

ентов результаты проведенного лечения оказались положительными. У 4 (10,5 %) пациентов улучшения функции тазовых органов, в ответ на консервативное лечение, не отмечено. Им показана дальнейшая хирургическая коррекция нарушений функции тазовых органов. Троицким детям сформирована континентная аппендикостома для периодического опорожнения мочевого пузыря катетером. Еще один пациент подготовлен для формирования цикоаппендикостомы с целью выполнения антеградного лаважа толстой кишки и континентной илеоцистостомы.

#### **Выводы**

На основании данных исследования, все пациенты, обратившиеся в РНПЦ детской хирургии с жалобами на запоры, каломазание и нарушение функции мочевого пузыря, разделены на три группы: с нарушениями функции толстой кишки и анального сфинктера — 21 (55 %) пациентов; с нарушениями функции мочевого пузыря — 3 (8 %) пациента и с сочетанными нарушениями тазовых органов — 14 (37 %) пациентов. Разработан алгоритм диагностики эвакуаторных расстройств тазовых органов у пациентов детского возраста, который состоит из этапов последовательных процедур: дневника физиологических опрарвлений, оценки степени тяжести нарушений функций тазовых органов по балльной шкале; инструментальных методов исследования, а также алгоритм выбора терапевтического и хирургического лечения. Тренировки на основе метода биологической обратной связи (БОС-терапии) эффективны у большинства пациентов с дефекационной и сфинктерно-детрузорной диссинергией. Улучшение выявлено у всех пациентов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Bartolo, D. C. Faecal continence and defecation / D. C. Bartolo, A. D. Macdonald; In: J. Pemberton, M. Swash, M. M. Henry (eds) // The pelvic floor, its functions and disorders. — WB Saunders, London, 2002. — P. 77–83.
2. Petros, P. E. The musculoelastic theory of anorectal function and dysfunction / P. E. Petros, M. Swash // Pelviperineology. — 2004. — Vol. 27. — P. 89–93.
3. Гусева, Н. Б. Перспективы метода биологической обратной связи в комплексном лечении детей с дисфункциями тазового дна / Н. Б. Гусева, Е. Л. Вишневикий, Р. О. Игнатъев // Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии. — 2010. — № 1. — С. 89–95.
4. Cardozo, L. Biofeedback in overactive bladder / L. Cardozo // Urology. — 2000. — Vol. 55, № 5A. — P. 24–28.
5. Dietz, H. P. Ultrasound imaging of the pelvic floor. Part II: three-dimensional or volume imaging / H. P. Dietz // Ultrasound Obstet Gynecol. — 2004. — Vol. 23. — P. 615–625.
6. Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia / G. Chiarioni [et al.] // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130. — P. 657–664.
7. Chiarioni, G. Biofeedback benefits only patients with outlet dysfunction, not patients with isolated slow transit constipation / G. Chiarioni, L. Salandini, W. E. Whitehead // Gastroenterology. — 2005. — Vol. 129. — P. 86–97.
8. Biofeedback therapy for urinary incontinence in children / J. Blanco [et al.] // Cir. Ped. — 2006. — № 20. — P. 61–65.

УДК 616.71-002.1-07-08-053.2(476.2)«2017/2018»

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ Г. ГОМЕЛЯ И ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА ЗА ПЕРИОД 2017–2018 ГГ.**

**Жалдыбин М. А., Зорина С. А.**

**Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Баранов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) в детском возрасте — остро протекающий воспалительный процесс с поражением костного мозга и последующим поражением других органов и тканей, с гематогенным путем распространения возбудителя [1].

В 85–93 % случаев этиологической причиной является стафилококк [2].

В 96 % болеют дети младшего школьного возраста. Мальчики в 2–3 раза чаще. В 82,9 % случаев поражаются длинные трубчатые кости (бедренная, большеберцовая, плечевая) [3].

### Цель

Оценить особенности течения, диагностики и лечения ОГО разных локализаций, выявленные у детей г. Гомеля и Гомельского района за 2017–2018 гг.

### Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 47 историй болезни пациентов, получавших лечение по поводу ОГО разных локализаций в детском хирургическом отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» и далее в хирургическом отделении учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» за период 2017–2018 гг. Госпитализируемые дети были из районов Гомельской области, из них 23 ребенка проживали в г. Гомеле и Гомельском районе (они составили исследуемую группу).

### Результаты исследования и их обсуждение

Распределение детей по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение детей по возрасту и полу.

