

ТОТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Кепеть В.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Введение

Диагностика и лечение острого гематогенного остеомиелита до настоящего времени остается актуальной проблемой детской хирургии [1]. Внедрение новых технологий в лечение острого гематогенного остеомиелита у детей играет ведущую роль в ближайших и отдаленных исходах заболевания.

Цель

Улучшение результатов лечения острого гематогенного остеомиелита у детей при тотальном поражении длинных трубчатых костей.

Материалы и методы

Тотальное поражение кости наблюдали у 13 больных в возрасте от рождения до 16 лет, находившихся на лечении в Центре детской хирургии, из них большеберцовой кости – в 4 случаях, малоберцовой – в 3, бедренной – в 3, плечевой – в 2, лучевой – в 1. Оперативное лечение проведено у 12 больных, консервативное – у 1 пациента. У 1 больного с тотальным поражением большеберцовой кости было выявлено множественное поражение костей – 9 локализаций [2]. Все дети поступали в сроки свыше 4 суток от начала заболевания. Септико-пиемическая форма острого гематогенного остеомиелита была выявлена у всех больных.

Результаты и обсуждение

Тотальное поражение большеберцовой кости отмечено у 4 больных, из них у 1 – консервативное лечение пункциями и у 3 – оперативное (2 выполнено сквозное дренирование кости и полости флегмоны, 1 – вскрытие флегмоны множественными разрезами на всем протяжении).

Тотальное поражение малоберцовой кости выявлено у 3 больных с наличием флегмоны мягких тканей (у 2 произведены остеоперфорации в проксимальном и дистальном метафизе с дренированием флегмоны, у 1 – остеоперфорации малоберцовой кости с дренированием кости и флегмоны). Тотальное поражение бедренной кости наблюдали в 3 случаях. Из них без вовлечения в процесс шейки бедра – в 2 (у 1 больного произведено сквозное дренирование кости на всем протяжении и полости флегмоны, еще у 1 выполнено сквозное дренирование полости флегмоны

без дренирования кости). У третьего пациента произведено вскрытие флегмоны множественными разрезами на протяжении.

Тотальное поражение плечевой кости встречали в 2 случаях: произведены остеоперфорации в проксимальном и дистальном метафизе со сквозным дренированием полости флегмоны.

У одного больного было тотальное поражение лучевой кости с гнойным артритом локтевого сустава, произведена артротомия локтевого сустава со сквозным промывным дренажем и пункционная декомпрессия кости. Переход в хроническую форму выявлен у 8 (61,5%) пациентов, в том числе плечевой – у 1 больного (патологический перелом с формированием ложного сустава), бедренной – у 1 (секвестральная форма), большеберцовой – у 3 (секвестральные формы), малоберцовой – у 3 (секвестральные формы).

В качестве примера приведем историю заболевания больного С., 1,5 месяца. Поступил в клинику через 3,5 недели от начала заболевания. Диагноз: острый гематогенный остеомиелит правого бедра, тотальное поражение; патологический вывих правого бедра в тазобедренном суставе; патологический перелом нижней трети правого бедра с удовлетворительным стоянием; параоссальная флегмона нижней трети правого бедра и подколенной ямки. Из анамнеза заболевания ребенок от IV беременности, II срочных родов. Беременность протекала с явлениями ОРВИ, герпесом во второй половине, кандидозом и кольпитом. Роды протекали благополучно. Выписан на 9 сутки жизни из родильного дома. Состояние ребенка ухудшилось на 16 сутки жизни, когда повысилась температура тела до 38,4°C, ребенок стал беспокойным. На 3–4 сутки заболевания появилась болезненность и увеличение правого бедра, ребенок доставлен в больницу по месту жительства, где проводилось комплексное хирургическое лечение. При поступлении в Центр детской хирургии состояние тяжелое. Правая нижняя конечность в вынужденном положении, утолщена в объеме, без движений. По боковой поверхности правого бедра послеоперационные рубцы в верхней трети по наружной и внутренней поверхности. На рентгенограмме определяется тотальная деструкция правого бедра, патологический вывих правого бедра в тазобедренном суставе, патологический перелом правого бедра в нижней трети с удовлетворительным стоянием. В день поступления выполнена пункция правого тазобедренного, правого коленного сустава, мягких тканей правого бедра на протяжении. Вскрыта параоссальная флегмона нижней трети правого бедра и подколенной ямки. При ревизии кость оголена на протяжении, шероховата. Решено временно воздержаться от фиксированной иммобилизации: клеевое вытяжение, гипсовая повязка. При профильном сканировании скелета в двух проекциях выявлено укорочение правой бедренной кости, повышение накопления радиофармпрепарата на всем протяжении кости на 270% по сравнению с левой, что говорило о продолжающемся воспалении правой бедренной кости. Проведено изучение регионарного кровотока. На правом бедре

