

УДК 616.71—018.46—002±616.24/25—002

Э. Т. КАРАПЕТЯН, К. А. МАЛХАЗЯН

ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО
ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Статья посвящена недостаточно изученным легочно-плевральным осложнениям острого гематогенного остеомиелита. Доминирование у больных картины острой дыхательной недостаточности приводит к ошибочной диагностике и направлению их в противотуберкулезные учреждения. Описана клиничко-рентгенологическая картина легочно-плевральных осложнений. Подчеркнута необходимость комплексной терапии как основного заболевания, так и его осложнений.

За последние 10—15 лет во всем мире заметно увеличилось число больных стафилококковой инфекцией, в том числе страдающих гематогенным остеомиелитом. В то же время прогрессивное нарастание количества резистентных к антибиотикам штаммов стафилококка привело к учащению септико-токсических и септико-пиемических форм остеомиелита и к росту летальности от него.

Как острый, так и хронический гематогенный остеомиелит чреват целым рядом осложнений местного и общего характера. Наиболее угрожающими жизни больных являются развивающиеся лимфогематогенным путем осложнения в виде метастатических гнойных поражений различных паренхиматозных органов, в частности легких. Инфекционные эмболы, попадая и оседая в капиллярах легких, являющихся своеобразным фильтром, вызывают вторичную стафилококковую пневмонию. Частота подобных пневмоний у больных, страдающих острым гематогенным остеомиелитом, по данным литературы [3, 10], колеблется в пределах 5—9%.

Наступающая вслед за пневмонией стафилококковая деструкция легких, как правило, разыгрывается в субкортикальной зоне и в дальнейшем может привести к спонтанному пневмотораксу с последующим развитием гнойного плеврита или пиопневмоторакса [1, 2, 3, 6, 7, 8, 10].

Необходимо отметить, что диагностике и лечению легочно-плевральных осложнений гематогенного остеомиелита посвящено сравнительно мало работ, к тому же носящих характер кратких сообщений [3, 5, 6, 7, 10]. Недостаточное знакомство врачей общей медицинской сети с легочно-плевральными осложнениями острого гематогенного остеомиелита нередко приводит к направлению таких больных в непрофильные лечебные учреждения. Так, за период с 1967 по 1977 г. в костное от-

деление Республиканского противотуберкулезного диспансера Арм.ССР с ошибочным диагнозом туберкулез костей и суставов было направлено 145 больных, страдающих преимущественно хроническим гематогенным остеомиелитом. Из этой группы у 14 человек при рентгенологическом обследовании легких обнаружены изменения в виде обширных плевральных наслоений, плевро-диафрагмальных спаек и фиброторакса. При сопоставлении анамнестических и рентгенологических данных мы ретроспективно констатировали у них остаточные изменения перенесенных в прошлом легочно-плевральных осложнений гематогенного остеомиелита.

Настоящее сообщение относится к 9 больным с легочно-плевральными осложнениями острого гематогенного остеомиелита, которых мы наблюдали в Республиканской клинической туберкулезной больнице за период с 1967 по 1977 г. Все больные направлены из лечебных учреждений общей медицинской сети и поступили в нашу клинику на 20—40-й день заболевания, т. е. уже после перехода острой стадии заболевания в подострую или хроническую.

Возраст наблюдаемых нами больных колебался от 7 до 17 лет; мальчиков было семеро, девочек—двое.

При сборе анамнестических данных установлено, что у всех больных заболевание началось остро с озноба, резкого повышения температуры, головных болей и явлений интоксикации. Одновременно у больных наблюдались выраженный болевой синдром и ограничение движений в тех участках тела, где в последующем был выявлен остеомиелитический процесс. Выяснилось, что у 6 больных острому началу заболевания предшествовали такие «провоцирующие факторы», как ангина, переохлаждение, травма и физическая перегрузка. Необходимо отметить, что до поступления к нам у всех больных было произведено рентгенологическое обследование подозреваемых участков костно-суставного аппарата, однако из-за рентгенологически немого периода гематогенного остеомиелита костные изменения не были обнаружены.

Легочно-плевральные осложнения у наблюдаемых нами больных развивались на фоне септикопиемической формы гематогенного остеомиелита с локализацией в нижней трети бедра у 2 больных, в верхней трети бедра у 2, в верхней трети большеберцовой кости у 2, в верхней трети малоберцовой кости у 1, в грудине у 1 и в поясничном отделе позвоночника у 1 больного.

Легочно-плевральные осложнения возникали на 12—28-й день от начала клинических проявлений острого гематогенного остеомиелита. Характер вышеуказанных осложнений был следующим: у трех больных диагностирован пиопневмоторакс, у трех—спонтанный пневмоторакс, у одного—двусторонний экссудативный плеврит и у двух—абсцесс легкого с экссудативным плевритом. Интересно отметить, что у двух больных со спонтанным пневмотораксом на 6—8-й день пребывания в клинике неожиданно возник спонтанный пневмоторакс и на другом легком.

