

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Аболина Т.Б., Бобковская Е.Е., Новоселова О.В.

В современных условиях меняющегося равновесия между человеком и микроорганизмами, обусловленным как изменением вирулентности микроорганизмов, так и реактивностью человека, неустанное внимание детских хирургов уделяется проблемам острого гематогенного остеомиелита (ОГО). Полиморфизм клинической картины ОГО у новорожденных и детей первых месяцев жизни создает трудности для ранней диагностики, а, следовательно, для рационального лечения и профилактики инвалидности.

За последние 5 лет (1994 - 1999 г.г.) в клинике детской хирургии Областной детской клинической больницы N 1 г. Екатеринбурга находились на лечении 62 ребенка с диагнозом ОГО. Распределение больных по возрасту было следующим:

- 0 - 7 дней - 2 ребенка;
- 7 - 28 дней - 15 детей;
- 1 - 3 мес. - 29 детей;
- 3 - 6 мес. - 8 детей;
- 6 - 12 мес. - 8 детей.

Среди неблагоприятных факторов, ослабляющих резистентность организма и влияющих на тяжесть течения ОГО, наиболее весомым являлось наличие хронических очагов инфекции урогенитальной зоны у матерей.

Так, у 17 новорожденных с ОГО все 17 матерей имели хронические очаги инфекции, осложнившие течение беременности гестозом, нарушениями кровообращения в фетоплацентарном комплексе, гипоксией плода. Преморбидный фон у 34 (54,8%) детей был осложнен перинатальным поражением ЦНС, у 17 (27,4%) - внутриутробной инфекцией, 8 (12,9%) были недоношенными. Преимущественно воротами инфекции являлись пупочные сосуды.

Локализация первичного очага диагностирована у 15 детей (24,2%) в верхней челюсти, костях кисти, стопы, таза, ребер, у 16 детей (25,8%) - в проксимальном метаэпифизе бедренной кости, у 9 (14,5%) - в дистальном метаэпифизе бедренной кости, у 12 (19,4%) - в проксимальном метаэпифизе плечевой кости, у 4 (6,45%) - в костях голени, у 4 (6,45%) - в костях предплечья, у 2 детей (3,2%) — тотальное поражение бедренной и локтевой кости соответственно. Множественное поражение костей отмечено у 5 (8,06%) детей.

Среди возбудителей ОГО отмечается широкий спектр как грамположительной, так и грамотрицательной микрофлоры. Несмотря на то, что основным возбудителем по-прежнему является золотистый стафилококк, который выделен у 15 (24,2%) детей из раневого или суставного экссудата, у 11 (17,7%) выделена грамотрицательная флора. У 8 (12,9%) детей с токсико-септической формой ОГО получена положительная гемокультура: *Staph. haemolyticus*, *Klebs. pneumon.*, *E. coli*, *Candida alb.*, что создавало дополнительные сложности при выборе антибактериальной терапии.

Большинство детей поступали в стационар в ранние сроки от начала заболевания: 32 (51,6%) ребенка - в первые 5 дней, 23 (37,09%) - от 5 до 10 дней. 9 детей (14,5%) поступили в поздние сроки с уже сформировавшимися осложнениями в виде параартикулярных или межмышечных флегмон из соматических стационаров. Особенностью клинической картины заболевания является преобладание местной симптоматики, невыраженность симптомов эндотоксикоза. Диагностика основывалась на анализе физикальных данных и пункции близлежащего сустава, т.к. большинство детей поступало в ранние сроки.

Лечение детей с момента поступления было комплексным и проводилось с учетом формы заболевания, выраженности метаболических нарушений и локализации очага. При выборе антибактериальной терапии при токсико-септической форме наилучшим сочетанием считали цефалоспорины II - III поколения и аминогликозиды. При грибковой инфекции использовали противомикозные препараты

(дифлюкан). Воздействие на макроорганизм включало дезинтоксикационную терапию с включением методов экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез) и коррекцию метаболических нарушений, нутритивную поддержку. После санации гнойного очага (пункции суставов, вскрытия флегмон) использовалась иммунокорригирующая терапия, мероприятия, направленные на восстановление функции пораженной конечности.

Исходы ОГО зависят от многих причин. В наших наблюдениях летальных исходов не было. Хронизация диагностирована у 1 ребенка с тотальным поражением бедра. Ортопедические деформации у 9 детей (14,5%). По нашим данным наилучшие результаты достигнуты при раннем начале лечения: через 10 - 14 дней 23 ребенка полностью восстановили функцию конечности, 17 из них не имели костно-деструктивных изменений.