

Wirksamkeit Von Lincomycin Bei Chronischer Hämatogener Osteomyelitis Bei Kindern

Haydarov Musomiddin Muhammadiyevich

Staatliche Medizinische Universität Samarkand, Abteilung für Klinische Pharmakologie

Zusammenfassung: Osteomyelitis bei Kindern ist eine pathologische Erkrankung, bei der alle Knochenstrukturen sowie das Knochenmark und das umgebende Gewebe eitrige Schäden anrichten. Die Krankheit im Kindesalter ist durch einen akuten Beginn, eine schnelle Entwicklung der Symptome und starke Schmerzen gekennzeichnet. Kinderärzte, kinderorthopädische Traumatologen, Chirurgen und andere spezialisierte Spezialisten sind daran beteiligt, die Symptome einer Knochenosteomyelitis bei Kindern zu erkennen, nach ihren Ursachen zu suchen und sie zu behandeln.

Die meisten der festgestellten Fälle sind zwischen 6 und 14 Jahren alt. Im frühen Alter wird der Hauptgipfel bei Kindern unter einem Jahr beobachtet, und bei Jungen ist die Wahrscheinlichkeit, an Osteomyelitis zu erkranken, doppelt so hoch wie bei Mädchen.

Die Pathologie kann jede Art von Knochenstruktur betreffen, wird jedoch hauptsächlich bei Schäden an den röhrenförmigen Oberschenkelknochen, dem Oberarmknochen und seltener an den Schienbeinknochen diagnostiziert. Osteomyelitis im Kindesalter ist eine der gefährlichsten Erkrankungen des Bewegungsapparates: Die Wahrscheinlichkeit verschiedener Komplikationen, Behinderungen und sogar des Todes des Kindes ist sehr hoch.

Schlüsselwörter: Osteomyelitis, Behandlung, Ätiologie, Prävention.

Experten unterscheiden zwei Hauptformen der Krankheit: hämatogene (endogene) und exogene. Hämatogene Osteomyelitis ist das Ergebnis einer Infektionsübertragung über den Blutkreislauf und kann zunächst auf einer akuten oder chronischen Entzündung beruhen. Die hämatogene Form der Erkrankung macht bis zu 80 % der Gesamtfallzahl aus.

Bei der Klassifikation der exogenen Osteomyelitis bei Kindern werden drei Subtypen unterschieden:

posttraumatisch – trat nach offenen oder geschlossenen Frakturen auf;

postoperativ – entwickelt sich nach verschiedenen Arten von chirurgischen Eingriffen (Osteosynthese, Knochentransplantation usw.);

Kontakt - erscheint vor dem Hintergrund tiefer eitriger Läsionen von Weichteilen (dazu gehören Abszesse, Phlegmonen, Furunkel).

Im Kindesalter werden zwei weitere Varianten der Pathologie, das Schießen und die atypische Osteomyelitis, sehr selten entdeckt.

Unter Berücksichtigung der Ausbreitung der Symptome werden drei Krankheitsformen unterschieden:

septisch-pyämisch;

lokal;

septisch.

Je nach Art der Pathologie kann sie akut oder chronisch sein. In den meisten Fällen verläuft die Osteomyelitis zunächst akut und verläuft dann chronisch.

Symptome

Das klinische Erscheinungsbild hängt von der Art und Dauer der Erkrankung ab.

Symptome einer akuten hämatogenen Osteomyelitis bei Kindern mit septisch-pyämischer Form:

ein plötzlicher Temperaturanstieg von 39 Grad und mehr;

starke Schwäche;

starke Kopfschmerzen;

Übelkeit mit Erbrechen;

trockene, blasse Haut;

Blaufärbung der Schleimhäute;

Blutdruckabfall;

schneller Puls.

Bei manchen Kindern ist die Vergiftung so schwerwiegend, dass sie das Bewusstsein verlieren können. In einigen Fällen werden Krämpfe, Halluzinationen und Wahnzustände beobachtet.

Solche Symptome halten 2-3 Tage an, danach klingen sie etwas ab und es treten scharfe, schmerzhafte, manchmal krampfartige Schmerzen im betroffenen Knochenbereich auf. Das Schmerzsyndrom ist schwerwiegend, wächst langsam und verursacht dem Kind echtes Leid. Jede Bewegung verursacht einen neuen Schmerzanfall, sodass Kinder buchstäblich erstarren und versuchen, sich überhaupt nicht zu bewegen.

