**Солейко Дмитро Сергійович. Особливості діагностики та комплексного лікування септичних форм гострого гематогенного остеомієліту у дітей (клініко-експериментальне дослідження) : Дис... канд. мед. наук: 14.01.09 / Вінницький національний медичний ун-т ім. М.І.Пирогова. — Вінниця, 2006. — 183арк. : рис., табл. — Бібліогр.: арк. 154-175**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| *Солейко Д.С. Особливості діагностики та комплексного лікування септичних форм гострого гематогенного остеомієліту у дітей. – Рукопис.*Дисертація на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.09. – дитяча хірургія. – Національний медичний університет ім. акад. О. О. Богомольця МОЗ України, Київ 2006.Дисертацію присвячено діагностиці та лікуванню септичних форм гострого гематогенного остеомієліту у дітей.Експериментально та клінічно обґрунтовано новий метод ранньої неінвазивної діагностики гострого гематогенного остеомієліту – неінвазивну реоостеографію, який полягає в визначенні різниці значень опору тканин симетричних ділянок кінцівок.Діти із септичними формами гострого гематогенного остеомієліту складали 28% від загальної кількості хворих із цим захворюванням. Пік захворюваності спостерігався в липні, серпні та в вікових групах від 0 до 3 років (34,6%) та старше 7 років (53,9%). Септикопіємічну форму ГГО визначено у 83,08% хворих, септикотоксичну – у 16,92%, з яких у трьох — блискавичну.Метастатичні вогнища локалізувались у легеневій тканині у 46,2% хворих, в нирковій у 37,7%, в кістковій – у 29,2%, гнійники в м`яких тканинах визначено у 25,4%, септичний кардит у 23,1%, із них у двох – гнійний перикардит, явища гепатиту у 8,5%.У висівах з основного та метастатичних вогнищ домінував золотистий стафілокок. У метастатичних вогнищах частота виділення грибів роду Candida сягала 16,6%, що вимагало превентивної фунгіцидної терапії.Зі 130 хворих септичними формами ГГО 91 пацієнт переніс 1 оперативне втручання на основному вогнищі, 23 оперовані 2 втручання, більше 2 операцій виконано 3 пацієнтам. 13 новонародженим антибактеріальний препарат підводився до кістки. 26 пацієнтів оперовано на метастатичних вогнищах позакісткової локалізації.З одужанням виписано 56,2% хворих, з покращенням – 28,5%, з хронізацією процесу – 10,7%. Летальність від септичних форм склала 4,6% (6 дітей), від всіх форм ГГО – 1,3%.Серед 78 пацієнтів (60%), обстежених за час від 1 до 12 років з часу виписки, визнано здоровими – 61 (78,2%), задовільний результат – у 11 (14,1%), незадовільний – у 6 (7,7%), з них у 4 діагностовано патологічний вивих, у 2 – хибний суглоб, у 1 – анкілоз.Розроблення та впровадження в клінічну практику неінвазивної реоостеографії, алгоритмів діагностики та комплексного лікування септичних форм гострого гематогенного остеомієліту дало можливість скоротити ліжко-день з 42,6±2,6 до 36,6±2,7 (p<0,05) та знизити летальність з 5,5% до 3,5%. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційному дослідженні представлено рішення актуальної задачі дитячої хірургії – покращення результатів лікування септичних форм гострого гематогенного остеомієліту у дітей шляхом вдосконалення ранньої діагностики та комплексного лікування.1. У структурі гострого гематогенного остеомієліту септичні форми захворювання складають 28% і характеризуються швидким розвитком важкого стану за рахунок виникнення синдромів гіпертермії, ендогенної інтоксикації, токсико-септичного шоку, кардіо-пульмональної та поліорганної недостатності, ДВЗ-синдрому; обумовлюють негативні результати лікування: летальність – 4,6%, хронізація процесу – 10,7%, інвалідизувальні ортопедичні ускладнення (патологічні вивихи, хибні суглоби, анкілози) – 7,7%.
2. Розроблен метод ранньої діагностики гострого гематогенного остеомієліту. Реоостеографія при гострому остеомієліті в експерименті та у пацієнтів виявляє зменшення електричного опору кісткового мозку і кісткової тканини, збільшення опору м`язів. Середнє значення параметру асиметричності опору тканин при остеомієліті складає 29,4%, тоді як у здорових дітей не перевищує 2%. У віддаленому періоді після перенесеного захворювання зазначений показник залишається підвищеним – 6,37% — і свідчить про наявність порушень структури та мікроциркуляції тканин ураженої ділянки.
3. Діагностика основного і септичних метастатичних вогнищ остеомієліту, загрозливих для життя синдромів представляє значні труднощі, особливо при необхідності невідкладної допомоги. Застосування діагностичного алгоритму в комплексі з неінвазивною реоостеографією дозволяє своєчасно встановити діагноз септичних форм гострого гематогенного остеомієліту.
4. Основним збудником як основного, так і метастатичних вогнищ остеомієліту є золотистий стафілокок – 66,1 % та 36,2 % відповідно. При призначенні першого курсу антибактеріальної терапії дітям зі генералізованими формами гострого гематогенного остеомієліту повинні враховуватись визначена чутливість зазначеного виду до цефалоспоринів ІІ і ІІІ покоління, лінкоміцину, еритроміцину, гентаміцину, оксациліну та особливості сезонної частотності збудників.
5. Частота в висівах грибів роду Candida при септичних формах гострого гематогенного остеомієліту складає 16,9%, що потребує превентивної фунгіцидної терапії.
6. Особливістю алгоритму лікування хворих септичними формами ГГО є корекція загрозливих для життя синдромів, стабілізація гемодинаміки з подальшими необхідними оперативними втручаннями.
7. Застосування неінвазивної реоостеографії, розроблених алгоритмів діагностики і лікування дозволяє знизити летальність з 5,5% до 3,5% та скоротити ліжко-день з 42,6±2,6 до 36,6±2,7 (p<0,05).
 |

 |