

Summary
POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS OF PRECLINICAL FORMS OF ECHINOCOCCOSIS

D.S. Salimov, R.I. Madaliev, Sh.R. Umarov

The effectivity of the system of active diagnosis of echinococcosis in 825 patients of risc-group (110 "patients", 301 "risc-1", 414 "risc-2") is analyzed. It was shown that the system allows to diagnose larval forms of echinococcus at risc-groups (3,4%), and 71,4% from them were yearly (preclinical) stages of the disease that helps to use methods of preventive conservative and surgical treatment. The study of phagocytosis allows to suppose echinococcus-ethiology of second immune deficit in 21,1% of cases under full absence of clinical symptoms of echinococcosis that increased the effect of prophylaxy treatment with symptom-correction.

Key words: echinococcosis, larval form, inspecific immunity



ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Ш.Р. Султонов

Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проведён анализ результатов лечения 92 больных с хроническим гематогенным остеомиелитом (ХГО) различных форм и локализаций. Автор предлагает оптимальную тактику хирургического и реабилитационного лечения ХГО у детей. Предложенная тактика применена в комплексном хирургическом лечении 66 больных (106 операций) и консервативном лечении 26 больных с хроническим гематогенным остеомиелитом и его последствий (38 случай). Показана его большая эффективность: в 89,3% случаях получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Ключевые слова: хронический гематогенный остеомиелит у детей, хирургическое и реабилитационное лечение.

Введение. Успешное лечение детей с гематогенным остеомиелитом и его последствиями представляет довольно трудную и очень важную медицинскую, социально-экономическую и общегосударственную проблему (5,7,8). Переход заболевания от острой в хроническую стадию до сих пор остаётся высоким и колеблется от 10 до 40%, а летальность при нём составляет 3 - 6% (1,3,4,7,9). Последствия гематогенного остеомиелита в структуре ортопедической патологии составляет от 3,3 до 6% (2).

В случаях хронизации гематогенного остеомиелита многие дети остаются инвалидами или многократно оперируются. В связи с чем своевременное прогнозирование перехода острого гематогенного остеомиелита (ОГО) в хроническую стадию, является одной из первостепенных задач детского хирурга (5). В хронической форме остеомиелитический очаг характеризуется преимущественно репаративно-созидательным изменениям в структуре поражённой кости. Обширные гнойные полости суживаются костными стенками и превращаются в узкие каналы, откуда образуются свищевые ходы, которые поддерживаются секвестрами, некротическими грануляционными тканями и наличием воспалительного процесса костной ткани.

В течение длительного времени по мере отторжения секвестров продолжается процесс образования новой костной ткани, которая становится плотной, утолщённой и склерозированной. Костно-мозговой канал значительно сужается, при тотальном поражении кости иногда полностью замуровывается на протяжении нескольких сантиметров, местами образуются полости различных размеров. Все эти изменения способствуют длительному хроническому течению процесса с частыми обострениями остеомиелита и периодическим появлением болей в поражённом сегменте, особенно после простуды и переохлаждения детей.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического и реабилитационного лечения хронического гематогенного остеомиелита у детей.

Материалы и методы исследования. В клинике детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период с 2005 по 2006 гг. находились на лечении 92 больных детей в возрасте от 2 до 15 лет по поводу хронического гематогенного остеомиелита, неоднократно оперированных в различных хирургических стационарах. Мальчиков было 63, девочек - 29. Хронизация остеомиелита характеризовалась наличием рентгенологически подтверждённой деструкцией кости, формированием секвестров, свищей, а также клиническим нарушением функции поражённого сегмента и периодическими обострениями процесса.

Хронический гематогенный остеомиелит плечевой кости отмечен у 4, костей предплечья - у 2, бедренной кости - у 25, большеберцовой кости - у 24, малоберцовой кости - у 3, костей коленного сустава - у 5 и голеностопного сустава - у 4, множественный хронический гематогенный остеомиелит отмечен у 8 больных, другие кости (грудина, ребра, копчик, кости таза, стопы и т.д.) - у 17 больных. В стадии обострения процесса поступили 59, и в стадии секвестрации - 33 больных.