Beschwerden und Schmerzen im Bereich der Infektion mit lokaler hämatogener Osteomyelitis bei einem Kind sind die Leitsymptome. Die Bewegung fällt schwer, vor allem Kinder klagen über Schmerzen in den Knochen. Die allgemeinen Vergiftungssymptome sind mild.

Bei der septischen Form der Pathologie tritt der für eine schwere Toxikose charakteristische Symptomkomplex in den Vordergrund. Das Kind hat Schwindel, Übelkeit, Kopf- und Muskelschmerzen. Die Temperatur steigt nicht stark an, aber der Zustand verschlechtert sich schnell, die Herzinsuffizienz nimmt zu, das Elektrolytungleichgewicht ist gestört. Bei dieser Form der Osteomyelitis ist insbesondere bei Neugeborenen der Tod bereits vor dem Einsetzen der Knochenschmerzen möglich.

Die Hauptsymptome einer exogenen Osteomyelitis vom posttraumatischen und postoperativen Typ im Kindesalter:

Rötung und Schwellung der Haut im Infektionsbereich;

Kopfschmerzen;

Anstieg der Körpertemperatur auf 38-39 Grad;

Eiterbildung in der Wunde.

Der Schmerz nimmt allmählich zu, aber das Schmerzsyndrom ist bei der exogenen Form der Erkrankung deutlich schwächer als bei der hämatogenen Osteomyelitis.

Da sich der Kontakttyp der Erkrankung vor dem Hintergrund einer bestehenden Entzündung bildet, kann eine Knochenschädigung durch einen starken Schmerzanstieg, die Ausbreitung von Schwellungen und eine Rötung der Haut um die Entzündungsquelle vermutet werden. Die Körpertemperatur des Kindes kann ansteigen. Bei ausgedehnten Prozessen wird eine Vergiftung beobachtet. In manchen Fällen bildet sich 3-6 Tage nach Beginn der Osteomyelitis eine Fistel mit

eitriger Flüssigkeit. In solchen Fällen verbessert sich der Zustand des Kindes nach der Eiterabgabe deutlich.

Gründe

Die Krankheit wird durch eine Infektion mit pathogenen Mikroorganismen verursacht. In den meisten Fällen (bis zu 85 %) handelt es sich um Staphylococcus aureus. Weniger häufige Schuldige sind:

Streptokokken;

Pneumokokken;

Coli;

Pseudomonas aeruginosa;

Klebsiella;

Tuberkulosebazillus.

Seltene spezifische Formen der Pathologie können durch Spirochäten pallidum oder Brucella verursacht werden.

Die Gründe für die Entwicklung einer Osteomyelitis bei Kindern können folgende sein.

Karies;

Zahnfleischartzündung;

Parodontitis;

akute Mittelohrentzündung;

Angina;

chronische Mandelentzündung;

Pyodermie;

Sinusitis.

Der Kontakttyp der Krankheit kann vor dem Hintergrund tiefer Wunden und langfristig unbehandelter infizierter Wunden sowie tiefer Wunden und Schürfwunden auftreten, die durch Elemente des Ausschlags entzündet sind. Bei Neugeborenen und Kindern im ersten Lebensjahr kann die Ursache der Pathologie eine Nabelwunde oder ein Windelausschlag sein.

Diagnose

In den frühen Stadien kann die Krankheit durch ein spezifisches klinisches Erscheinungsbild identifiziert werden. Derzeit sind instrumentelle und Labormethoden zur Diagnose einer Osteomyelitis bei Kindern nicht aussagekräftig, da deutliche Veränderungen der Knochenstrukturen erst am 5.-8. Krankheitstag auftreten und es fast möglich ist, spezifische Indikatoren einer bestimmten Pathologie darin zu unterscheiden Blut ist es nicht. jeder entzündliche Prozess.

