
ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

*И. Б. Олешкевич, Г. И. Каплан, Н. П. Батян,
П. Г. Нарубанов, С. К. Чурило (М и н с к)*

Острый гематогенный остеомиелит — тяжелое заболевание, наблюдающееся преимущественно в детском и юношеском возрасте.

В клинической практике мы придерживаемся классификации Т. П. Краснобаева, который выделяет три формы острого гематогенного остеомиелита: 1) токсическую, или адинамическую, 2) септикопиемическую; 3) легкую.

По данным большинства авторов, чаще всего остеомиелит поражает лиц мужского пола. За период с 1954 по 1972 г. мы наблюдали 185 больных с острым гематогенным остеомиелитом, из них мужчин было 118 (63,8%), женщин — 67 (36,2%). По В. С. Кононову, соответственно — 62,5% и 37,5%, И. С. Венгеровскому — 60,8% и 39,2%, что дает соотношение примерно 3:2. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 3 лет — 28, от 4 до 7 лет — 23, от 8 до 14 лет — 70, от 15 до 20 лет — 37, от 21 года до 30 лет — 11, свыше 30 лет — 16.

Самыми уязвимыми являются дети в возрасте от 4 до 14 лет. Патологический процесс у них в большинстве случаев локализуется в длинных трубчатых костях нижних конечностей. Поражение бедренной кости наблюдалось у 36,6% больных, костей голени — у 25,7%, костей таза и тазобедренного сустава — у 19,2%, плечевой кости — у 7,9%, костей предплечья — у 2,9%, костей стопы — у 2%, ребер и ключиц — у 0,6%, множественные поражения — у 5,5%.

Характерным местом локализации остеомиелитического процесса в длинных трубчатых костях является метафиз. Эпифизарный остеомиелит встречается реже и характерен для детей до 2 лет. При поражении остеомиелитом проксимального конца бедренной или большеберцовой кости может возникнуть воспаление тазобедренного и коленного суставов с выраженным ухудшением состояния больного.

В картине острого гематогенного остеомиелита вначале преобладают клинические симптомы, и основными являются данные лабораторных исследований, рентгенологические симптомы значительно запаздывают и появляются к началу или концу 3-й недели заболевания.

Всем больным, поступившим с острым гематогенным остеомиелитом, проводилось лечение гипсовой иммобилизацией, антибиотиками в больших дозах внутримышечно, внутривенно и местно в очаг поражения.

Местное введение антибиотиков на 0,25% растворе новокаина обеспечивало их высокую концентрацию в очаге, способствовало уменьшению болевого синдрома, отека и препятствовало распространению процесса. Применение антибиотиков проводилось по строгим показаниям с учетом ранее проводимой антибактериальной терапии, чувствительности к ним микрофлоры, резистентности, перекрестной устойчивости микробов и индивидуальной переносимости пациента.

Нерациональное применение антибиотиков (малые дозы, без проверки чувствительности к ним микрофлоры организма) приводит к развитию устойчивых микробов и переходу острого гнойного процесса в хроническую форму. Внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия (тетраолеан, олеоморфоциклин и др.) в значительных дозах в начальный период заболевания остеомиелитом может приостановить его развитие и привести к быстрому выздоровлению.

Широко применялись внутривенно переливания крови, вводилась плазма, производилась десенсибилизирующая терапия, назначались витамины.

У 48 больных (26%), поступивших в стационар в первые 3—5 суток от начала заболевания, получены хорошие и удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты консервативного лечения. 137 больным (74%) наряду с консервативным лечением применялись оперативные вмешательства — вскрытие остеомиелитических флегмон и гнойных затеков. При неэффективности консервативного лечения и отсутствии признаков внутрикостного абсцесса показана декомпрессия фрезевыми отверстиями. У детей грудного и раннего детского возраста при вскрытии флегмон

и гнойных затеков ограничивались множественными мелкими разрезами. Дренаж вскрытых очагов осуществлялся тонкими резиновыми полосками. Марлевые тампоны не использовались. Восполнялись минимальные кровопотери и проводился комплекс мероприятий по борьбе с гипертермическим синдромом (введение 1% раствора пирамидона, 2,5% раствора пипольфена, применение сердечных, охлаждение физическими методами).

У ослабленных детей при множественных поражениях операция проводилась в два или три этапа.

Летальность от острого гематогенного остеомиелита составила 5,4%. Умерло 10 больных (в основном от распространенного гнойно-септического процесса).

Применение антибиотиков широкого спектра действия позволило значительно снизить летальность. Однако появились атипичные формы остеомиелита, такие, как, например, кортикальный остит, тяжелые септические формы, внутрикостные множественные абсцессы.

В профилактике острого гематогенного остеомиелита большое значение имеет предупреждение инфицирования новорожденных, соблюдение строгой асептики при обработке пупочного канатика, систематическое обследование беременных женщин и персонала родильных домов с целью выявления и санирования бактерионосительства.

В отношении детей старшего возраста необходимо прежде всего обратить внимание на своевременное лечение гнойничковых и инфекционных заболеваний, профилактику детского травматизма.

Больные, страдающие гематогенным остеомиелитом, подлежат обязательному диспансерному наблюдению.