Возраст		2017 г.		2018 г.	
		Пол			
		женский	мужской	женский	мужской
До 5 лет	До 1 месяца	1	2	0	0
	От 1 месяца до 1 года	0	4	3	1
	От 1 года до 5 лет	1	1	4	1
От 5 до 10 лет		2	0	0	2
От 10 до 15 лет		1	0	0	0
<b>Всего</b>		<b>5</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>4</b>

В 2017 г. с этим диагнозом поступило больше мальчиков чаще в период до 1 года после рождения. В 2018 г. наблюдалась более частая госпитализация девочек в возрасте от 1 года до 5 лет. В среднем, за период 2017–2018 гг. по полу убедительной разницы не было выявлено, однако наблюдалась большее обращение детей дошкольного возраста (18).

Среди локализаций поражений костей при ОГО чаще были бедренная и кости голени, реже: пяточная кость, ключица, ребра и лопатка. Чаще поражались эпифизарные зоны в длинных трубчатых костях у детей первых лет жизни (таблица 2).

В основном поступление детей в стационар осуществлялась из медицинских учреждений (15 человек) или бригадами скорой помощи (2 человека).

В клинической картине присутствовала локальная симптоматика (боль (у 23), отек (у 15), нарушение функции (у 20), реже локальная гиперемия (у 9). В 6 случаях в воспалительный процесс был вовлечен сустав, в 4 случаях заболевание осложнилось развитием параоссальной флегмоны.

Таблица 2 — Локализация поражения костей ОГО у детей в исследовании

Кость		Плечевая	Бедренная	Большеберцовая	Малоберцовая	Пяточная	Другие кости стопы	Ключица	Ребра	Лопатка
Левая	Диафиз	0	1	2	0	0	0	0	1	0
	Эпифиз	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Правая	Диафиз	0	1	1	2	1	3	1	0	1
	Эпифиз	0	7	0	1	0	0	0	0	0
<b>Всего</b>		<b>2</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

При первичном рентгенологическом обследовании пациентов в приемном отделении деструктивных изменений у большинства (у 12) детей в пораженных костях не было выявлено.

При выполнении остеоперфорации пораженных костей у 12 детей было получено гнойное (у 9) или геморрагическое отделяемое под давлением.

При бактериоскопии в 4 случаях определялись Гр+ кокковая флора, или микрофлора не обнаруживалась (нередко после первично начатого антибактериального лечения).

У большей части пациентов, при посеве костного отделяемого, рост микрофлоры не был получен, в посевах у 4 пациентов был обнаружен золотистый стафилококк.

При лабораторном исследовании крови наблюдался лейкоцитоз (у 16) со сдвигом влево и повышением СОЭ (у 10).

Стандартная схема лечения в отделении начиналась с назначения комбинации цефазолин + гентамицин (амикацин) и последующим через 2–3 недели продолжением лечения с линкомицином.

Средняя длительность лечения составила 4 недели, в тяжелых случаях до 1,5 месяцев.

#### **Выводы**

1. Среди пациентов в выборке при распределении по полу убедительной разницы выявлено не было.

2. Из числа пролеченных детей преобладали лица дошкольного возраста (18 человек).

3. У пациентов первых лет жизни чаще наблюдались поражения эпифизарных зон в длинных трубчатых костях.

4. В исследуемой группе преобладали пациенты с местной клинической картиной.

5. При исследовании пунктата костей оперированных пациентов обнаруживался золотистый стафилококк. Поэтому одним из моментов лечения в отделении являлось обязательное назначение пациентам курса антистафилококкового иммуноглобулина.

6. В общем анализе крови отмечались признаки неспецифического воспалительного процесса с последующей нормализацией показателей к моменту выписки, что наравне с клинической картиной являлось критерием для определения продолжительности стационарного этапа лечения и возможности продолжения лечения амбулаторно.

7. У большинства пациентов в среднем длительность лечения при неосложненном течении послеоперационного периода составляла 3–4 недели. В случае осложненных форм длительность увеличивалась до полутора месяцев.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Лосев, А. А.* Детская хирургия: учеб. пособие / А. А. Лосев. — Одесса: ОГМУ, 2009. — С. 157–158.
2. *Катько, В. А.* Справочник детского хирурга / В. А. Катько. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2013. — 380 с.
3. *Подкаменев, В. В.* Хирургические болезни у детей: учебное пособие / В. В. Подкаменев. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 316 с.

УДК 617.557-007.43-053.2(476.2) «2018»

### **ПРОИЗОШЕДШИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ Г. ГОМЕЛЯ И ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА ЗА ПЕРИОД 2018 Г.**

*Зорина С. А., Жалдыбин М. А., Ковзолович А. А.*

**Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Баранов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Паховые грыжи среди грыж различной локализации составляют 80–90 %. Они встречаются в 9–10 раз чаще у мальчиков (Н. В. Шварц, С. Д. Терновский) [1].