У одного из больных со спонтанным пневмотораксом как в коллабированном, так и в другом легком имелись полостные изменения по типу кист диаметром в 3—4 см, которые в результате проведенного лечения претерпели обратное развитие.

При бактериологическом исследовании плеврального выпота у 7 больных был высеян золотистый стафилококк, у 2—посев оказался стерильным, что, видимо, связано с проводимой в этот период интенсивной антибактериальной терапией. Одновременные посевы гнойного отделяемого из остеомиелитических свищей выявили идентичность возбудителя обоих процессов.

После определения антибиогаммы проводилась комплексная, интенсивная и длительная терапия. Назначались различные антибиотики, переливания крови и плазмы, гормональные препараты, витамины и симптоматические средства. У 7 больных при помощи пункционно-аспирационной методики или дренирования плевральной полости удалось ликвидировать легочно-плевральные осложнения и добиться полного расправления легкого. В одном же наблюдении эти мероприятия привели к санации плевральной полости, однако наличие легочно-плеврального свища препятствовало расправлению легкого. Произведенная у этого больного декорткация и краевая резекция легкого привели к полному выздоровлению.

На фоне успешной ликвидации легочно-плевральных осложнений у двух больных остеомиелитический процесс был ликвидирован консервативным путем, у шести потребовались оперативные вмешательства (иногда повторные) типа секвестрэктомий. Из 9 больных умер один, страдающий гематогенным остеомиелитом грудины, осложненным двусторонним экссудативным плевритом. Обширная деструкция грудины вначале привела к эрозийному кровотечению из правой внутригрудной артерии, которое своевременно было остановлено, однако спустя несколько дней ночью наступило профузное кровотечение из левой внутригрудной артерии, которое и послужило причиной смерти. В качестве иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

Больная Т., 17 лет, 24/V 1972 г. была переведена к нам из клиники инфекционных болезней с диагнозом: очаговый туберкулез легких, осложненный правосторонним спонтанным пневмотораксом. При поступлении жалобы на сухой кашель, резкую одышку, высокую температуру, боли в пояснице и брюшной полости. При сборе анамнестических данных выяснилось, что 20 дней тому назад у больной появились сильные боли в пояснице, которые сопровождались ознобом и повышением температуры до 39—40°. С подозрением на мочекаменную болезнь ее уложили в урологическое отделение, откуда через 10 дней с предположительным диагнозом—брюшной тиф перевели в инфекционную клинику. На 18-й день заболевания у больной внезапно наступило резкое ухудшение общего состояния, появились боли в правой подвздошной области, колотья в правой половине грудной клетки, сухой кашель и нарастающая одышка. При рентгенологическом обследовании грудной клетки обнаружен правосторонний спонтанный пневмоторакс, и в тяжелейшем состоянии больная переведена в нашу клинику. В момент поступления у больной на фоне резкой интоксикации и высокой температуры в правой подвздошной области пальпировалась резко болезненная флюктуирующая припухлость. Физикально в легких справа определялись тимпанит и отсутствие дыхания. При рентгенологическом обследовании поясничного отдела по-

звоночника, и грудной клетки обнаружены острый гематогенный остеомиелит тела IV поясничного позвонка с наличием секвестра (рис. 1а) и правосторонний спонтанный пневмоторакс (рис. 1 б). На фоне антибактериальной и общеукрепляющей терапии справа из-под пупартовой связки вскрыт и дренирован пояснично-подвздошный абсцесс, из гноя которого высеян золотистый стафилококк, высокоустойчивый к пенициллину и стрептомицину. Одновременно пункционно-аспирационным методом проведено лечение правостороннего спонтанного пневмоторакса. Из скудного серозного экссудата плевральной полости также высеян золотистый ста-

