

## ВИПАДОК ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ З ТЯЖКИМ СЕПСИСОМ, ГНІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ ТА ПІТОРАКСОМ У ДИТИНИ

*С.В.Шестобуз, Б.М.Боднар, В.В.Горячев, М.В.Хома*

*Кафедра дитячої хірургії, ЛОР хвороб та стоматології (зав. – проф. Б.М.Боднар) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

---

**Резюме.** Наведено рідкісний клінічний випадок септикопіємічної форми гострого гематогенного остеомієліту лівого плеча, ускладненого тяжким сепсисом з гнійним перитонітом та лівобічним піотораксом.

**Ключові слова:** гострий гематогенний остеомієліт, гнійний перитоніт, піоторакс, дитина.

---

Гострий гематогенний остеомієліт (ГГО) трубчастих кісток потребує тривалого лікування [1, 2]. Особливо складними є вторинні гнійно-септичні ураження, спричинені пізньою діагностикою [3, 4]. Проблема сепсису в дітей широко висвітлена [5], проте відсутні повідомлення про ускладнення ГГО гнійним перитонітом. Наводимо наше спостереження.

Дитина Р., 4 роки, поступила 19.09.99 р. у клініку дитячої хірургії у дуже тяжкому стані зі скаргами матері на неспокій дитини, неможливе пересування із-за болю в животі, біль у ділянці

лівого плеча, підвищення температури тіла до 39-40°C. Захворіла два дні тому, коли під час падіння травмувала ліве плече. У ЦРЛ проведена рентгенографія лівого плеча, накладена гіпсова лонгета та відправлена додому. Вночі 19.09.99 р. прокинулася із-за болю в животі, посилення болю в лівому плечі, підвищення температури тіла до 39°C. Повторно звернулися в ЦРЛ, звідки з діагнозом "Тупа травма живота, перитоніт, правобічна нижньочасткова пневмонія, закритий перелом лівого плеча" направлена в дитячу лікарню.

Об'єктивно: стан дитини дуже тяжкий за рахунок явищ інтоксикації, ознак порушення свідомості, больового синдрому, гіпертермії; шкірні покриви бліді, пульс 160 уд./хв., слабкого напруження та наповнення, над легенями зліва в нижніх відділах ослаблене дихання.

Локально: після зняття гіпсової пов'язки виявлено значний набряк м'яких тканин лівого плеча, активні рухи в плечовому суглобі відсутні, пасивні рухи – обмежені та болючі.

Живіт здутий, відстає в акті дихання, при пальпації болючий на всій площі, більше в правій половині, активно напружений.

Лабораторні показники: загальний аналіз крові (19.09.99 р.): ер. – 3,5 г/л, гемоглобін – 82 г/л, тромбоцити – 170 тис., лейкоцити – 12,4 г/л, е. – 1, м. – 8, ю. – 2, пал. – 36, сегм. – 9, лімф. – 35, мон. – 9, ШЗЕ – 14 мм/год. Загальний аналіз сечі (19.09.99 р.): відн. щільн. – 1018, реакція – с/к, білок – 0,066 ‰, епітелій – од., лейкоцити – 2-3 в п/з, ер. – не виявлені. Альбумінурія пов'язана з інтоксикацією організму.

Попередній діагноз: ГГО лівого плеча, септикопемічна форма. Гострий апендицит, перитоніт. Гостра лівобічна полісегментарна пневмонія.

З метою виключення патології з боку черевної порожнини в клізмі введено вікову дозу 3% розчину хлоралгідрату. Проведено огляд під час медикаментозного сну: при спробі пальпації черевної стінки дитина прокидається, плаче, відштовхує руку хірурга, спостерігається пасивне напруження м'язів живота, позитивні симптоми подразнення очеревини. Висновок: у дитини клініка гострого апендициту, ускладненого перитонітом.

Враховуючи клінічні ознаки ГГО, вирішено до лапаротомії провести хірургічну санацію вогнища у верхній третині лівого плеча. Катетеризовано праву підключичну вену за методом Сельдінгера. Після 3-годинної передопераційної підготовки (інфузія глюкозо-сольових розчинів, гентаміцин) під загальним знеболюванням виконана санація вогнища остеомієліту. За допомогою пункції м'яких тканин у ділянці проксимального метафіза лівого плеча гною не отримано, але після проникнення під окістя виділився гній. Оголили плечову кістку з наступною остеоперфорацією в ділянці метафіза та її середньої третини. Із кістково-мозкового каналу також виділився гній. Промили кістково-

во-мозковий канал антисептиками з установленням дренажу, іммобілізували верхню кінцівку.

