УДК 617.57/.58 – 002 – 053.2/.5 – 07

Проблема диференційної діагностики гострого гематогенного остеомієліту у дітей

Гриценко Є. М., Цилюрик О. В., Гриценко М. І., Волошин О. М.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава.

Дитяча міська клінічна лікарня, м. Полтава.

Незважаючи на значні досягнення в лікуванні гострого гематогенного остеомієліту (ГГО) у дітей проблема його диференційної діагностики залишається надзвичайно актуальною. Це пов'язано зі збільшенням кількості малосимптомних, нетипових форм, а також поширенням патології, що «маскується» під остеомієліт. Труднощі в діагностиці виникають на ранніх фазах патологічного процесу, тоді як при екстрамедулярній фазі діагностичних помилок майже не виникає, але така діагностика є запізнілою. Адже, згідно відомому висловлюванню, починати лікування ГГО у екстрамедулярній фазі теж саме, що починати лікування гострого апендициту при виникненні перитоніту.

За період з 2002 по 2006 роки до дитячого хірургічного відділення ДМКЛ м. Полтави було госпіталізовано 208 дітей віком від 10 діб до 15 років з підозрою на ГГО. Віком до 1 року госпіталізовано 48 дітей, до 3 років – 25, від 3 до 7 років – 37, від 7 до 15 років – 98. Підставою для встановлення попереднього діагнозу ГГО були скарги на болі в кінцівках, обмеження активних та пасивних рухів, підвищення температури тіла, погіршення загального стану, а також місцеві зміни характерні для гнійно-запальних процесів. За локалізацією патологічного процесу: стегно - 54 (30%) випадки, гомілка - 30 (14,4%), плече - 25 (12%), ступня -28 (13,5%), передлічча - 13 (6,3%), ділянка пласких кісток - 11 (5,3%). Ураження кульшового суглобу діагностувалося в 25 (12%) випадках, колінного – 14 (6,7%), гомілковоступневого – 8 (3,8%). Всім дітям було виконане комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження.

Діагноз ГГО був підтверджений в 85 (40,8%) випадках. Кістки стегна, плеча та гомілки вражалися в 65 (76,5%) випадків. Дітям виконувалися остеоперфорації уражених кісток, розкриття остеомієлітичних флегмон, пункції суглобів з введенням антибіотиків та призначалася комплексна інтенсивна терапія згідно сучасних вимог до лікування гнійно-септичних процесів. Перехід в хронічну форму спостерігався в 5 (5,8%) випадках.

Після проведення диференційної діагностики у 7 дітей встановлено кістковий тубекульоз, у 4 - злоякісні новоутворення кісткової системи, в 3 - ювенільний ревматоїдний артрит. Ці діти потебували направлення до спеціалізованих лікувальних закладів. В 25 випадках ураження кісткової системи було виключено та діагностовані гнійно-запальні захворювання м'яких тканин (флегмони, гематоми, що нагноїлися, бешиха). Значну групу склали діти з реактивними артритами, насамперед кульшового суглобу. Швидке покращення стану на фоні прийому нестероїдних протизапальних засобів дозволяє виключити ГГО у цих пацієнтів. В останні роки діагоностичні складнощі виникають у дітей 1 року життя з артритами різноманітної локалізації (23 випадки), протікання яких не відповідає клінці ГГО. Цим дітям проводилося специфічне обстеження суглобової рідини та крові, яке визначило ураження хламідійної та мікоплазмової етіології. Крім того, в цих випадках необхідним є також обстеження та лікування батьків. В лікуванні використовувалася специфічна антибактеріальна терапія макролідами, що призводила до вираженного клінічного ефекту.

Таким чином, рання діагностика та лікування ГГО попереджають виникненню ускладнень та незадовільних результатів. При виключенні ГГО диференційна діагностика повинна бути направлена на визначення ураження кісткової системи іншої етіології, насамперед туберкульозної та онкологічної, а у дітей 1 року життя – хламідійної та мікоплазмової природи.