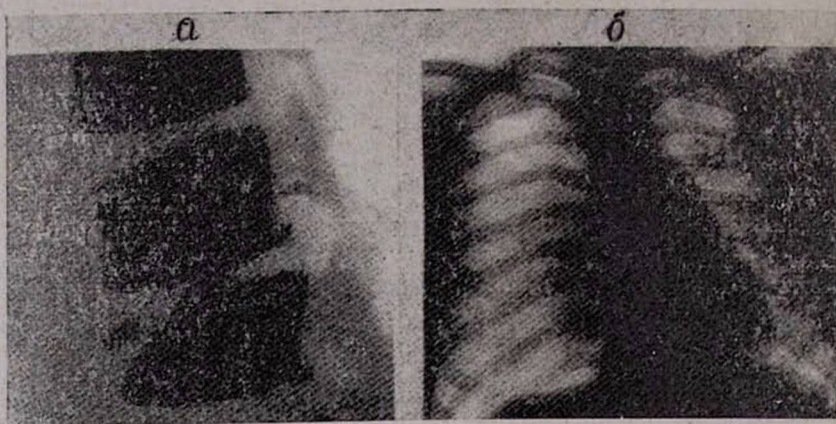


Рис. 1. а. Профильная рентгенограмма поясничного отдела позвоночника больной Т. при поступлении. Деструкция передневерхнего отдела тела IV поясничного позвонка с наличием секвестра. Сужение межпозвоночного диска между телами III—IV позвонков.

б. Рентгенограмма грудной клетки больной Т. при поступлении. Правосторонний спонтанный пневмоторакс со смещением сердца и средостения влево.

филококк. За две недели лечения правое легкое полностью расправилось. Гнойное отделяемое из послеоперационной раны в правой паховой области вскоре прекратилось, и рана зажила. Через два месяца после операции больная в хорошем состоянии выписалась домой. Ей было рекомендовано временно носить корсет облегченного типа. При отдаленном наблюдении через 4 года больная никаких жалоб не предъявляла. Рентгенологически со стороны легких патологии не определялось, а со стороны позвоночника отмечалось приживание секвестра к телу пораженного позвонка.

Принимая во внимание то обстоятельство, что легочно-плевральные осложнения острого гематогенного остеомиелита наступают в первые две-три недели болезни, в этот период следует самым строгим образом контролировать состояние органов дыхания. В случае же развития легочно-плевральных осложнений наряду с их лечением, на наш взгляд, необходима срочная и тщательная хирургическая санация остеомиелитического очага, которая может предотвратить новые легочно-плевральные и другие осложнения.

Кафедра туберкулеза
Ереванского медицинского института

Поступила 14/VII 1978 г.

ՍՈՒՐ ՀԵՄԱՏՈԳԵՆ ՕՍՏԵՈՄԵԼԻՏԻ ԹՈՔԱ-ՊԼԵՎՐԱԼ
ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Հեղինակները դիտել են 9 հիվանդների, որոնք տառապել են սուր հեմատոգեն օստեոմիելիտով և նրա թոքա-պլևրալ բարդություններով: Օստեոմիելիտը հիվանդների մոտ տեղակայված էր ազդրոսկրի, սրունքոսկրի, կրծոսկրի և զոսկային ողնի մասերում: Թոքա-պլևրալ բարդությունները առկա էին հանձինս միակողմանի, կամ երկկողմանի սպոնտան պնևմոթորաքսի, թոքի արքցեսի, պիոպնևմոթորաքսի, էքսուդատիվ պլևրիտի: Հիշյալ բարդությունների գերակշռող վիճակը առիթ էր հանդիսացել հիվանդներին ուղարկել տուբերկուլոզային հիվանդանոց: Բոլոր հիվանդների մոտ տարված է զուգակցված բուժում, ինչպես հիմնական հիվանդության, այնպես էլ նրա բարդության ուղղությամբ: Նրանցից 8-ի մոտ նկատվել է բուժական լավ արդյունք, մահացել է մեկը:

E. T. KARAPETIAN, K. A. MALKHAZIAN

PULMOPLEURAL COMPLICATIONS OF ACUTE HEMATOGENIC
OSTEOMYELITIS

The article is devoted to study of pulmopleural complications of acute hematogenic osteomyelitis. Domination of the picture of acute respiratory insufficiency brings to a wrong diagnosis, and the patients are often sent to antituberculous departments. The clinico-roentgenologic picture of pulmopleural complications is described. The necessity of the complex therapy of the main disease and its complications is stressed.

ЛИТЕРАТУРА

1. Венгеровский И. С. Остеомиелит у детей. М., 1964.
2. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. М., 1964.
3. Кукуруза Ю. П., Киевский И. И., Коцюбинский А. В. и др. Хирургия, 1972, 6, 103.
4. Кротова Т. А. Хирургия, 1972, 8, 36.
5. Мазурик М. Ф., Горичева Л. В. и др. Хирургия (журн. им. Н. И. Пирогова), 1972, 6, 100.
6. Миротворцева К. С. Педиатрия, 1955, 1, 72.
7. Осповат Б. Л. Хирургия, 1951, 6, 20.
8. Попкиров Ст. Гнойно-септическая хирургия. София, 1974.
9. Чернобровкин В. И. Сб. научных работ Кирг. НИИ охраны материнства и детства. Фрунзе, 1966, вып. 3, 99.
10. Ческис А. Л. Хирургия, 1964, 3, 23.