Після правобічної трансректальної лапаротомії з черевної порожнини видалено до 200 мл мутного, клейкоподібного, пінистого випоту (взятий на бактеріологічне дослідження). Виявлена гіперемія парієтальної та вісцеральної очеревини в межах термінального відділу клубової кишки. Червоподібний відросток вторинно змінений. Проведена типова апендектомія з обробкою його кукси лігатурно-інвагінаційним методом. Через окремих прокол у правій боковій ділянці передньобічної стінки живота підведений мікроіригатор. Основну рану зашили наглухо.

Клінічний діагноз: ГГО лівого плеча, тяжкий сепсис, гнійний перитоніт, катаральний апендицит, гостра лівобічна полісегментарна пневмонія.

Лікування: інфузійна дезінтоксикаційна терапія (5% розчин глюкози з вітамінами групи В, С, Е, дофамін), 0,9 % розчин NaCl з 0,025% розчином строфантину, курантил, фраксипарин, сульфокамфокаїн, свіжозаморожена одногрупна плазма, контрикал, гідрокортизон, ністатин, антибактеріальні препарати – пеніцилін, гентаміцин, цефуроксим, ципрофлоксацин, з п'ятої доби – тієнам (5 разів по 250 мг).

Результат мікробіологічного дослідження (22.09.99 р.): випіт із черевної порожнини та гній з вогнища остеомієліту – *S. aureus*.

Антибактеріальну терапію скореговано відповідно до чутливості *S. aureus* до препаратів.

Незважаючи на адекватну терапію, на шостий день клініко-рентгенологічно діагностовано лівобічний піоторакс, після чого проведено торакоцентез із дренажуванням за методом Бюлау. Ознаки пневмонії зменшилися і дренаж видалено через 12 діб. На 4 добу видалено мікроіригатор з черевної порожнини, на 9 добу знято шви, рана загоїлася первинним натягом.

Кістково-мозковий канал лівої плечової кістки промивали антисептиками протягом 8 діб, надалі – перев'язки по декілька разів на добу. Рани загоїлися вторинним натягом через 40 днів.

Дитина у задовільному стані виписана додому. Оглянута через один місяць, рік та п'ять років – здорова.

Наведений випадок показує, що рідкісним ускладненням септикопемічної форми гострого гематогенного остеомієліту в дітей може бу-

ти гнійний перитоніт. У сучасних умовах призначення антибіотиків групи карбапенемів, зок-

рема тієнаму, в комплексному лікуванні гнійно-септичних ускладнень є методом вибору.

### Література

1. Акжигитов Г.Н., Юдин Я.Б. Гематогенный остеомиелит. – М.: Медицина, 1998. – 287 с. 2. Щитинин В.Е., Коровин С.А., Дворовенко Е.В. и др. Лечение острого гематогенного остеомиелита у детей // Дет. хирургия. – 2000. – № 5. – С. 8-11. 3. Момотов А.А. Опыт лечения острого гематогенного остеомиелита у детей // Клін. хірургія. – 2000. – № 6. – С. 33-34. 4. Ніколаєва Н.Г., Бушанська Н.А. Діагностика та тактика лікування гострого гематогенного остеомиєліту у дітей // Клін. хірургія. – 2001. – № 2. – С. 38-40. 5. Исаков Ю.Ф., Белобородова Н.В. Сепсис у дітей. – М.: Издатель Мокеев, 2001. – 369 с.

### СЛУЧАЙ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА С ТЯЖЕЛЫМ СЕПСИСОМ, ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ И ПИОТОРАКСОМ У РЕБЕНКА

*С.В.Шестобуз, Б.Н.Боднар, В.В.Горячев, Н.В.Хома*

**Резюме.** Приведен редкий клинический случай септикопиемической формы острого гематогенного остеомиелита левого плеча, осложненного тяжелым сепсисом с гнойным перитонитом и левосторонним пиотораксом.

**Ключевые слова:** острый гематогенный остеомиелит, гнойный перитонит, пиоторакс, ребенок.

### A CASE OF ACUTE HEMATOGENIC OSTEO-MYELITIS WITH HEAVY SEPSIS, PURULENT PERITONITIS AND PYOTHORAX IN A CHILD

*S.V.Shestobuz, B.M.Bodnar, V.V.Goriachev, M.V.Khoma*

**Abstract.** A rare clinical case of the septicopyemic form of acute hematogenic osteomyelitis of the left shoulder complicated by sepsis with purulent peritonitis and left-side pyothorax has been described.

**Key words:** acute hematogenic osteomyelitis, purulent peritonitis, pyothorax, child.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 17.06.2005 р.,  
після доопрацювання – 18.10.2005 р.