

УДК 616.89-02-089

## ЛЕЧЕНИЕ СЕПТИЧЕСКИХ ФОРМ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

©*Маматов А. М., Ошская межобластная детская клиническая больница,  
г. Ош, Кыргызстан, aliwermamatov1983@gmail.com*

©*Абдыхаликов Ж. А., канд. мед. наук, Ошская межобластная детская  
клиническая больница, г. Ош, Кыргызстан*

©*Камчыбеков У. А., Ошская межобластная детская клиническая больница,  
г. Ош, Кыргызстан*

©*Боронбаева Э. К., канд. мед. наук,  
Ошская межобластная детская клиническая больница, г. Ош, Кыргызстан*

## TREATMENT OF SEPTIC FORMS OF ACUTE OSTEOMYELITIS IN CHILDREN

©*Mamatov A., Osh interregional children's Clinical hospital,  
Osh, Kyrgyzstan, aliwermamatov1983@gmail.com*

©*Abhadylykov Z., M.D., Osh interregional children's Clinical hospital, Osh, Kyrgyzstan,*

©*Kamshibekov U., Osh interregional children's Clinical hospital, Osh, Kyrgyzstan,*

©*Boronbaeva E., M.D.,  
Osh interregional children's Clinical hospital, Osh, Kyrgyzstan,*

*Аннотация.* Разнообразные проявления сепсиса при остром гематогенном остеомиелите у детей составили от 14,5 до 42,9%. Анализ клинического материала подтверждает необходимость клинического лечения септических форм, увеличивающих число полиорганносистемных осложнений. Программная инфузионная терапия, антибиотики широкого спектра действия, адекватная хирургическая санация местных и метастатических ишемических очагов, иммунокоррекция позволили у 84% больных получить в отдаленном периоде реабилитации положительные результаты лечения.

*Abstract.* A variety of manifestations of sepsis in acute hematogenous osteomyelitis in children ranged from 14.5 to 42.9%. Analysis of clinical material confirms the need for clinical treatment of septic forms that increase the number of multiorgan complications. Programmatic infusion therapy, broad-spectrum antibiotics, adequate surgical sanitation of local and metastatic ischemic foci, immunocompression made it possible in 84% of patients to receive positive results in the long-term rehabilitation period.

*Ключевые слова:* дети, острый гематогенный остеомиелит, сепсис, септикопиемия, лечение.

*Keywords:* children, acute hematogenous osteomyelitis, sepsis, septicopyemia, treatment.

Разнообразные проявления сепсиса в детском возрасте включают в себя также тяжелые формы острого гематогенного остеомиелита. Больные септикотоксической и септикопиемической формами заболевания составляют от 12,4–14,5% до 42,9–56% всех болеющих острым гематогенным остеомиелитом. Авторы отметили значительный рост числа таких пациентов в последние годы. Понятно, что число осложнений, приводящих к

инвалидности и летальность в этой группе больных значительно выше, чем при местночаговой форме.

Изложенные выше обстоятельства обосновывают актуальность поиска новых путей улучшения эффективности лечебных мероприятий при септических формах острого гематогенного остеомиелита у детей.

#### *Материал и методы исследования*

За время 2007–2009 гг. включительно на лечении в отделении гнойной хирургии Ошской межобластной детской клинической больницы находилось 213 больных острым гематогенным остеомиелитом, у 51 из них имела место септикопиемическая форма заболевания, в т. ч.: до 1 мес — 12 больных; 1–3 мес. — 11 больных; 3–6 мес. — 3; 1–2 года — 5; 3–4 года — 2; 5–7 лет — 5; 8–10 лет — 8; 10–15 лет — 5.

Поражения костей локализовались в области бедра у 20 детей, области костей голени — 12; плоских костей — 10; костей предплечья — 6; плеча — 3. Гнойные артриты имели место у 11 больных. Множественные поражения костей отмечались у 20 детей. Связь заболевания с травмой отмечена у 7 пациентов, у 10 больных остеомиелиту предшествовали гнойничковые заболевания кожи и подкожной клетчатки (Таблица).