Среди больных детей с последствиями ХГО было 38 (41,3%), (патологические переломы - у 9, патологический вывих - у 2, анкилозы - у 7, ложные суставы - у 3, контрактуры - у 9, укорочение конечности - у 4, дефекты кости - у 2, и артрозы - у 2).

Всем детям в клинике проводилось полное клинико-лабораторное, рентгенологическое и бактериологическое исследование. Рентгенография производилась в прямых и боковых проекциях, некоторым больным по показаниям проводили томограмму. Большинство больных с целью определения пределов секвестрированной кости и наличия микросеквестров проводилась контрастная фистулография или компьютерная томография (КТ). Бактериологическое исследование посева гноя проводилось из отделяемого свищей, при котором высевались преимущественно патогенный стафилококк и стрептококк в монокультуре или в различных ассоциациях. Антибиотикограмма микрофлоры в динамике позволяла подобрать эффективные антибактериальные препараты для предоперационной подготовки больных, что способствовало более благоприятному течению послеоперационного периода.

Консервативное лечение проведено 26 больным, хирургическое лечение - 66 больным (106 операций). Секвестрэктомия произведена 33, некрэктомия - 25, остеопункция, санация КМК - 21, вскрытие гнойника - 15, остеотомия, удлинения конечности с фиксацией аппаратом Илизарова - 4, скелетное вытяжение - 4, остеопункция, периостеотомия - 2, резекция кости - 2 больным.

Результаты и их обсуждение. Основным моментом хирургического лечения являлось радикальное оперативное вмешательство секвестр- и некрэктомия с иссечением или выкабливанием свищевых ходов и обработка костных полостей с последующим заполнением их антибиотико-кровяной пломбой и ушивание раны наглухо. Больную конечность обязательно иммобилизовали на гипсовом лонгете. При наличии дефекта кости или ложного сустава выполнялась операция остеотомия, фиксация и удлинение конечности с помощью компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова.

Реабилитационное лечение проводилось индивидуально в зависимости от выраженности воспалительного процесса и наличия последствий заболеваний (патологический перелом,

патологический вывих, анкилозы, ложные суставы, контрактуры, укорочение конечности и дефекты кости), согласно разработанным нами схемам в трёх этапах (Рац. предложение № 3186/Р-487 от 21.05.2008 г. утв. ВОИР ТГМУ).

Первый этап - иммобилизационный, в этом периоде после хирургических вмешательств особое значение придавалась применению адекватных способов лечения (гипсовая повязка, постоянное вытяжение, компрессионно-дистракционные аппараты) в физиологическом положении конечности. Продолжалось проведение антибактериальной и иммунотерапии, усиленная десенсибилизирующая терапия, переливание белковых препаратов отдельным больным по показаниям, а также физиотерапевтические процедуры.

Второй этап - ранний постиммобилизационный, в этом периоде поражённые сегменты освобождались от гипсовых повязок и компрессионно-дистракционных аппаратов. Лечение основывалась на проведении физиотерапевтических процедур: УВЧ, электрофорез с кальцием и фосфором, парафиновая аппликация. При контрактурах и артрозах суставов выполнялось внутрисуставное введение гидрокортизона с кислородом в соответствии с возрастом детей и продолжалась разработка суставов с проведением ЛФК и массажа.

Третий этап - поздний постиммобилизационный, т.е. период активного восстановления функции поражённого сегмента. На этом этапе под прикрытием комплексной консервативной терапии назначался постепенный свободный двигательный режим. При необходимости в комплекс лечения включали препараты, улучшающие реологию крови и продолжали физиопроцедуры, ЛФК, массаж и стимуляцию остеогенеза препаратами кальция ДЗ-никомед, остеогенон, остеомаг, олиговит и др.

Комплекс реабилитационных и противорецидивных мероприятий (ЛФК, массаж, физиотерапия, витаминотерапия, иммуностимуляторы и десенсибилизирующая терапия) больным проводились в течение двух лет, а иногда и больше.

У всех оперированных больных исход был благоприятным. В общем хорошие и удовлетворительные результаты получены у 84 (89,3%) больных. Критериями клинического выздоровления детей являлись восстановление структуры кости или склерозирование её после острой стадии и секвестрэктомии при восстановлении функции поражённой конечности. К удовлетворительным результатам отнесены наблюдения с незначительным нарушением функции конечности или сегмента, а к неудовлетворительным результатам отнесены - случаи укорочения конечности более 5 см., анкилоз суставов, грубые деформации, приводящие к заметной хромоте и инвалидации детей.

