

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Ш.Х. ЭЛМУРАДОВ, С.С. ЗАЙНИЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛАНУВЧИ ГЕМАТОГЕН ОСТЕОМИЕЛИТ КАСАЛЛИГИНИНГ ЖАРРОХЛИК ДАВОСИ

Ш.Х. ЭЛМУРАДОВ, С.С. ЗАЙНИЕВ

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

THE SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC RECEDED HEMATOGEN OSTEOMYELITIS IN CHILDREN

Sh.Kh. ELMURADOV, S.S. ZAYNIEV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Сурункали қайталанувчи гематоген остеомиелит билан даволанаётган 6 ёшдан 18 ёшгача бўлган 60 та болани жаррохлик даво натижалари таҳлилланади. Барча беморларни даволашда жаррохлик усулидан фойдаланилган, жаррохликнинг ўзига хос хусусиятлари қуйидагилардир, диафиз бўйлаб юмшоқ тўқималарни кесиш, эҳтиёткорлик билан суякдан суяк усти пардасини ажратиш, бўйлама остеотомия, суяк қўмиги канали бўйлаб секвестрнекрэктомия қилиш билан унинг тузилмасини тўлиқ тиклаш, антисептик эритма билан ювиш ва ультратовуш кавитацияси ўтказиш. Бу оғир патологияда қўлланилаётган жаррохлик тактикаси остеомиелитик ўчоқда энг радикал санация ўтказишни ва даволаш натижаларининг яхшиланишини таъминлайди.

Калит сўзлар: *сурункали гематоген остеомиелит, болалар, жаррохлик даво.*

It was analyzed the results of the surgical treatment of 60 children with chronic receded hematogen osteomyelitis in the age from 6 to 18 years old. All patients were carried out the surgical interventions, the features of them was the following manipulations: cut the skin along the diathesis of bone, careful determination of tissue which laid on the upper part of the bone, longitudinal osteotomy, secvestrectomy with full reconstruction of intraosseal channel on all length with using washing and ultrasound cavitations solution of the antisepses. The applicable surgical tactics provides the most radical sanation osteomyelitic region and improves the results of the treatment this severe pathology.

Key words: *chronic hematogen osteomyelitis, children, surgical treatment.*

Актуальность. Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит у детей продолжает оставаться актуальной проблемой в структуре гнойно-септических заболеваний трубчатых костей. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой, длительностью течения заболевания с частыми рецидивами и осложнениями (более 30%) [1, 4, 5]. Причиной рецидивов воспалительного процесса в трубчатых костях и неудачных исходов лечения (от 5,8 до 66%) является неполноценная санация очага поражения костномозгового канала [2, 3, 6], что заставляет разработать радикальные методы хирургического лечения.

Материалы и методы. В настоящей работе приведены результаты хирургического лечения 60 детей с хроническим рецидивирующим гематогенным остеомиелитом (ХРГО) длинных трубчатых костей в возрасте от 6 до 18 лет. Мальчиков было 36 (60%), девочек 24 (40%). У 30 (50%) отмечалось поражение большеберцовой кости, у 24 (40%) бедренной, у 4 (6,6%) плечевой, у 1 (1,7%) локтевой, у 1 (1,7 %) лучевой

кости. Симптома комплекс ХРГО были гнойные свищи, которые встречались у 11 (18,3%) больных, болевой синдром поврежденной части конечности отмечался у 49 (81,6%) больных. При рентгенологическом исследовании отмечалось склерозирование костной ткани с облитерацией костномозгового канала и наличием деструктивных полостей (рис. 1).

В прошлом неоднократно (2-6 раз) остеотомия секвестрнекрэктомия произведена у 69% больных, 31% больным произведена однократная остеотомия секвестрнекрэктомия.

Для определения микробной флоры, оценки качества очистки костномозгового канала и правильного выбора антибактериального препарата всем больным проведены бактериологические исследования содержимого костномозгового канала. Из всех обследованных *St. aureus* выделен у 40 (66%), *E. coli* - у 11 (18%), *Proteus vulgaris* - у 2 (4%) и ассоциативная микрофлора стафилококка с кишечной палочкой - у 5 (8%). У 2 (4%) больных из взятых на исследование материалов роста не получено.



Рис. 1. Рентгенография правой бедренной кости. Отмечается облитерация костномозгового канала и наличие внутрикостных абсцессов.

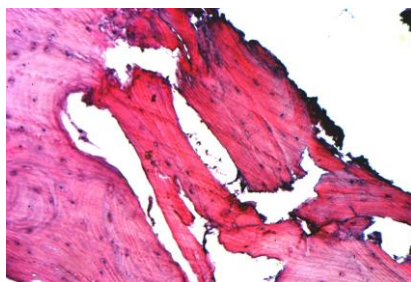


Рис. 2. Образование секвестров некротизированной кости. Г – Э 10x10.

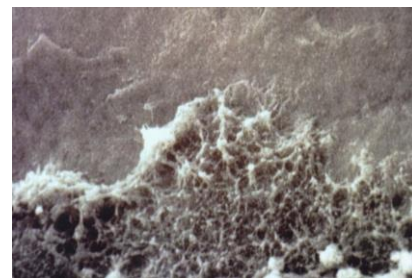


Рис.3. Некротизированная костная ткань секвестра с сохранившей жизнеспособность частью кости. СЭМ х 4000

С целью изучения структурных особенностей костной ткани больных с ХРГО проведены морфологические исследования очагов остеомиелита, полученных во время операции. Морфологические исследования показали, что при ХРГО существенно изменяется структура костного мозга (пикноз костномозговых клеток и перинуклеарный отёк с разрастанием волокон соединительной ткани). В костной ткани отмечается некроз остецитов, разрушение костных пластинок вплоть до дезинтеграции волоконных компонентов костной ткани. Некротизированные фрагменты костной ткани подвергаются секвестрации (рис. 2,3). Между волокнами соединительной ткани имеются микроабсцессы.

