

УДК:616.71–018.46–002.3–036.11–08



О.М. Кулик, Л.П. Шевченко, Б.М. Коноварт

## Досвід лікування гострого гематогенного остеомієліту

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького  
Міська дитяча комунальна клінічна лікарня м. Львова

**Ключові слова:** гострий гематогенний остеомієліт, коксит, лікування.

Діагностика і лікування гострого гематогенного остеомієліту (ГГО) залишається складною проблемою в дитячій хірургії [5, 6, 9].

За даними Київського інституту ортопедії та травматології АМН України, тяжкі ускладнення після перенесеного остеомієліту виникають у 71,2% хворих, а інвалідизація – у 16,2–50% [3].

Особливості клінічної картини ГГО та складність ранньої топічної діагностики і лікування у дітей до 3 років, особливо у немовлят, зумовлені морфофункціональною незрілістю судинної системи та опорно-рухового апарату, зокрема наявністю хрящового епіфізу та зони росту [1, 7]. Це призводить до швидкого прогресування та поширення деструкції кістки і хряща у напрямку до суглоба, розповсюдження гнійно-запальної інфекції, розвитку артритів, і як наслідок – до виникнення ранніх і пізніх ортопедичних ускладнень, які потребують тривалого, подекуди багаторічного лікування, множинних оперативних втручань [2, 4, 8].

Метою роботи є ретроспективний аналіз клініко-рентгенологічних результатів проведеного комплексного хірургічного та ортопедичного лікування септико-піємічної форми гострого гематогенного остеомієліту, яка виникла у період новонародженості.

Хвора М. народилася 04.12.1995 р., госпіталізована у міську дитячу клінічну лікарню (МДКЛ) м. Львова з пологового будинку 10.12.1995 р. у тяжкому стані з діагнозом «сепсис, гострий гематогенний остеомієліт лівої плечової кістки, омфаліт». 11.12.1995 р. проведено операцію – артротомію лівого плечового суглоба. Отримано гній, при посіві гною виділено *St. epidermidis*. Призначено консервативне лікування: базова антибактеріальна терапія, пробіотики, детоксикація. Проте у дитини зберігалась субфебрильна температура і на 4-ту добу розвинулася згинальна контрактура у правому кульшовому суглобі, рухи болючі, обмежені. Діагностовано епіфізарний остеомієліт правого стегна, коксит (рис. 1). Виконано артропункцію, отримано гнійну рідину.

Проведено корекцію антибактеріальної терапії – цефазолін замінено на «Тієнам», продовжено інфузійну детоксикаційну терапію, прийом пробіотиків, синдромне лікування, здійснено пряме переливання крові від матері. Перебіг хвороби ускладнився ентероколітом.

Поступово стан хворої поліпшувався. Другим курсом антибактеріальної терапії призначено лінкоміцин, поліміксин. З 3-ї доби нормалізувалися клініко-лабораторні показники (загальний аналіз крові: Нь – 158 г/л, лейкоцити – 8,6 г/л, паличкоядерні – 4, сегментоядерні – 27, лімфоцити – 66, моноцити у полі зору – 3, ШОЕ – 16 мм/год). Об'єм рухів у лівому плечовому суглобі поступово відновлювався, рухи у правому кульшовому суглобі обмежені.

Клінічний діагноз: Сепсис. Септико-піємічна форма, гострий перебіг. Епіфізарний остеомієліт проксимального метаепіфізу лівої плечової кістки, артрит. Епіфізарний остеомієліт правого стегна. Коксит. Стафілококовий ентероколіт.

Проведено лікування: фіксація стегон у позиції розведення за допомогою профілактичних штанців, парафінові апплікації на ділянки уражених суглобів, пробіотики. Через 2 тижні дитина виписана на диспансерне спостереження.



Рис. 1. Ознаки остеомієліту правої стегнової кістки, правобічний коксит



Рис. 2. Ознаки епіфізарного остеомієліту плечової кістки, артрит

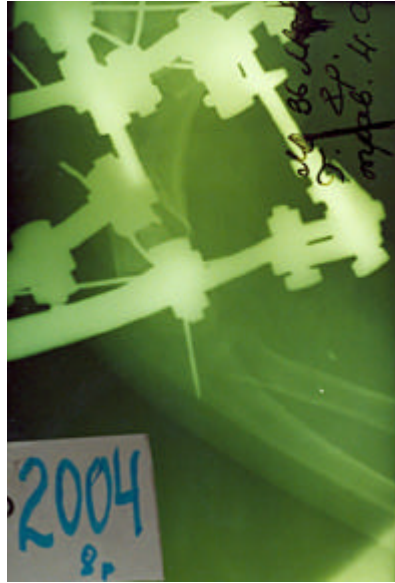


Рис. 3. Ознаки запалення плечової кістки. Накладено апарат Ілізарова



Рис. 4. Торако-брахіальна гіпсова пов'язка

З того часу хвора не лікувалася у стаціонарі протягом 7 років.

