

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Цап Н. А., Лобанов Ю. Я., Черненко Л. Ю., Камаганцева Е. А.,
Нагорный Е. А., Козлова Л. Я., Швелева Л. В.

Среди гнойно-септических заболеваний у детей острый гематогенный остеомиелит (ОГО) занимает одно из ведущих мест по тяжести течения, осложнениям и последствиям.

В клинике детской хирургии УГМА за последние 5 лет (1995-99 гг.) находился на лечении 301 ребенок с ОГО в возрасте старше 6 месяцев до 15 лет. 184 ребенка (61,1%) поступили в отделение гнойной хирургической инфекции из города Екатеринбурга и 117 детей (38,9%) из различных районов Свердловской области. Заболеваемость ОГО у детей нашего региона составляет 0,03%.

В возрастном аспекте лидирует группа детей от 8 до 14 лет — 193 (64,1%); затем дети от 6 месяцев до 3 лет - 56 (18,6%), и с 4 до 7 лет — 52 (17,3%). ОГО чаще поражает мальчиков - 58% всех наблюдений. Преобладающей формой течения ОГО является местная - 86% детей, септикопиемической формой ОГО болели 13,3% детей, токсико-септическая форма была у 2 больных (0,7%). Излюбленной локализацией ОГО остается бедренная кость - 98 больных (30,3%) и большеберцовая - 85 детей (26,3%). Другие кости поражаются в значительно меньшей степени, но существует факт увеличения за последние годы количества ОГО костей таза - 26 больных (8%). Патологический процесс локализовался в плечевой кости у 23 детей (7,1%), в малоберцовой кости - у 22 (6,8%), в плюсневых костях - у 20 (6,2%), в пяточной кости - у 12 (4%), в лучевой кости - у 6 (2%), в лопатке - у 5 (1,7%), в ребрах и локтевой кости - у 4 больных (1,3%), надколеннике, теле позвонка - единичные случаи (менее 1%). У 22 (7,3%) больных ОГО отмечалось гнойное поражение 2 и более костей. Наибольшая опасность гнойного метастазирования в другие кости скелета исходит из большеберцовой кости: в 57% случаев множественного поражения первичный патологический очаг локализовался в большеберцовой кости.

Клиническая диагностика в поздние сроки поступления, как правило, затруднений не вызывала. В ранние сроки, в интрамедуллярную фазу ОГО, применяем диагностическую остеопункцию, пункцию сустава.

Комплекс лечебных мероприятий зависит от формы течения ОГО, выраженности местных изменений. 40 детям (13,3%) с ОГО губчатых и плоских костей, эпифизарном остеомиелите успешно проведено консервативное лечение.

В большинстве случаев ОГО необходимо оперативное лечение. 261 ребенку выполнено 282 оперативных вмешательства: периостеотомия, остеоперфорация - 161 ребенок (57,1%), вскрытие межмышечных флегмон у 70

детей (24,8%), дополнительно вскрытие гнойных затеков у 45 больных (15,9%). И в 6 случаях легочно-плевральных осложнений производили торакоцентез и дренирование плевральной полости. В одно из остеоперфоративных отверстий устанавливаем иглу-шпур для промывания костномозгового канала и местного введения антибиотиков.

В послеоперационном периоде ребенку с ОГО назначается интенсивная комплексная терапия, включающая три обязательных направления:

а) воздействие на макроорганизм - инфузионная терапия с целью восстановления адекватной тканевой перфузии, коррекция гомеостаза, снижение концентрации токсических субстанций и медиаторов воспаления, коррекция иммунных нарушений, респираторная поддержка, экстракорпоральная детоксикация;

б) воздействие на местный очаг - вскрытие, санация, дренирование субперностаальной, межмышечной флегмоны, остеоперфорация, при эпифизарном ОГО - пункционная санация сустава;

в) воздействие на микроорганизм - назначение эмпирически ориентированной, а затем рациональной антибактериальной терапии.

