

Черевко В. М., Кенетъ В. А., Рустамов В. М.

*Белорусский государственный медицинский университет,
Центр детской хирургии, г. Минск, Беларусь*

ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРОКСИМАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА БЕДРА У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА

Актуальность. Острый гематогенный остеомиелит костей, образующих тазобедренный сустав, у детей до 1 года – самая сложная для диагностики и лечения локализация остеомиелита.

Цель. Изучить результаты лечения острого гематогенного остеомиелита костей, образующих тазобедренный сустав, у детей до 1 года.

Материал и Методы. На протяжении последних 7 лет на базе Центра детской хирургии (г. Минск) проведено обследование и лечение 45 больных первого года жизни с острым гематогенным остеомиелитом костей, образующих тазобедренный сустав. Из них новорождённых было 32, в возрасте от 1 до 4-х месяцев – 7 и от 4-х месяцев до 1 года – 6 детей. Местно-очаговая форма острого гематогенного остеомиелита диагностирована у 37 пациентов, септико-пиемическая – у 8. Из этих 8 пациентов 4 были новорожденными. Множественное поражение костей остеомиелитом отмечено у 5 детей. У 4 из них было выявлено по две локализации воспалительного процесса в костях, у 1 – три. У всех 45 больных воспалительный процесс локализовался непосредственно в тазобедренном суставе. У 13 из них был выявлен патологический вывих бедра. Степень воспалительного ответа оценивали по лейкоцитарному индексу интоксикации и уровню «С»-реактивного белка. Рентгенологическое исследование проводили при поступлении, в процессе лечения и перед выпиской.

Результаты и обсуждение. Всем больным проводилась 1–2 пункции тазобедренного сустава и мягких тканей проксимального отдела бедра. В случае обнаружения флегмоны мягких тканей последнюю вскрывали. Артротомия с последующим дренированием тазобедренного сустава при гнойном артрите была выполнена у 6 новорожденных. Пациентам с патологическим вывихом в тазобедренном суставе, наряду с санацией очага и консервативным лечением производили вправление вывиха. Для этого проводилось клеевое вытяжение за нижние конечности с этапным разведением до угла 165° при помощи видеоизменённого вытяжения по Мау, а перед выпиской из хирургического стационара накладывали кокситную повязку. У остальных 32 пациентов применялось широкое разведение в тазобедренных суставах. После купирования острой фазы остеомиелита пациенты выписывали для дальнейшего лечения детскими ортопедами, которые сохраняли разведение в тазобедренных суставах при помощи

различных приспособлений. Пациентов, у которых ранее диагностировался патологический вывих через 1,5–2 месяца переводили на иммобилизацию шинкой-распоркой по типу шины Виленского или Тер-Егиозарова ещё на 1,5–2 месяца с последующим использованием отводящих прокладок до 1 года. У остальных пациентов сохраняли разведение при помощи аддукционных трусиков до 7–8 месяцев. У 5 больных за счет отставания роста кости в верхней трети бедра длина больной конечности оказалась на 1,0–3,0 см меньше по сравнению со здоровой. Во всех случаях дислокации в тазобедренном суставе выявленной в острый период остеомиелита суставы были центрированы.

Выводы. Этапное лечение острого гематогенного остеомиелита костей образующих тазобедренный сустав у детей до 1 года должно сочетаться с ортопедическими приёмами ведения как в острый период заболевания, так и после купирования острого процесса.