У 2003 р. дитина консультована ортопедом. Діагноз: варусна деформація та вкорочення лівого плеча (рис. 2), вкорочення правого стегна після перенесеного гострого гематогенного остеомієліту.

Тоді ж госпіталізована для ортопедичної корекції. Проведена операція: остеотомія, подовження плечової кістки апаратом Ілізарова. Хвора перебувала під наглядом ортопеда.

Через 6 місяців на оперованому плечі виникли ознаки запалення (рис. 3). Апарат Ілізарова знято, накладено торако-брахіальну гіпсову пов'язку (рис. 4). Хвора госпіталізована у II хірургічне відділення МДКЛ зі штриховим остеомієлітом проксимального відділу лівого плеча. Проведено консервативне лікування, запалення ліквідовано. Хворій рекомендовано продовження ортопедичної корекції.

На цей час дитині 12 років. Має порушення опорно-рухового апарату внаслідок перенесеного епіфізарного остеомієліту верхньої третини лівого плеча та верхньої третини правого стегна, що призвело до інвалідності.

Головні причини незадовільних результатів лікування остеомієліту зумовлені порушенням кровообігу, утворенням осередків некрозу, руйнуванням зони росту кістки.

У результаті порушення зони росту лівої пле-

чової кістки і дефекту в метаепіфізарній зоні, головка лівого плеча змістилася на 90° щодо осі кістки, що призвело до деформації лівого плеча і його вкорочення. Порушення кровообігу в епіфізарній ділянці шийки правого стегна спричинило резорбцію головки та шийки стегнової кістки, як наслідок — патологічний підвивих.

На цей час у хворої М. має місце вкорочення лівого плеча з несправжнім суглобом у верхній третині після штрихового остеомієліту, підвивих у правому кульшовому суглобі внаслідок резорбції головки стегнової кістки, вкорочення стегна на 4 см.

Для отримання задовільних результатів у лікуванні гострого гематогенного остеомієліту вирішальне значення має:

1. Допологове спостереження жінок у жіночих консультаціях, санація хронічних вогнищ інфекції для профілактики внутрішньоутробного інфікування новонароджених.

2. Рання діагностика (до розвитку відокісних ускладнень та незворотних змін у кістково-хрящевій тканині).

3. Проведення лікування у трьох напрямках: вплив на макроорганізм, мікроорганізм і осередок запалення.

4. Наступність у лікуванні хворого, узгодженість дій стаціонару та поліклініки, поетапність комплексного лікування, диспансеризація.

## Література

1. Абаев Ю.К. Эволюция хирургической инфекции костей и суставов у новорожденных // Рос. педиатр. журн. — 2003. — № 6. — С. 45–47.
2. Абаев Ю.К., Проценко Е.Ю., Аринчин В.Н. Клиническая оценка периферического кровообращения у новорожденных при остеомиелите и артритах // Детская хирургия. — 2004. — № 1. — С. 10 — 13.
3. Гайко Г.В., Кукурудза Л.П., Торчинський В.П. Віддалені результати лікування дисплазії кульшового суглоба у дітей та підлітків // Вісн. Вінниц. нац. мед. унів-ту. — 2007. — № 11 (1/1). — С. 368.
4. Ерофеев В.Н. Ранняя диагностика дисплазии тазобедренных суставов у детей первых месяцев жизни // Детская хирургия. — 2004. — № 2. — С. 46–49.
5. Хирургическая инфекция у детей // Рос. симпозиум детских хирургов. — Воронеж, 2004. — С. 1–8.
6. Ganel A., Dudkiewicz., Grogan D. Pediatric ortopedic physical assessment // J. Pediatr. Health Care. — 2003. — Vol. 17, N 1. — P. 39–41.
7. Harel L., Kornreich L., Ashkenazi S. Meyer dysplasia in the different diagnosis of hip disease in young children // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 1999. — Vol. 153, N 9. — P. 942–945.
8. Steer A.C., Carapetis J.R. Acute hematogenous osteomyelitis in children: recognition and management // Paediatr. Drugs. — 2004. — № 6 (6). — P. 333–346.
9. Tice A.D., Hoaglund P.A., Shoultz D.A. Risk factors and treatment outcomes in osteomyelitis // J. Antimicrob. Chemother. — 2003. — № 51 (5). — P. 1261–1268.

*Е.Н. Кулик, Л.П. Шевченко, В.Н. Коноварт*

### Опыт лечения острого гематогенного остеомиелита

Проанализированы клиничко-рентгенологические результаты комплексного хирургического и ортопедического лечения септико-пиемической формы острого гематогенного остеомиелита, возникшего в период новорожденности у больной М.

*О.М. Кulyk, Л.П. Shevchenko, В.М. Konovart*

### Experience of treatment of acute hemateogenous osteomyelitis

The analysis has been performed for the clinical and X-ray results of the complex surgical and orthopedic treatment of septicopurulent form of acute hemateogenous osteomyelitis that developed in the neonatal period in a patient M.