Um die zuvor gestellte Diagnose in Zukunft zu bestätigen, wird Folgendes durchgeführt:

Ultraschalluntersuchung des betroffenen Bereichs, die hilft, die Verdickung der Knochenstrukturen zu bestimmen und den Grad der Beteiligung von Weichteilen am pathologischen Prozess zu beurteilen;

Radiographie, die Anzeichen einer Knochenschädigung zeigen kann (am aussagekräftigsten 14–21 Tage nach Ausbruch der Krankheit);

Kontrast-Magnetresonanztomographie, die zur Beurteilung des Blutflusses und des Ausmaßes der eitrigen Gewebeschädigung erforderlich ist (kann auch zur Frühdiagnose einer Osteomyelitis verwendet werden);

verschiedene Labortests zur Bestimmung der Schwere des Entzündungsprozesses im Körper.

Bei chronischer Osteomyelitis wird zusätzlich eine Fistulographie durchgeführt – eine Methode, die dabei hilft, das Vorhandensein, die Beschaffenheit und die Lokalisation von Fisteln festzustellen.

Behandlung

Die Behandlung der Osteomyelitis bei Kindern erfolgt gemäß den klinischen Empfehlungen. Es können konservative Maßnahmen und chirurgische Methoden zum Einsatz kommen. Die Taktik des Handelns richtet sich nach der Schwere des Zustands des kleinen Patienten, der Form der festgestellten Krankheit und den Eigenschaften des Körpers des Kindes im Allgemeinen. Ein Krankenhausaufenthalt wird in jedem Fall durchgeführt.

Zu den konservativen Behandlungsmethoden der Osteomyelitis gehören:

Ruhigstellung des betroffenen Bereichs mit einem harten Verband, Gips oder einer Orthese;

antibakterielle Therapie, die darauf abzielt, die pathogene Flora zu unterdrücken und den Entzündungsprozess zu stoppen;

Infusionstherapie, deren Zweck darin besteht, das Elektrolytgleichgewicht wiederherzustellen und einer Dehydrierung vorzubeugen;

symptomatische Therapie, die darauf abzielt, Schmerzen zu lindern, das Wohlbefinden des Kindes zu verbessern und die Funktionen der inneren Systeme aufrechtzuerhalten.

Bei bestimmten Indikationen kann eine extrakorporale Häموkorrektur verordnet werden – eine Reihe von Verfahren, bei denen Ärzte mit Hilfe einer speziellen Behandlung die Qualität oder Menge des Blutes außerhalb des Körpers des Patienten verändern.

Folgende Methoden können verwendet werden:

Eröffnung des Abszesses mit anschließender Drainage;

Arthrotomie - eine spezielle Knochenpunktion mit Spülung der eitrigen Höhle mit antiseptischen Präparaten;

Sequestrektomie – Durchtrennung von Fistelgängen, Granulationsstellen, Sequestrierungen usw. mit antiseptischer Behandlung;

chirurgische Dekompression oder Aspirationsdekompression des subperiostalen Raums (wird selten angewendet, wenn das Kind an einer Immunschwäche oder einem atypischen Verlauf einer Osteomyelitis leidet);

verschiedene Arten von Knochentransplantationen (wird nur nach vollständiger Sanierung der Infektionsquelle durchgeführt).

In den meisten Fällen wird Kindern mit Osteomyelitis ein umfassendes Programm verschrieben, das konservative und chirurgische Behandlungsmethoden umfasst.

Verhütung

Um die Entwicklung einer Osteomyelitis bei Kindern zu verhindern, empfehlen Experten den Eltern Folgendes:

Überwachen Sie sorgfältig die persönliche Hygiene der Kinder, bringen Sie den Kindern bei, regelmäßig zu baden, schneiden Sie Finger- und Zehennägel und lehren Sie Sauberkeit von früher Kindheit an;

Kontrolle chronisch entzündlicher Erkrankungen bei Kindern;

im Falle einer akuten Erkrankung professionelle medizinische Hilfe in Anspruch nehmen;

regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen der Kinder beim Zahnarzt, Reinigung der Mundhöhle, Kariesbehandlung etc. rechtzeitig;

Einhaltung einer ausgewogenen Ernährung für Babys, die reich an verschiedenen Spurenelementen und Mineralien ist;

Schützen Sie das Kind vor Unterkühlung

Befolgen Sie die Maßnahmen zur Verhinderung von Verletzungen bei Kindern.

