

ISSN 0023 - 2130

# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

щомісячний науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

4 квітень 2016

Ліга-Інформ

Передплатний індекс 74253

## НАБЛЮДЕНИЕ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ

Г. В. Корниенко, В. А. Дмитрияков, Е. П. Копылов, В. А. Лебединский, В. Н. Свекатун  
Запорожский государственный медицинский университет,  
Запорожская областная клиническая детская больница,  
Запорожская городская многопрофильная детская больница № 5

## OBSERVATION OF SUCCESSFUL TREATMENT OF AN ACUTE HEMATOGENIC OSTEOMYELITIS IN TERMINAL STAGE IN A CHILD, AGEING 13 YEARS OLD

G. V. Korniyenko, V. A. Dmitryakov, E. P. Kopylov, V. A. Lebedinskiy, V. N. Svekaton  
Zaporozhye State Medical University,  
Zaporozhye Regional Clinical Children Hospital,  
Zaporozhye Municipal Multidisciplinary Children Hospital № 5

Остеомиелит является тяжелым заболеванием с гнойно-деструктивным поражением костной ткани и костного мозга. Высокую актуальность проблемы острого гематогенного остеомиелита (ОГО) у детей обуславливают частота его возникновения, тяжесть течения, трудности лечения, высокая вероятность различных осложнений и неблагоприятного исхода [1 – 3].

Частота ОГО составляет от 3 до 12% в структуре хирургических заболеваний детского возраста [3]. По данным литературы, основным возбудителем заболевания является золотистый стафилококк [1, 4, 5]. Летальность составляет от 0,2 до 3,7% [2].

Приводим наблюдение успешного лечения ОГО в терминальной стадии у ребенка 13 лет.

Больной Ч., 13 лет, заболел остро 05.01.11, возникла боль в правой голени, температура тела до 39 °С. Травму отрицает. В конце декабря 2010 г. у ребенка возник фурункул правой ягодицы, который родители лечили самостоятельно. Трижды вызывали скорую помощь, назначены антипиретики. На 5-е сутки от начала заболевания семейный врач предположил воспаление в области правой голени. Больной срочно направлен в ЦРБ, в тот же день переведен в Запорожскую ОКДБ с диагнозом: флегмона правой голени, остеомиелит костей правой голени (?).

При госпитализации состояние больного крайне тяжелое. Жалобы на боль в правой голени и правом предплечье, слабость. Температура тела выше 39 °С. Кожа мраморной окраски.

На фоне прогрессирующей интоксикации отмечены адинамия, заторможенность сознания. Выражены признаки токсикоза, эксикоза. Значительные тахикардия, тахипное.

В связи с тяжестью состояния госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии. В соответствии с классификацией Т. П. Краснобаева (1925), диагностирован ОГО, септикопиемическая форма костей правой голени и правого предплечья. После предо-

перационной подготовки в ургентном порядке ребенок оперирован.

Осуществлены вскрытие остеомиелитической флегмоны правой голени, остеоперфорация костей правой голени, пункция правого коленного сустава; вскрытие остеомиелитической флегмоны правого предплечья, остеоперфорация костей правого предплечья.

Несмотря на интенсивное лечение, деструктивный процесс в костях конечностей бурно прогрессировал, возникли новые септические очаги, что потребовало выполнения оперативных вмешательств. За период лечения в отделении реанимации больному выполнены еще 5 операций, в том числе вскрытие гнойных очагов мягких тканей и остеоперфорация пораженных костей верхних и нижних конечностей.

Во время каждого оперативного вмешательства отмечали повышение внутрикостного давления, выделение сливкообразного гноя без запаха из мягких тканей конечностей, гнойное отделяемое из костномозговой полости. В итоге, перфорировали 8 трубчатых костей конечностей.

Постоянно проводили бактериологическое исследование гноя, определяли чувствительность к антибиотикам. Но только после третьего оперативного вмешательства отмечен рост золотистого стафилококка, чувствительного к амикацину, линкомицину и ванкомицину. Другие посевы гноя, мочи и крови оказались стерильными.

В течение 2 нед состояние ребенка крайне тяжелое, порой близкое к агональному. Тяжелейший токсикоз на фоне множественных очагов остеомиелита. Интоксикация усугубилась на 3-и сутки в связи с возникновением метастатической септической двусторонней пневмонии. В целях улучшения дыхательной вентиляции и обеспечения продолженной искусственной вентиляции легких больному выполнена трахеостомия.

По поводу наличия воспалительного экссудата в правой плевральной полости проведены 2 плевральные

пункции. Позже, уже в стадии разрешения пневмонии, для устранения фибринозно-гнойного эндобронхита осуществлена санирующая бронхоскопия.

