

Effacité De La Lincomycine Dans L'ostéomyélite Hématogène Chronique Chez L'enfant

Haydarov Musomiddin Muhammadiyevich

Université médicale d'État de Samarkand, Département de pharmacologie clinique

Résumé: L'ostéomyélite chez l'enfant est un état pathologique dans lequel des lésions purulentes sont causées à toutes les structures osseuses, ainsi qu'à la moelle osseuse, ainsi qu'aux tissus environnants. La maladie chez l'enfant se caractérise par une apparition aiguë, un développement rapide des symptômes et une douleur intense. Les pédiatres, traumatologues orthopédistes pédiatriques, chirurgiens et autres spécialistes spécialisés participent à l'identification des symptômes de l'ostéomyélite osseuse chez l'enfant, à la recherche de ses causes et à son traitement.

La plupart des cas détectés ont entre 6 et 14 ans. À un âge précoce, le pic principal est observé chez les enfants de moins d'un an, et les garçons sont deux fois plus susceptibles de souffrir d'ostéomyélite que les filles.

La pathologie peut couvrir tout type de structure osseuse, mais elle est principalement diagnostiquée avec des lésions des tubules fémoraux, de l'humérus et, plus rarement, des os tibiaux. L'ostéomyélite infantile est l'une des maladies les plus dangereuses du système musculo-squelettique : la probabilité de diverses complications, d'invalidité et même de décès de l'enfant est très élevée.

Mots clés: Ostéomyélite, traitement, étiologie, prévention.

Les experts distinguent deux formes principales de la maladie : hématogène (endogène) et exogène. L'ostéomyélite hématogène est le résultat de la transmission d'une infection par la circulation sanguine et le foyer initial peut être toute inflammation aiguë ou chronique. La forme hématogène de la maladie représente jusqu'à 80 % du nombre total de cas.

Dans la classification de l'ostéomyélite exogène chez l'enfant, on distingue trois sous-types :

post-traumatique - apparu après des fractures ouvertes ou fermées;

postopératoire - se développe après divers types d'interventions chirurgicales (ostéosynthèse, greffe osseuse, etc.);

contact - apparaît dans le contexte de lésions purulentes profondes des tissus mous (notamment les abcès, les phlegmons, les furoncles).

Dans l'enfance, deux autres variantes de pathologie, la fusillade et l'ostéomyélite atypique, sont très rarement détectées.

Compte tenu de la propagation des symptômes, on distingue trois formes de la maladie :

septique-pyéémique;

locale;

septique.

Selon la nature de la pathologie, elle peut être aiguë ou chronique. Dans la plupart des cas, l'ostéomyélite apparaît d'abord sous une forme aiguë puis devient chronique.

Symptômes

La présentation clinique dépend du type et de la durée de la maladie.

Symptômes de l'ostéomyélite hématogène aiguë chez les enfants atteints de forme septique-pyéémique :

une augmentation soudaine de la température de 39 degrés et plus ;

forte faiblesse;

mal de tête sévère;

nausées avec vomissements ;

peau sèche et pâle;

décoloration bleue des muqueuses;

diminution de la pression artérielle;

pouls rapide.

Chez certains enfants, l'intoxication est si grave qu'ils peuvent perdre connaissance. Dans certains cas, des convulsions, des hallucinations et des états délirants sont observés.

De tels symptômes durent 2 à 3 jours, après quoi ils s'atténuent un peu et des douleurs aiguës, douloureuses, parfois crampes, apparaissent dans la zone osseuse touchée. Le syndrome douloureux est sévère, évolue lentement et provoque de réelles souffrances chez l'enfant. Tout mouvement provoque une nouvelle crise de douleur, alors les enfants se figent littéralement et essaient de ne pas bouger du tout.

L'inconfort et la douleur dans la zone d'infection par l'ostéomyélite hématogène locale chez un enfant sont les principaux symptômes. Il est difficile de bouger, la plupart des enfants se plaignent de douleurs osseuses. Les symptômes généraux d'intoxication sont légers.

Avec la forme septique de la pathologie, l'ensemble des symptômes caractéristiques d'une toxicose sévère apparaît. L'enfant a des étourdissements, des nausées, des maux de tête et des douleurs musculaires. La température n'augmente pas beaucoup, mais l'état s'aggrave rapidement, l'insuffisance cardiaque augmente et le déséquilibre électrolytique est perturbé. Avec cette forme d'ostéomyélite, la mort est possible avant même l'apparition des douleurs osseuses, notamment chez les nouveau-nés.

Les principaux symptômes de l'ostéomyélite exogène de type post-traumatique et postopératoire chez l'enfant :

rougeur et gonflement de la peau dans la zone d'infection;

mal de tête;

augmentation de la température corporelle jusqu'à 38-39 degrés;

formation de pus dans la plaie.

La douleur augmente progressivement, mais le syndrome douloureux avec la forme exogène de la maladie est nettement plus faible qu'avec l'ostéomyélite hématogène.

Étant donné que le type de contact de la maladie se forme dans le contexte d'une inflammation existante, des lésions osseuses peuvent être suspectées par une forte augmentation de la douleur, la propagation du gonflement et une rougeur de la peau autour de la source de l'inflammation. La température corporelle de l'enfant peut augmenter. L'intoxication est observée dans des processus étendus. Dans certains cas, 3 à 6 jours après le début de l'ostéomyélite, une fistule contenant du liquide purulent se forme. Dans de tels cas, après l'écoulement du pus, l'état de l'enfant s'améliore considérablement.