артериальное кровенаполнение снижено на 50%, имелся интерстициальный отек тканей. С целью стимуляции регионального кровообращения назначены процедуры наружной лазеротерапии инфракрасным лазером [3]. После проведения курса лазеротерапии артериальный кровоток увеличился на 60% от исходного уровня, улучшился венозный отток. На контрольной рентгенограмме через 6 недель от начала заболевания начался процесс перестройки костной ткани, средняя треть диафиза стала более структурной, выраженная периостальная реакция. Восстанавливается структура метаэпифизов верхней трети и нижней трети правого бедра. Определяются тени головок обеих бедер, справа проецируется вне сустава. Через 7 недель от начала заболевания произведено наложение кокситной повязки: угол сгибания в тазобедренном и коленном суставах 90°. Справа в тазобедренном суставе определяется ограничение движений. Правая нижняя конечность фиксирована до голеностопного сустава, левая нижняя конечность – до коленного сустава. Бедра центрированы в отведении. Через 2,5 месяца от начала заболевания и через 1 месяц после нахождения в кокситной повязки наложена повязка по Тер–Егиазарову с тракцией бедер и центрацией. На контрольной рентгенограмме наблюдается начало восстановления костной структуры правой бедренной кости. Через 3,5 месяца от начала заболевания для оценки активности воспаления в патологической зоне проведено профильное сканирование скелета. Выявлено сохранение укорочения правой бедренной кости и незначительное повышение радиофармпрепарата в ней на 26% по сравнению с левой, что указывало на невыраженный воспалительный процесс в кости. Снята повязка по Тер–Егиазарову, наложена шина ПИО-25. Угол между осью тела и бедром составил 60°. Для оценки артериального кровенаполнения правого бедра проведено контрольное исследование регионарного кровообращения. Выявлен неустойчивый кровоток. Назначен второй курс лазеротерапии инфракрасным лазером, точки приложения по внутренней поверхности бедра: первая – посередине бедра, вторая – коленный сустав, третья – тазобедренный сустав. После 4 процедур наружной лазеротерапии артериальное кровенаполнение повышено на 17% по сравнению с левым бедром. После нахождения в шине ПИО-25 5,5 месяцев от начала заболевания на контрольной рентгенограмме костей таза головки бедренных костей центрированы. Шеечно-диафизарный угол справа меньше. Диафиз правого бедра расширен, структура неоднородна. С целью стимуляции кровотока в области правого тазобедренного сустава назначен третий курс лазеротерапии инфракрасным лазером на верхнюю треть правого бедра. Через 14 месяцев от начала заболевания структура проксимального метадиафиза правого бедра неоднородна, контур четкий. Шеечно-диафизарный угол справа уменьшен. Это было связано с тем, что ребенок начал ходить. Рекомендаций для увеличения нагрузки не было. Назначен четвертый курс наружной лазеротерапии инфракрасным лазером на область правого тазобедренного сустава. При контрольном

рентгенологическом исследовании через 1,5 года от начала заболевания выявлено восстановление структуры правого бедра, деформация правого бедра. Определяется укорочение правой бедренной кости $\approx 1,0-1,2$ см.

Заключение

Для первичной диагностики остеомиелита нужно применять лечебно-диагностическую пункцию воспалительного очага с взятием материала для цитологического и бактериологического исследования с одновременной декомпрессией костномозгового канала. Лечение при тотальном поражении кости остеомиелитом должно быть направлено на проведение ранней декомпрессивной остеоперфорации, длительной антибиотикотерапии, восстановление кровообращения в пораженной конечности.

Литература

1. Абаев, Ю.К., Адарченко, А.А., Зафранская, М.М. // Детская хирургия. – 2004. – № 6. – С. 4–7.
2. Кепеть, В.А., Катько, В.А., Троян, В.В., Говорухина, О.А. // Хирургия. Восточная Европа. – 2012. – № 3. – С. 226–227.
3. Использование низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении острого гематогенного остеомиелита у детей: инструкция по применению / В.А. Кепеть, В.А. Катько, В.Н. Аринчин и др. // Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний: сб. инструктив.-метод. док. (офиц. изд.). – Минск: ГУ РНМБ, 2006. – Т. 3, вып. 7. – С. 177–190.