Для определения наличия внутрикостных множественных отграниченных абсцессов производили компьютерную томографию поражённых костей на всём протяжении (рис. 4). При этом визуализируются свищевые ходы, внутрикостные абсцессы и межмышечные гнойники, которые не определяются рентгенологически. Данные компьютерной томографии имели большое значение во время операции, где санятся все отграниченные абсцессы костномозгового канала.

Всем больным выполнены радикальные хирургические вмешательства. Операции проводились под внутривенным наркозом. Разрез мягких тканей производили на протяжении всего диафиза поражённой конечности. Разрез старались делать не через свищи, а в пределах здоровой кожи. Надкостницу продольно рассекали и бе-

режно отслаивали распатором от кости. Далее производили продольную остеотомию по всей длине диафиза, секвестрнекрэктомию со вскрытием внутрикостных абсцессов с механическим очищением внутренних стенок костных полостей от участков остеонекроза и гнойного детрита до появления симптома «кровавой росы». При облитерации костномозгового канала иссекали склерозированные костные перегородки до восстановления проходимости костно-мозгового канала на всём протяжении (рис. 5). Производили санацию всех диффузно рассеянных по всей костной структуре очага поражения микроабсцессов. Рану и костномозговой канал тщательно промывали раствором «Цитеал» (состав: хлоргексидин биглюконат- 0,5 мл; гексамидин динезионат- 100 мл; хлорокрезол- 300 мл.) в разведении 1:10 с ультразвуковой кавитацией (аппаратом УРСК-7Н) мощностью 40-70кГц, с экспозицией озвучивания 10 минут, после чего с целью оценки качества очистки костномозгового канала производили бактериологическое исследование. Операцию заканчивали ушиванием надкостницы и раны.

В послеоперационном периоде больные получали антибиотикотерапию, общеукрепляющую и иммунотерапию.

Результаты и обсуждение. Рана зажила первичным натяжением у 55 (92%) больных. Средняя продолжительность лечения больных, оперированных по данной методике составила 16 койко-дней.

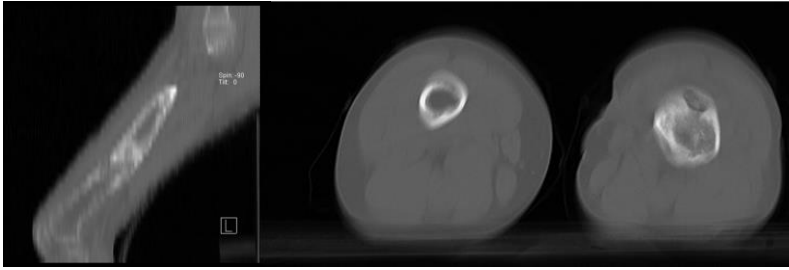


Рис.4. Компьютерная томография левой бедренной кости. Отмечается облитерация костномозгового канала и наличие внутрикостных абсцессов. Стрелкой указан свищевой ход.



Рис.5. Остеотомия правой большеберцовой кости

Больные после выписки из стационара в обязательном порядке в течение первых 6 месяцев ежемесячно обследовались в клинике. При контрольном обследовании в сроки от 1 месяца до 2 лет рецидивов не отмечено. При рентгенологическом исследовании установлено, что восстановление анатомической структуры кости происходило в течении 1-2 лет после хирургического лечения.

Выводы. Таким образом, применяемая в клинике хирургическая тактика обеспечивает радикальную санацию остеомиелитического очага и улучшает результаты лечения при этой тяжёлой патологии.

Литература:

1. Али-Заде Ч.А. Отдаленные результаты комплексного лечения больных хроническим гематогенным остеомиелитом. // Хирургия.- 2000.- №8.- С. 42-44.
2. Аманов А.И. Хирургическое лечение хронического гематогенного остеомиелита у детей. Дис.. канд. мед. наук. – Ташкент, 2004.
3. Барская М.А., Кузьмин А.И., Кусков В.Ф. и др. Хирургическая тактика при хроническом гематогенном остеомиелите у детей. // Детская хирургия.- 2000.-№4.- С. 31-32.
4. Светухин А.М., Амирсланов Ю.А., Борисов И.В. Способ хирургического лечения хронического остеомиелита длинных костей. // Анналы хирургии.- 2001.-№1.- С. 65-69.
5. Rubin E., Farber E. Pathology 3rd ed, Philadelphia - 2004. – P. 325-329.

6. Silvian D.C., Rosenfield N.S., Ogden G. et al. // Acta Chir. Orthop. Traumatol. Cech.- 2004. – Vol. 71, N 4. – P. 220-227

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Ш.Х. ЭЛМУРАДОВ, С.С. ЗАЙНИЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Анализируются результаты хирургического лечения 60 детей с хроническим рецидивирующим гематогенным остеомиелитом в возрасте от 6 до 18 лет. Всем больным проведены оперативные вмешательства, особенностями которого явились разрез мягких тканей на протяжении диафиза кости, бережное отслаивание надкостницы от кости, продольная остеотомия, секвестрнекрэктомия с полным восстановлением структуры костномозгового канала на всём протяжении, промывание и ультразвуковая кавитация раствором антисептика. Применяемая хирургическая тактика обеспечивает наиболее радикальную санацию остеомиелитического очага и улучшает результаты лечения при этой тяжёлой патологии.

Ключевые слова: хронический гематогенный остеомиелит, дети, хирургическое лечение.