Учитывая данные бактериологического исследования костномозговых пунктатов у 68 пациентов за 1999 г. в 95,3% выделенная микрофлора представлена золотистым стафилококком, в 7,3% - энтерококком, в 3% - стрептококком, в 2,2% - синегнойной палочкой и эпидермальным стрептококком. Определение чувствительности доминирующей микрофлоры - золотистого стафилококка - констатировало высокую активность бета-лактамов (оксациллин, ампициллин, цефалоспорины 1-3 поколения, амоксилав, уназин), а также линкозамин (линкомицин) и аминогликозидов (амикацин, гентамицин).

Таким образом, ориентированная антибиотикотерапия ОГО у детей на интенсивном этапе лечения (первые 3-5 сут.) включает внутривенное введение одного из бета-лактамов и внутрикостное введение аминогликозидов. При тяжелых септических формах оправдана стартовая монотерапия имипенемом.

Эффективность лечения детей с ОГО зависит от своевременной диагностики и раннего оперативного вмешательства. В интрамедуллярную фазу, до 3-х сут. от начала заболевания, поступил 161 ребенок (53,5%). При рентгенологическом исследовании у этой группы больных на 21 сутки от начала заболевания установлены минимальные деструктивные изменения в пораженном сегменте - линейный периостит, незначительный нераспространенный остеопороз.

Другая группа детей - 140 больных (46,5%) - поступили в поздние сроки - от 3 до 10 сут. от начала заболевания, в связи с диагностическими ошибками на разных этапах медицинской помощи, с поздней обращаемостью. У этих детей костно-деструктивные изменения на контрольных рентгенограммах значительные, с грубым остеопорозом, склонностью к формиро-

ванию полостей. Период реабилитации увеличивается в 2-3 раза, прогнозируется хронизация гематогенного остеомиелита. За пятнадцатипятилетний период умерло 3 детей на фоне сепсиса и СПОН, летальность составила 0,9%. Показателем своевременной диагностики и рационального лечения является отсутствие летальных исходов в течение 3-х лет.

ТРАНЗИТОРНЫЙ СИНОВИИТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ

Камаганцева А.Л., Черненко Л.Ю., Лобанов Ю.Я., Нагорный Е.А.

«Коксит-синдром» - это рабочий диагноз используемый в клинике детской хирургии УрГМА. Этот диагноз устанавливается нами при поступлении больного с жалобами на боль в области тазобедренного сустава, хромоту. Такие симптомы могут иметь место при различных заболеваниях опорно-двигательного аппарата, а также в ряде случаев сопровождать течение соматических болезней. В клинике проводится дополнительное обследование и наблюдение за такими пациентами. Для этого больные госпитализируются в НГХО ДГКМБ № 9. В процессе обследования устанавливается клинический диагноз. Среди хирургических болезней, обладающих подобной симптоматикой, необходимо отметить ОГО костей, составляющих тазобедренный сустав. Дифференциальная диагностика проводится также с болезнью Пертеса (остеохондропатия головки бедренной кости); туберкулезным кокситом; юношеским эпифизеолизом головки бедренной кости; опухолями костей.

Нехирургические болезни, сопровождающиеся коксит-синдромом это - ревматизм, ревматоидный артрит, инфекционно-аллергический артрит, болезнь Рейтера; системные заболевания - геморрагический васкулит, системная красная волчанка и ряд других (табл. 1).

В период с 1997 г. по 1999 г. в клинику детской хирургии УГМА поступили 106 детей с первичным диагнозом коксит-синдром. Подавляющее большинство из них (71,7%) дети в возрасте до 7 лет. Мальчики болеют почти в два раза чаще, чем девочки (66% и 34% соответственно). Распределение больных, по полу и возрасту представлено в табл. 2.

Пациенты были направлены в ГДМБ № 9 с различными диагнозами: ОГО костей, составляющих тазобедренный сустав; ушиб, растяжение связок; острый аппендицит; ущемленная пахово-мошоночная грыжа; бедренная грыжа; инвагинация кишечника. 80 детей (75,5%) были доставлены в клинику в первые двое суток с момента появления жалоб, оставшиеся 24,5% больных поступили в сроки от 3 до 5 суток.