал
детской хирургии РСНПМЦ педиатрии, Самарканд, Узбекистан**

Среди клинических форм острого гематогенного остеомиелита (ОГО) у детей септикопиемическая составляет от 6,3% до 57% и является грозным проявлением гнойной хирургической инфекции.

Нами проведены морфологические исследования фрагментов содержимого костномозгового канала у 23

больных с септикопиемической формой ОГО длинных трубчатых костей, находившихся в отделении гнойной хирургии. В сроки до 3 суток от начала заболевания поступило 2 больных, на 4-7 сутки – 9 больных, 8-10 сутки – 7 больных, более 10 суток – 5 больных. У 12 - отмечено поражение большеберцовой кости, у 3 - бедренной, у 4 - плечевой. В 4-х случаях было одновременное поражение 2-х и более костей. Методом светооптической микроскопии изучено 62 гистологических препарата.

Исследования показали, что в патоморфологической картине содержимого костномозгового канала больных, поступивших в ранние сроки (до 3 суток), выявлена воспалительная клеточная инфильтрация костномозговой ткани. В последующие сроки наблюдения (4-7 сутки) в препаратах доминировали распавшиеся клеточные элементы, выявлялись фибрин, детрит и очаги некроза костного мозга. В более поздние сроки от начала заболевания (8-10 сутки и позже) патоморфологическая картина гнойного очага представлена обширными участками гнойного расплавления костного мозга с обилием фибрина, некротических масс, грануляционной ткани и разрастанием соединительнотканых элементов в пораженных фрагментах. При исследовании биоптатов, прилежащих к плотной кости, выявлены сохранившиеся фрагменты кроветворного костного мозга с клетками эритроидного и миелоидного ряда и многочисленные группы митозов.

Таким образом, септикопиемическая форма ОГО характеризуется тяжелыми патоморфологическими изменениями в костномозговой ткани поражённой кости. Эти изменения более выражены у пациентов с длительными сроками от начала заболевания, что существенно затрудняет санацию патологического очага и требует более активной хирургической тактики. Характерно, что во все изученные сроки развития заболевания сохраняются участки жизнеспособного костного мозга с клетками гемо- и миелопоэза, которые в последующем, учитывая высокие пролиферативные свойства костномозговой ткани детского организма, являются основой его морфо-функционального восстановления.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОГОУЗЛОВОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ

К.С. Куликова

**Саратовский государственный медицинский университет,
Саратов, Российская Федерация**

Проведен ретроспективный анализ диагностики, хирургического лечения и его результатов у 70 детей с многоузловым зобом (МУЗ) в период с 1990 по 2005гг.

Пациентам было проведено комплексное ультразвуковое исследование и тонкоигольная аспирационная биопсия узлов. Все дети были прооперированы. Использованы экстракапсулярные вмешательства с визуализацией п. гессигенс. Абсолютными показаниями к тиреоидэктомии считали двустороннее поражение опухолью и конгломератный зоб. Оценка результатов оперативного лечения проведена путем катамнеза пациентов в срок до 10 лет.

Больные условно разделены на две группы – с многоузловым поражением одной и двух анатомических долей (АД). МУЗ составил 25,1% от всех больных, оперированных по поводу тиреоидной патологии. При анализе гистоморфологической структуры каждого узла было выявлено, что МУЗ был представлен коллоидным пролиферирующим зобом (КПЗ) (50%), опухолями ЩЖ (ОЩЖ) (20,4%) и сочетанными поражениями (СП) (29%). КПЗ в обеих группах был представлен равнозначно, выявлено достоверно частое поражение обеих долей ЩЖ ОЩЖ (33,3% против 7,5%) и локализация СП в одной доле (32,2% против 23,3%). При анализе структуры СП в обеих группах превалировала комбинация - КПЗ и папиллярный рак (ПР) (76,3%). При сравнительном анализе операционных характеристик клинического осмотра, ультразвукового исследования (УЗИ), цветного доплеровского картирования (ЦДК), селективной флоуметрии и тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) было выявлено, что наиболее целесообразным при МУЗ являлось применение УЗИ как метода визуализации, ЦДК – как метода косвенной диагностики ПР и ТАБ - как основного метода дооперационной морфологической диагностики. При поражении одной АД преимущественно выполнялись гемитиреоидэктомии (35/40). Ранние послеоперационные осложнения отмечены в 12,5% (парез п. гессигенс – 1, транзитный гипопаратиреоз – 2). При поражении обеих АД выполнены субтотальные резекции (19/30) и тиреоидэктомии (11/30). Послеоперационные осложнения отмечены в 36% наблюдений (парез п. гессигенс – 4, транзитный гипопаратиреоз – 7). В группе с поражением одной АД частота рецидивов составила 12,5%, при поражении обеих АД - 23%. Предложен алгоритм выбора хирургической тактики при МУЗ, согласно которому органосохраняющие резекции могли быть признаны адекватными при КПЗ и СП с Т1 стадией ОЩЖ при локализации узлов в одной АД. Применение органосохраняющих резекций при мультифокусном раке и СП с Т2-3 стадией ОЩЖ при любой локализации узлов определяли максимальный риск рецидива опухоли. При двусторонней локализации КПЗ и СП с Т1 стадией ОЩЖ риск рецидива составил до 70%.

В результате проведенного исследования предложен алгоритм выбора хирургической тактики при МУЗ у детей при его различных морфологических формах.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЁМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

А.Ф. Бахтиярова, А.К. Закиров

**Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Российская Федерация**

Цель работы – анализ лечения новорождённых с онкологическими заболеваниями (опухоли различной этиологии) в отделении хирургии новорожденных. На базе ДРКБ МЗ РТ с 2003 по 2008 год было пролечено 3 ребёнка с лимфангиомами, 3 ребёнка - с опухолями забрюшинного пространства, 4 детей - с опухолями мягких тканей и 6 детей - с крестцовокопчиковыми тератомами. Всего было прооперировано 16 детей с онкологическими заболе-