Таблица.

#### СРОКИ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ В КЛИНИКУ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

<i>Время поступления</i>	<i>Число больных</i>
К концу 1 суток	2
На 2-е сутки	7
На 3-е сутки	6
На 4–7е стуки	17
На 7–10-е сутки	19

Всем больным наряду с общеклиническим исследованием проводились лабораторные анализы (клинические, биохимические, бактериологические) и рентгенологические исследование костей. При бактериологическом исследовании гноя из ран установлено наличие стафилококка у 23 обследованных, грамотрицательной палочки (кишечной) у 8, синегнойной палочки у 5, смешанной микрофлоры у 4.

#### *Результаты исследований*

Ведущую роль в комплексе мероприятий играла дезинтоксикационная терапия. Ведущую роль в комплексе мероприятий играла дезинтоксикационная терапия, включавшая энергичную регидратацию. Связывание и удаление токсинов из организма. Расчет жидкости для инфузионной терапии проводили по методике предложенной С. Глазман (1969). Связывание циркулирующих в крови токсинов осуществляли внутривенным введением реополиглокина, полиглокина некомпенсана, 10% раствора глюкозы. В тех случаях, когда регидратация не приводила к усилению мочеотделения, применили методику форсированного диуреза. Дезинтоксикационную терапию начинали при поступлении больных в порядке предоперационной подготовки и продолжали после операции или в процессе консервативного лечения. Значительное место в лечении занимали мероприятия по стимуляции иммунологической защиты организма с этой целью применяли переливание антистафилококковой и нативной плазмы, введение антистафилококкового гамма-глобулина по 3 мл 3 раза (37 больных).

В целях десенсибилизации организма применяли глюконат кальция, димедрол, супрастин. Несомненно, большое значение имела массивная антибактериальная терапия. Мы придерживались принципа назначать комбинацию нескольких антибиотиков широкого спектра действия в максимальных возрастных дозах, короткими курсами (7–8 дней) внутривенно, внутримышечно и местно в очаг поражения. Чаще всего лечение начали с назначением цефалоспоринов, аминогликозидов и макролидов внутривенно и местно в сочетании метронидазолом внутривенно. После получения результатов бактериологического исследования проводили коррекцию назначенных антибиотиков в соответствии с чувствительностью микрофлоры. В комплекс антибактериальной терапии включали препараты интрафурановой группы. Заканчивали противомикробное лечение ионофорезом на область очага с тетрациклином и димексидом. Санацию местного очага проводили в зависимости от возраста больного и характера поражения у детей в возрасте до 3-х лет выполняли вскрытие поднадкостичной и межмышечной флегмоны по Т. П. Краснобаеву (32 больных). Такой же объем вмешательства осуществляли для плоских костей.

При воспалении одной трубчатой кости проводили остеоперфорацию и постоянную перфузию пораженной кости тетраоаном и фурациллином (12 больных). Обязательным условием лечения явилось иммобилизация больной конечности.

При остеомиелите тазобедренного сустава применяли клеевое вытяжение за бедро. В случаях тотального поражения трубчатых костей (бедро, большеберцовая кость) с множественными очагами деструкции и нечетко определяющимся мелкими секвестрами в подострой стадии проводили множественную чрезкожную остеоперфорацию спицей Киршнера. Прооперированы 3 больных с хорошим результатом. Применение этой методики даст возможность во многих случаях предупредить переход процесса в хроническую стадию.

После выписки из стационара больным рекомендовали предложение лечения в костно-суставном санатории (лечилось 11 детей).

В результате проведенного лечения выздоровело 43 ребенка, у 8 больных процесс перешел в хроническую стадию. В этой группе больного имели 4 вывиха бедра, наблюдалось 3 патологических перелома. Деформации и утолщения костей отмечены в 4 случаях. Летальных исходов не было.