Liste der verwendeten Literatur:

1. Rustamovich, A. I., Negmatovich, T. K., & Fazliddinovich, S. D. (2022). БОЛАЛИКДАН БОШ МИЯ ФАЛАЖИ ФОНИДА РИНОСИНУСИТИ БОР БЕМОРЛАРДА БУРУН БЎШЛИФИ МУКОЦИЛИАР ТРАНСПОРТИ НАЗОРАТИ ТЎҒРИСИДАГИ ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР (адабиётлар шарҳи). JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE, 7(2).
2. Абдурахмонов, И. Р., & Шамсиев, Д. Ф. (2021). Эффективность применения местной антибиотикотерапии в лечении параназального синусита у детей с церебральным параличом. In НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ: СОХРАНЯЯ ПРОШЛОЕ, СОЗДАЁМ БУДУЩЕЕ (pp. 336-338).
3. Абдурахмонов, И. Р., & Шамсиев, Д. Ф. (2021). Болаликдан бош миё фалажи билан болалардаги ўткир ва сурункали параназал синуситларни даволашда мукорегуляр дори воситасини самарадорлигини ўрганиш. Т [a_XW [i [S US S_S^[ùe YfcS^, 58.
4. Siddikov, O., Daminova, L., Abdurakhmonov, I., Nuralieva, R., & Khaydarov, M. OPTIMIZATION OF THE USE OF ANTIBACTERIAL DRUGS DURING THE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation, 32, 2.
5. Тураев, Х. Н. (2021). Абдурахмонов Илхом Рустамович Влияние будесонида на качество жизни пациентов с бронхиальным обструктивным синдромом. Вопросы науки и образования, 7, 132.
6. Абдурахманов, И., Шамсиев, Д., & Олимжонова, Ф. (2021). Изучение эффективности мукорегулярных препаратов в лечении острого и хронического параназального синусита при детском церебральном параличе. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, 2(2), 18-21.
7. Абдурахмонов, И. Р., & Шамсиев, Д. Ф. (2023). БОШ МИЯ ФАЛАЖИ ФОНИДАГИ ПАРАНАЗАЛ СИНУСИТЛАРНИ ДАВОЛАШДА ЎЗИГА ХОС ЁНДАШИШ. MedUnion, 2(1), 14-26.
8. Орипов, Р. А., Абдурахмонов, И. Р., Ахмедов, Ш. К., & Тураев, Х. Н. (2021). ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОДЕРМИТА.
9. Ахмедов, Ш. К., Тураев, Х. Н., Абдурахмонов, И. Р., & Орипов, Р. А. (2021). НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ПРОДУКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ.
10. Абдурахмонов, И. Р. (2021). Исследование мукоцилиарной транспортной функции слизистой оболочки полости носа у больных с параназальным синуситом на фоне детского церебрального паралича. In Актуальные аспекты медицинской деятельности (pp. 256-259).
11. Абдурахмонов, И. Р., & Тураев, Х. Н. (2022). ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИНУПРЕТА С АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РИНОСИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ. Достижения науки и образования, (2 (82), 88-92.
12. Abdurakhmanov, I., & Shernazarov, F. (2023). SPECIFIC ASPECTS OF TREATMENT OF CHRONIC RHINOSINUSITIS IN CHILDREN. Science and innovation, 2(D10), 164-168.