Больному проведено комплексное интенсивное лечение, включавшее детоксикационную терапию (инфузия лекарственных средств, плазмаферез, ультрафильтрация); антибактериальную терапию по данным антибиограммы (фортум, амикацин, дорибакс, цiproфлоксацин, цефтазидим, амик, линкомицин); стимулирующую и иммунокорригирующую терапию (гемотрансфузии, переливание одногруппной плазмы, иммуноглобулин), симптоматическую терапию. Активную хирургическую тактику сочетали с методами интенсивной терапии. Диагностические проблемы и возникшие осложнения потребовали привлечения смежных специалистов: педиатра, ортопеда-травматолога, кардиолога, отоларинголога, невропатолога, иммунолога.

В течение 22 сут ребенок находился в отделении реанимации. Состояние с медленной, но положительной динамикой. После стабилизации состояния и удаления трахеостомической трубки переведен в отделение гнойной хирургии. Только через 1,5 мес от начала заболевания появились четкие рентгенологические данные о множественном остеомиелитическом поражении костей конечностей. В первые дни заболевания решающими были клинические методы диагностики.

По данным рентгенологического исследования подтверждено остеомиелитическое поражение: правой голени (тотальный остеомиелит малоберцовой кости, проксимального метадиафиза большеберцовой кости);

правого предплечья (диффузный остеомиелит проксимальных метадиафизов лучевой и локтевой костей); левого бедра (остеомиелит средней и нижней трети левой бедренной кости); левой голени (остеомиелит средней и нижней трети большеберцовой кости); левого предплечья (диффузный остеомиелит проксимального метадиафиза локтевой кости).

Постепенно устранена пневмония. Отмечено полное вторичное заживление всех ран и разрезов. В целях иммобилизации наложена гипсовая кокситная повязка. Для продолжения лечения больной направлен в Запорожский областной детский противотуберкулезный санаторий. Повторная госпитализация в отделение гнойной хирургии в 2011 г.

В последующем ребенка неоднократно лечили в отделении гнойной хирургии Запорожской ОКДБ.

В период реконвалесценции отмечено почти полное восстановление нормальной структуры пораженных костей конечностей, кроме левой бедренной кости, изменения в которой оказались самыми значительными (почти тотальное остеомиелитическое поражение). Деструктивные изменения отсутствовали только в верхней трети бедренной кости, интактным был также тазобедренный сустав.

В последующем состояние ребенка с устойчивой положительной динамикой. После очередного курса реабилитационного лечения в противотуберкулезном санатории повторно госпитализирован в отделение гнойной хирургии. Снята кокситная повязка, наложена гонитная гипсовая повязка на левую нижнюю конеч-

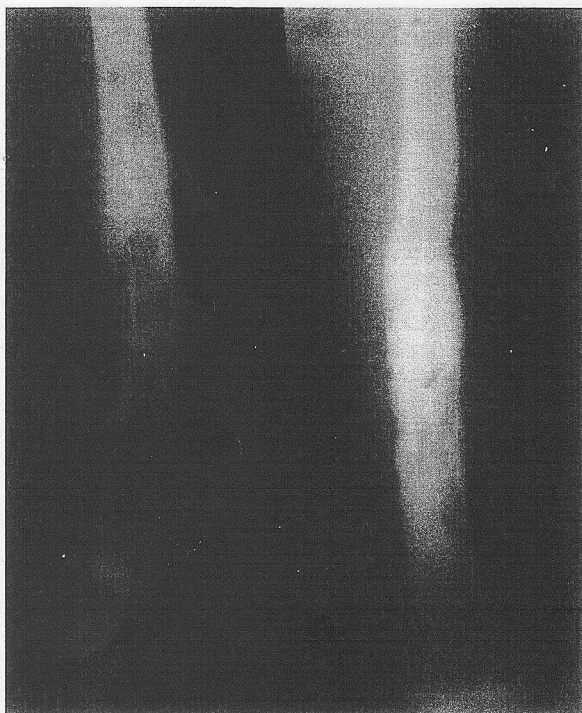


Рис. 1.  
Рентгенограмма левого бедра 18.10.12.

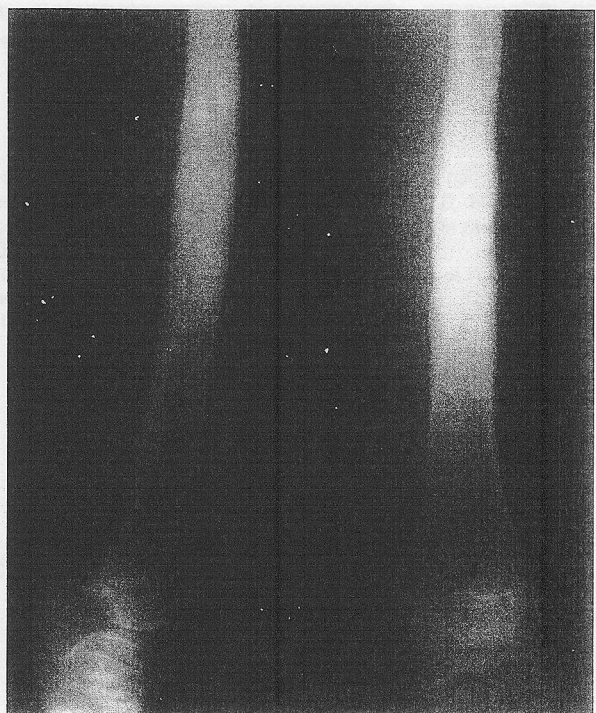


Рис. 2.  
Рентгенограмма левого бедра 15.05.15.