#### *Заключение*

Результаты анализа клинического материала подтверждает необходимость комплексного лечения септических форм острого гематогенного остеомиелита. Исключительно важную роль в комплексе лечебных мероприятий играет дезинтоксикационная терапия, которая должна начинаться сразу после поступления больных в стационар и продолжаться послеоперационном периоде.

Обязательным условием является включение в комплекс лечения массивной антибактериальной терапии и санации гнойного очага. Наряду с этим мероприятиями немаловажное значение имеют десенсибилизирующая терапия и стимуляция иммунной защиты организма.

#### *Список литературы:*

1. Габуня Г. М. К вопросу о ранней диагностике и лечении острого гематогенного остеомиелита в детском возрасте: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Тбилиси, 1970. 31 с.
2. Гайнанов Ф. Х. Лечение острого гематогенного остеомиелита у детей: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Уфа, 1974. 21 с.

3. Катъко В. А. Гематогенный остеомиелит у детей. БГМУ, 2007.
4. Султанбаев Т. Ж. Некоторые вопросы патогенеза гематогенного остеомиелита // Здравоохранение Казахстана. 1999. №8. С. 24-29.
5. Салайло П. Т., Посарь А. Е. Остеомиелит у детей // Хирургия. 2007. №1. С. 78-81.
6. Федотов В. К. Хронический остеомиелит у детей: прогнозирование течения и пути реабилитации больных // Бюллетень сибирской медицины. 2011. №4. С. 49-52.
7. Wallny T., Brackmann H. H., Hess L., Reich H., Seuser A. Corrective Osteotomy of the Lower Extremity in Hemophilic Arthropathy of the Knee and Hip Joint // 30th Hemophilia Symposium Hamburg 1999. Berlin, Heidelberg: Springer, 2001. С. 65-70.

*References:*

1. Gabuniya, G. M. (1970). K voprosu o rannei diagnostike i lechenii ostrogo gematogenno osteomielita v detskom vozraste: avtoref. Ph.D. diss. Tbilisi, 31. (in Russian).
2. Gainanov, F. X. (1974). Lechenie ostrogo gematogenno osteomielita u detei: avtoref. Ph.D. diss. Ufa, 21. (in Russian).
3. Katko, V. A. (2007). Gematogennyi osteomielit u detei. BGMU. (in Russian).
4. Sultanbaev, T. Zh. (1999). Nekotorye voprosy patogeneza gematogenno osteomielita. *Zdravookhranenie Kazakhstana*, (8), 24-29.
5. Salailo, P. T., & Posar, A. E. (2007). Osteomielit u detei. *Khirurgiya*, (1), 78-81. (in Russian).
6. Fedotov, V. K. (2011). Khronicheskii osteomielit u detei: prognozirovanie techeniya i puti reabilitatsii bol'nykh [Chronic osteomyelitis in children: prognosis of the current and ways]. *Vyulleten sibirskoi meditsiny*, (4), 49-52. (in Russian).
7. Wallny, T., Brackmann, H. H., Hess, L., Reich, H., & Seuser, A. (2001). Corrective Osteotomy of the Lower Extremity in Hemophilic Arthropathy of the Knee and Hip Joint. *In: 30th Hemophilia Symposium Hamburg 1999. Berlin, Heidelberg, Springer, 65-70.*

*Работа поступила  
в редакцию 14.10.2018 г.*

*Принята к публикации  
21.10.2018 г.*

*Ссылка для цитирования:*

Маматов А. М., Абдыхаликов Ж. А., Камчыбеков У. А., Боронбаева Э. К. Лечение септических форм острого гематогенного остеомиелита у детей // Бюллетень науки и практики. 2018. Т. 4. №11. С. 97-100. Режим доступа: <http://www.bulletennauki.com/mamatov-am> (дата обращения 15.11.2018).

*Cite as (APA):*

Mamatov, A., Abhadylykov, Z., Kamshibekov, U., & Boronbaeva, E. (2018). Treatment of septic forms of acute osteomyelitis in children. *Bulletin of Science and Practice*, 4(11), 97-100. (in Russian).