13. Farrukh S. ORGANIZATION OF DIGITALIZED MEDICINE AND HEALTH ACADEMY AND ITS SIGNIFICANCE IN MEDICINE //Science and innovation. – 2023. – Т. 2. – №. Special Issue 8. – С. 493-499.
14. Kurbonalievich, A. S., Mardonovich, N. R., Muxammadievich, X. M., Anvarovich, O. R., Negmatovich, T. H., & Usmonovna, B. M. (2021). Experience of the Combination of Tiflox and Immunomax in the Treatment of Trichomoniasis Combined with a Bacterial Process. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 2376-2380.
15. Зиядуллаев, Ш. Х., Хайдаров, М. М., & Нуралиева, Р. М. (2014). Иммунный статус здорового населения подростков и юношей. *Академический журнал Западной Сибири*, 10(3), 80-80.
16. Зиядуллаев, Ш. Х., Турдибеков, Х. И., Хайдаров, М. М., Исмоилов, Ж. А., & Пулатов, У. С. (2014). Генетические маркеры гиперреактивности бронхов при бронхиальной астме. *Академический журнал Западной Сибири*, 10(3), 19-19.
17. Мурадова, Р. Р., Хайдаров, М. М., & Бегнаева, М. У. (2021). Современные клинико-фармакологические аспекты применения нефротоксичных антибиотиков. *Достижения науки и образования*, (3 (75)), 98-100.
18. Мурадова, Р. Р., & Хайдаров, М. М. (2021). КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ. *Достижения науки и образования*, (3 (75)), 100-102.
19. Мурадова, Р. Р., Хайдаров, М. М., & Омонов, Э. М. (2021). ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ С УЧЕТОМ ПАРАМЕТРОВ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЗОНЫ СЕТЧАТКИ. *Вопросы науки и образования*, (10 (135)), 66-69.
20. Siddikov, O., Daminova, L., Abdurakhmonov, I., Nuralieva, R., & Khaydarov, M. OPTIMIZATION OF THE USE OF ANTIBACTERIAL DRUGS DURING THE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 32, 2.
21. Азимов, Ш. Т., Шакиров, Б. М., Карабаев, Ж. Ш., Хайдаров, М. М., & Кодиров, В. М. (2008). Ранняя некрэктомия в комплексном лечении детей с глубокими ожогами. *Сб. науч. тр. II Съезда комбустиологов России:-М*, 159-160.
22. Хайдаров, М. М., Мурадова, Р. Р., & Худойбердиева, Г. С. (2020). Оптимизация премедикации при хирургических вмешательствах в гинекологии. *Достижения науки и образования*, (5 (59)), 98-102.
23. Muxammadievich, H. M., Uktamovna, M. D., Abdullaevich, S. O., Rustamovna, M. R., & Usmanovna, B. M. (2022). BURN SHOCK IN PEDIATRIC AFTER THERMAL INJURY AND MULTIPLE ORGAN FAILURE SYNDROMES. *World Bulletin of Public Health*, 8, 140-142.
24. Kurbonalievich, A. S., Fayozjonovich, A. Z., Anvarovich, O. R., Abdullaevich, S. O., & Mukhammadievich, H. M. (2021). Careful Attention To The History Of Chronic Urticaria Is One Of The Important Factors Of Productive Therapy. *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*, 3(02), 55-58.
25. Хакимов, Э. А., Тагаев, К. Р., & Хайдаров, М. М. (2019). Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта у детей с ожоговой травмой. *Детская хирургия*, 23(1S4), 64-64.
26. Хайдаров, М. М., & Мурадова, Р. Р. (2020). Гепатотоксичность лекарственных средств как одна из проблем современной медицины. *Наука через призму времени*, (11), 46-49.

27. Мурадова, Р. Р., Хайдаров, М. М., & Тураев, Х. Н. (2022). NEFROTOKSIKLIK-ZAMONAVIY ANTIBIOTIKOTERAPIYANING MUAMMOSI SIFATIDA (ADABIYOTLAR TANLILI). ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, 3(2).
28. Хайдарова, М. М. (2016). Особенности изменения показателей клеточного иммунитета у детей при бронхолегочной патологии, протекающей с бронхиальной обструкцией. Медицинские новости, (7 (262), 58-60.
29. Азимбегова, С. Н., Нуралиева, Р. М., Абдурахмонов, И. Р., Хайдаров, М. М., & Тохиров, С. Т. (2022). МОДИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПРОФИЛАКТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ. In Биотехнология и биомедицинская инженерия (pp. 202-206).
30. Ашурова, Н., Шакиров, Б. М., Мурадова, Р. Р., Хакимов, Э. А., Хайдаров, М. М., Некбаев, Х. С., & Тожиев, З. Ю. (2022). Особенности термоингаляционной травмы у детей. In Скорая медицинская помощь-2022 (pp. 15-16).
31. Ашурова, Н., Шакиров, Б. М., & Хайдаров, М. М. (2021). ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕОЛИЗА В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ОЖОГОВОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.
32. Мурадова, Р. Р., & Хайдаров, М. М. (2020). ФОТОТОКСИЧЕСКИЕ И ФОТОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И НЕКОТОРЫХ РАСТЕНИЙ. Вопросы науки и образования, (37 (121), 41-44.
33. Хакимов, Э. А., Тагаев, К. Р., & Хайдаров, М. М. (2019). ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ. Детская хирургия, 23(1S4), 63-63.