

с использованием антилимфоцитарных антител (фирма «СОРБЕНТ», Москва). Полученные результаты свидетельствовали об относительном дефиците клеточного звена иммунитета, выражавшемся в достоверном понижении CD3 (Т-лимфоциты), CD8 (Т-супрессоры) и повышении иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8) по отношению к контрольной группе. Исследование иммунного статуса после лечения показало достоверное увеличение количества CD3, CD8 и понижение ИРИ до уровня контрольной группы при комплексной терапии с иммуномодулином. У больных, получавших традиционное лечение, эти показатели не достигли контрольных значений. Использование иммуномодулина в терапии АД у детей раннего возраста приводит к нормализации показателей клеточного звена иммунитета.

ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Цап Н.А., Козлова А.Я., Шевелева Л.В., Камаганцева А.А.

Кафедра детской хирургии УГМА, ГДМБ № 9, ОДКБ № 1, Екатеринбург

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

Ежегодно в клинику детской хирургии УГМА поступает 60-70 детей в возрасте от 2 недель до 14 лет. Клиническая картина локальной формы ОГО отмечалась у 86% больных, септикопиемической формы у 13,3%, токсической формы у 0,7% детей. Гнойное поражение кости чаще локализуется в длинных трубчатых костях.

Интенсивный этап терапии ОГО у ребенка включает три обязательных направления:

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

б) *воздействие на местный очаг* — вскрытие, санация, дренирование субпериостальной, межмышечной флегмоны, остеоперфорация; при эпифизарном ОГО пункция, санация сустава;

в) *воздействие на микроорганизм* — назначение эмпирической ориентированной антибактериальной терапии.

Учитывая данные бактериологического исследования костно-мозговых, внутрисуставных пунктатов у 68 пациентов за 1999 г., в 95,3% выделенная микрофлора представлена *S. aureus*, в 7,3% — *Enterococcus*, в 3% — *Str. spp.*, в 2,2% — *P. aeruginosa* и *Str. epidermidis*. Определение чувствительности доминирующей микрофлоры — *S. aureus* — констатировало высокую активность бета-лактамов (оксациллин, ампициллин, цефалоспорины I-III поколения, амоксиклав, уназин), а также линкозамин (линкомицин) и аминогликозидов (амикацин, гентамицин).

Таким образом, ориентированная антибактериальная терапия ОГО у детей на интенсивном этапе лечения (первые 3-5 суток) включает внутривенное введение одного из бета-лактамов и внутрикостное введение аминогликозидов. При тяжелых септических формах оправдана стартовая монотерапия имипенемом. Летальность составляет 0,9%.