

РАНГ ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗА В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Лобанов Ю.Я., Нагорный Е.А., Черненко Л.Ю., Муллаяров Р.Ф.

Уральская государственная медицинская академия,

Детская городская клиническая больница №9

Своеобразие клинической картины, трудность диагностики остеомиелита костей таза (ОКТ) обуславливают и развитие осложнений, и выбор метода лечения. Частота встречаемости ОКТ по данным литературы невелика, но в нашей клинике за 1997-2003 годы отмечено увеличение количества пациентов с ОКТ от 9,4% до 13,5% от общего числа детей, пролеченных с острым гематогенным остеомиелитом.

Половозрастные градации показывают, что среди 45 детей с ОКТ преобладали мальчики (66,7%), возраст поражения – 10 лет и старше (64,4%), дети до 3-х лет составили лишь 8,9%. Одним из существенных факторов остеомиелитической настороженности врача является типичность локализации гнойного очага. В наших наблюдениях бесспорное лидерство занимает подвздошная кость (крыло и тело) – 48,9%; ввиду специфичности клиники выделяем такую нозологию, как сакроилит – 26,7%; лонная и седалищная кости были поражены гнойным процессом в 11,1% и 13,3% случаев соответственно. Необходимо отметить, что у большинства больных (37) имела место локальная форма течения без выраженного гипоксикационного синдрома. Но у 12 детей (26,7%) наблюдалась септикопиемическая форма с развитием двусторонней септической пневмонии и гнойными метастазами в трубчатые, плоские кости. Прогрессирование гнойно-деструктивного процесса в обоих легких у 1 ребенка с остеомиелитом правой подвздошной кости и левой плечевой кости привело к летальному исходу (2,2%).

Особенностью диагностики при ОКТ является значительная длительность рентгенографической стадии заболевания. Использование КТ таза позволило нам установить топический диагноз, распространенность и степень деструкции костей в более ранние сроки. При остеомиелите подвздошной кости чаще происходит прорыв гноя через внутреннюю кортикальную пластинку, в связи с чем формируется подвздошная флегмона, вскрытие и дренирование которой производим по Пирогову. Оперировано 57,8% с ОКТ, у остальных детей с весьма скудной местной симптоматикой проведено консервативное лечение. Антибактериальная терапия является важнейшим разделом лечения, используем в/венное и в/костное введение антибиотиков: цефалоспорины II-III-IV генерации, аминогликозиды согласно спектру и чувствительности микрофлоры. При септическом течении ОКТ избираем де-эскалационную терапию тиенамом, при метициллин-резистентном стафилококке рационально использование ванкомицина.