ность и задняя гипсовая лонгета на правую голень. Пациент выписан с рекомендациями хирурга, травматолога, кардиолога, невропатолога и иммунолога. Отмечены остаточные явления кардита и нижнего парапареза.

К октябрю 2012 г. сформировались два свищевых хода по наружной поверхности левого бедра (рис. 1). Функция левой нижней конечности нарушена. Ребенок ходил с костылями, разгружая левую конечность. Отмечены контрактура в области голеностопного сустава, эквинусная установка левой стопы. Оформлена государственная социальная помощь как инвалиду детства.

В связи с наличием свищей левого бедра и деструктивных изменений бедренной кости произведена операция – секвестрэктомия левого бедра.

Оперативное вмешательство проведено "под жгутом". С применением наружного доступа в нижней и средней трети бедренной кости удалены два крупных и несколько мелких секвестров, грануляции и гной. Течение послеоперационного периода без осложнений. Раны зажили первичным натяжением. В целях коррекции эквинусной деформации стопы осуществлена иммобилизация левой стопы и голени с использованием корригирующей задней гипсовой лонгеты.

В настоящее время ребенку 17 лет. После обширной секвестрэктомии процесс в левом бедре стабилизирован. Обострения остеомиелитического процесса за последние 3 года не было. Пациент ходит самостоятельно, слегка прихрамывает на левую ногу. Нижний левосторонний монопарез с положительной динамикой, эквинусная деформация стопы выражена меньше. Постоянно реабилитационное лечение под наблюдением травматолога и невролога. По данным рентгенографии левого бедра свежих деструктивных изменений нет (рис. 2).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гематогенный остеомиелит у детей: учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов / В. Н. Галкин, М. П. Разин, В. А. Скобелев, Н. И. Саламайкин. – Киров, 2004. – 2-е изд. – 37 с.
2. Современная аэробная гнойная хирургическая инфекция у детей / С. Н. Гисак, А. М. Земсков, А. В. Тищенко [и др.] // Актуальные вопросы хирургической инфекции у детей: материалы Всерос. симпозиума дет. хирургов. – Воронеж, 2004. – С. 3 – 7.
3. Хирургия дитячого віку: підручник / В. І. Сушко, Д. Ю. Кривченя, О. А. Данилов [та ін.]. – К.: Медицина, 2009. – 800 с.

Госпитализация в мае 2015 г. Диагноз при выписке: последствия гематогенного остеомиелита крупных костей конечностей, нижний левосторонний монопарез, эквинусная деформация левой стопы, укорочение левой нижней конечности (на 3 см). Рекомендации: ортопедическая обувь, ЛФК, массаж, санаторное лечение. Социальное пособие продлено до 18 лет.

Лечение крайне тяжелого гематогенного остеомиелита у подростка, несмотря на осложнения и остаточные явления, можно считать успешным. Ребенок социально адаптирован. Закончил школу. Ходит, слегка прихрамывая на левую ногу. Обслуживает себя самостоятельно. Регулярно проводятся курсы реабилитационного лечения. В последние годы обострение остеомиелита не отмечено.

#### ВЫВОДЫ

1. Знание клиники ОГО и настороженность врачей первичного звена (участковый, семейный врач, врач скорой помощи) по поводу тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний у детей недостаточны.
2. Решающими при установлении диагноза ОГО в первые часы и дни заболевания являются клинические методы, несмотря на прогресс медицины, усовершенствование существующих и появление новых методов диагностики.
3. Успешное лечение крайне тяжелого больного по поводу септикопиемической формы остеомиелита стало возможным благодаря совместным усилиям многих врачей, как детских хирургов, так и смежных специалистов – реаниматологов, травматолога, кардиолога, отоларинголога, невропатолога, иммунолога.

4. Антибактеріальна терапія при тяжких формах гострого гематогенного остеомиєліту у дітей / В. А. Дігтяр, Д. М. Лук'яненко, О. Г. Садовенко, Д. О. Степанський // Хірургія дитячого віку. – 2013. – № 1. – С. 54 – 58.
5. Русак П. С. Діагностика та хірургічне лікування гострого гематогенного остеомиєліту в дітей / П. С. Русак // Там же. – 2012. – № 4. – С. 20 – 36.