Raisons

La maladie est causée par une infection par des micro-organismes pathogènes. Dans la plupart des cas (jusqu'à 85 %), on parle de *Staphylococcus aureus*. Les coupables les moins courants sont :

les streptocoques;

pneumocoques;

coli;

Pseudomonas aeruginosa;

Klebsiella;

bacille tuberculeux.

Des formes rares et spécifiques de pathologies peuvent être provoquées par le spirochète pallidum ou la *Brucella*.

Les raisons du développement de l'ostéomyélite chez les enfants peuvent être les suivantes.

carie;

gingivite;

parodontite;

otite aiguë;

angine;

amygdalite chronique;

pyodermite;

sinusite.

Le type de contact de la maladie peut apparaître dans le contexte de plaies profondes et de plaies infectées non traitées à long terme et de plaies profondes et d'abrasions enflammées en raison d'éléments de l'éruption cutanée. Chez les nouveau-nés et les enfants de la première année de vie, la source de la pathologie peut être une plaie ombilicale ou un érythème fessier.

Diagnostic

Aux stades précoces, la maladie peut être identifiée par une présentation clinique spécifique. À l'heure actuelle, les méthodes instrumentales et de laboratoire de diagnostic de l'ostéomyélite chez les enfants ne sont pas informatives, car des changements évidents dans les structures osseuses n'apparaissent qu'au 5-8ème jour de la maladie et il est presque possible de distinguer des indicateurs spécifiques d'une certaine pathologie dans le du sang, ce n'est pas le cas. tout processus inflammatoire.

Pour confirmer à l'avenir le diagnostic précédemment établi, les opérations suivantes sont effectuées:

examen échographique de la zone touchée, qui permet de déterminer l'épaississement des structures osseuses et d'évaluer le degré d'implication des tissus mous dans le processus pathologique ;

radiographie, qui peut montrer des signes de lésions osseuses (la plus informative 14 à 21 jours après le début de la maladie);

l'imagerie par résonance magnétique de contraste, nécessaire pour évaluer le flux sanguin et l'étendue des lésions tissulaires purulentes (peut également être utilisée pour le diagnostic précoce de l'ostéomyélite);

divers tests de laboratoire pour déterminer la gravité du processus inflammatoire dans le corps.

Dans le cas de l'ostéomyélite chronique, une fistulographie est également réalisée - une méthode qui permet de déterminer la présence, les caractéristiques et la localisation des fistules.

Traitement

Le traitement de l'ostéomyélite chez l'enfant est effectué selon les recommandations cliniques. Des mesures conservatrices et des méthodes chirurgicales peuvent être utilisées. Les tactiques d'action sont déterminées par la gravité de l'état du petit patient, la forme de la maladie identifiée et les caractéristiques du corps de l'enfant en général. L'hospitalisation est effectuée dans tous les cas.

Les méthodes de traitement conservatrices de l'ostéomyélite comprennent:

immobilisation de la zone touchée à l'aide d'un bandage dur, d'un plâtre ou d'une orthèse;

thérapie antibactérienne visant à supprimer la flore pathogène et à arrêter le processus inflammatoire;

thérapie par perfusion, dont le but est de rétablir l'équilibre électrolytique et de prévenir la déshydratation;

thérapie symptomatique visant à soulager la douleur, à améliorer le bien-être de l'enfant et à maintenir les fonctions des systèmes internes.

S'il existe certaines indications, une hémocorrection extracorporelle peut être prescrite - un ensemble de procédures dans lesquelles, à l'aide d'un traitement spécial, les médecins modifient la qualité ou la quantité de sang en dehors du corps du patient.

Les méthodes suivantes peuvent être utilisées:

ouverture de l'abcès avec drainage ultérieur;

arthrotomie - une ponction spéciale de l'os avec lavage de la cavité purulente avec des préparations antiseptiques;

séquestrectomie - coupe de voies fistuleuses, de sites de granulation, de séquestrations, etc. avec traitement antiseptique;

décompression chirurgicale ou par aspiration de l'espace sous-périoste (rarement utilisée si l'enfant présente un déficit immunitaire ou une évolution atypique de l'ostéomyélite);

divers types de greffes osseuses (réalisées uniquement après assainissement complet de la source d'infection).

Dans la plupart des cas, les enfants atteints d'ostéomyélite se voient prescrire un programme complet comprenant des méthodes de traitement conservatrices et chirurgicales.

Prévention

Pour prévenir le développement de l'ostéomyélite chez les enfants, les experts recommandent aux parents ce qui suit:

surveillez attentivement l'hygiène personnelle des enfants, apprenez aux enfants à se laver régulièrement, à couper les ongles des mains et des pieds, à enseigner la propreté dès la petite enfance;

contrôle des maladies inflammatoires chroniques chez les enfants;

rechercher des soins médicaux professionnels en cas de maladie aiguë;

examen préventif régulier des enfants chez le dentiste, nettoyage de la cavité buccale, traitement des caries, etc. en temps opportun;

suivre une alimentation équilibrée pour bébé, riche en divers oligo-éléments et minéraux;

protéger l'enfant de l'hypothermie

suivre les mesures de prévention des blessures chez les enfants.

Liste de la littérature utilisée:

1. Rustamovich, A. I., Negmatovich, T. K., & Fazliddinovich, S. D. (2022). БОЛАЛИКДАН БОШ МИЯ ФАЛАЖИ ФОНИДА РИНОСИНУСИТИ БОР БЕМОРЛАРДА БУРУН БЎШЛИГИ 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 мия фалажи билан болалардаги ўткир ва сурункали параназал синуситларни даволашда мукорегуляр дори воситасини самарадорлигини ўрганиш. T [a_XW [i [S US S_S^[ùe Yfc^, 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). Иммуный 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.