Предлагаемая поэтапная тактика хирургического и реабилитационного лечения детей с хроническим, часто рецидивирующим гематогенным остеомиелитом, является выгодным, весьма эффективным и доступным для практических врачей.

Вывод. Основным моментом хирургического лечения хронического гематогенного остеомиелита на современном этапе является радикальное оперативное вмешательство и полноценная санация гнойного очага с последующей адекватной антибактериальной терапией и дифференцированной иммунотерапией. Поэтапное реабилитационное лечение, разделанное на 3 периода с применением повторных противорецидивных мероприятий, включающих физиопроцедуры, иммуностимуляторы, витаминотерапию, минералотерапию, ЛФК, массаж и др. способствует улучшению состояния больных, прекращает обострение процесса и сокращают число рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блинов И.А. с соавт. Результаты лечения острого гематогенного остеомиелита у детей / Мат. V Российского конгресса "Современные технологии в педиатрии и детской хирургии". М., 2006. С. 339-340
2. Каплунов О.А. Хирургическая коррекция последствий гематогенного остеомиелита вер-

хних и нижних конечностей методами чрескостного остеосинтеза// Автореф. канд. дисс., Ростов на Дону, 1990

3. Машков А.Е., Слесарёв В.В. Основные ошибки в диагностике и лечении острого гематогенного остеомиелита у детей// Мат. I Всероссийского конгресса "Современные технологии в педиатрии и детской хирургии".М., 2002.С. 348

4. Мацкевич Б.И. Диспансеризация и реабилитация детей с заболеваниями и последствиями травм. М., 1987.С.57-61

5. Петрицкая Е.Н. с соавт. Вегетативный резонансный тест в диагностике хронического остеомиелита у детей // Мат. V Российского конгресса "Современные технологии в педиатрии и детской хирургии".М., 2006.С. 396-397

6. Просвинова Л.А. с соавт. Актуальные проблемы костно-суставного туберкулёза и гематогенного остеомиелита у детей// М., 1989. С. 113-115

7. Сосина Т.Е. Диспансеризация и реабилитация детей с заболеваниями и последствиями травм//М., 1987.С.53-57

8. Хлопов Н.А., Нагибин В.И. Хронический остеомиелит длинных трубчатых костей// Алма-Ата, 1988

9. Mandell G.A., Contreras S.I. et al. Bone scintigraphy in the detection of cronic recurrent multifocal osteomyelitis // J. Nucl Med. 1998.V.39(10).P.1178-1183

Хулоса

Тартиби муолиҷаи ҷарроҳӣ ва барқароркунии ҳангоми илтиҳоби музмини хунзоди мағзи устухон дар кӯдакон Ш.Р. Султонов

Тадқиқи натиҷаҳои табобати 92 нафар бемори гирифтори илтиҳоби музмини хунзоди мағзи устухон (ИМХМУ), шаклҳои гуногун ва ҷойгиршавии он оварда шудааст. Муаллиф тартиби (тактикаи) мувофиқтарини муолиҷаи ҷарроҳӣ ва барқароркуниро дар кӯдакон пешниҳод намудааст. Чунин тарзро дар табобати маҷмуии ҷарроҳии 66 нафар бемор (106 ҷарроҳӣ) ва дорушифоии 26 нафар бемори гирифтори ИМХМУ ва оқибатҳои он (дар 38 маврид) истифода карда шудааст. Дар 89,3% мавридҳо натиҷаҳои хубу қаноатбахш ба даст омадаанд.

Summary

THE TACTIC OF SURGICAL AND REHABILITATION TREATMENT OF CHRONIC HEMATOGEN OSTEOMYELITIS IN CHILDREN

Sh.R. Sultonov

The analysis of the treatment of 92 patients with chronic hematogen osteomyelitis (CHO) of different forms and localization is given. The tactic is used at complex surgical therapy in 66 patients (106 operations) and conservative therapy in 26 patients with CHO and complications (38 cases). The effect is very high: good and satisfactory results are 89,3%.

Key words: children, chronic hematogen osteomyelitis, surgical and rehabilitation treatment