

УДК 616.718.19–002–053.2

## РАННЯ ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ КІСТОК КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА В ДІТЕЙ

О. М. Кулик

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

**Ключові слова:** гострий гематогенний остеомієліт, кульшовий суглоб.

Гематогенний остеомієліт становить 6–11% усіх хірургічних і 30% гнійних захворювань дитячого віку [1, 7].

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, зокрема дитячої ортопедії та хірургії, одним з найбільш важко діагностованих та недостатньо вивчених захворювань є гострий гематогенний остеомієліт кісток таза в дітей [6].

Враховуючи анатомічну будову та топографічне співвідношення органів таза, множинні гнійні натічники, які розташовані в м'яких тканинах, фасціальних клітковинних просторах, на тлі первинного запального вогнища у різних відділах кісток таза зумовлюють різноманітні клінічні прояви та атиповий перебіг хвороби. Окрім об'єктивних труднощів у топічній та диференційній діагностиці спостерігається пізні звертання хворих по кваліфіковану допомогу, що негативно відображається на результатах хірургічного лікування, а отже, призводить до ортопедичних ускладнень і стійкої інвалідизації дитини.

### Матеріал і методи

Ми провели аналіз лікування 18 дітей з гострим гематогенним остеомієлітом кісток таза, які були на лікуванні в МДКЛ та ОДКЛ за останні 5 років. Вік хворих коливався від 1,5 місяця до 15 років.

Серед усіх хворих гематогенний шлях інфекції виявлено в 11 дітей, а в 7 дітей захворювання було наслідком травми кісток таза. У контрольній групі первинний діагноз правильно встановлено у 4 хворих, яких госпіталізували на 1–2 добу хвороби, для решти пацієнтів з гострим гематогенним остеомієлітом кісток таза (14 хворих) термін госпіталізації коливався від 4 днів до 2 місяців від початку захворювання. Ці хворі з різними діагнозами перебували під спостереженням або на лікуванні в травматолога, невропатолога, ревматолога, педіатра.

### Обговорення результатів

Головною причиною помилок встановлення

діагнозу ми вважаємо недостатні знання клініки гострого гематогенного остеомієліту у дітей лікарями інших спеціальностей, до яких потрапляють хворі. Часто діагноз гострого гематогенного остеомієліту кісток таза виключено через відсутність на ранніх стадіях захворювання змін на рентгенограмі кісток таза.

Перша рентгенологічна ознака — остеопороз — розвивається на 2–3-му тижні захворювання. У подальшому спостерігається чергування вогнищ уявного ущільнення та розрідження кістки, що надає їй плямистого вигляду. У проліферативній фазі захворювання періостальна реакція виражена нерівномірно, як з боку періосту, так і ендоосту, та відсутня там, де є повне відмирання періосту або вже пригнічена функція утворення кістки. У цій фазі чітко наявний плямистий малюнок кістки, доповнений зображеннями ділянок деструкції різної інтенсивності, остеопорозу та склерозу. Секвестрація спостерігається рідко, це пояснюється розсмоктуванням некротичних ділянок кістки завдяки добре розвинутому кровопостачанню [1].

Ураження суглобів характеризується розширенням суглобових щілин або їх звуженням, нечіткістю суглобових поверхонь, остеопорозом, деструкцією навколо суглобових відділів кістки.

При гострому гематогенному остеомієліті кісток таза в дітей інформативними є сучасні неінвазивні методи досліджень — ультразвукова діагностика (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ), магніторезонансна томографія (МРТ) [2, 3, 4, 5].

УЗД при ранній діагностиці гострого гематогенного остеомієліту у дітей є одним з найінформативніших методів дослідження, допомагає оцінити динаміку запального процесу та уникнути частого використання рентгенологічних досліджень, що знижує променеве навантаження на дитину. При УЗД оцінювали м'які тканини, суглоби, надкiсницю, кістки таза, порівнювали їх з ураженого та здорового боку. Для уточнення ступеня поширення гнійного процесу в м'яких тканинах проводили УЗД органів малого таза.

КТ забезпечує діагностику прихованих запальних вогнищ деструкції в тазовій кістці, дегенеративні зміни прилеглих м'яких тканин та картину сакроілеїту.

МРТ дає можливість оцінити ступінь запального процесу в вогнищі деструкції кісток таза з перших діб запалення, стан кровообігу та його порушення.

#### Висновки

1. Дітей зі скаргами на біль внизу живота, та-

зового кільця, кульшового суглоба, сідниць, обмеження рухів в нижніх кінцівках, які супроводжуються загальними симптомами інтоксикації, слід госпіталізувати у відділення гнійної хірургії.

2. Дітям із підозрою на гострий гематогенний остеомиєліт кісток таза потрібно проводити УЗД, КТ та МРТ кісток і органів малого таза, що дасть змогу в ранній стадії встановити локалізацію, розміри запального вогнища в кістках таза та м'яких тканинах, контролювати ефективність лікування, прогнозувати перебіг та наслідки захворювання.

### Цитована література

1. *Абаев Ю. К.* Клиническая оценка периферического кровообращения у новорожденных при остеомиелите и артритях / Ю. К. Абаев, Е. Ю. Проценко, В. Н. Аринчин // *Детская хирургия.*— 2004.— № 1.— С. 10–13.
2. *Вовченко А. Я.* Роль ультразвукового исследования в клинике травматологии-ортопедии / А. Я. Вовченко, Я. Б. Куценок // *Літопис травматології та ортопедії.*— 2000.— № 2.— С. 47–49.
3. *Ерофеев В. Н.* Ранняя диагностика дисплазии тазобедренных суставов у детей первых месяцев жизни // *Детская хирургия.*— 2004.— № 2.— С. 46–49.
4. *Компьютерная томография в диагностике хронического остеомиелита у детей* / Л. А. Ситко, В. К. Федотов, М. Ю. Суворов и др. // *Вестн. хирургии им. Грекова.*— 1990.— Т. 145, № 7.— С. 72–73.
5. *Спилютина Т. В.* Ультразвуковая диагностика патологии тазобедренного сустава у детей / Т. В. Спилютина, Т. А. Ермак, С. Д. Шевченко // *Ортопедия, травматология и протезирование.*— 2000.— № 1.— С. 73–74.
6. *Ganel A.* Pediatric orthopedic physical assessment / A. Ganel, Dudkiewicz, D. Grogan// *J. Pediatr. Health Care.*— 2003.— Vol. 17, N 1.— P. 39–41.
7. *Harel L.* Meyer dysplasia in the different diagnosis of hip disease in young children / L. Harel, L. Kornreich, S. Ashkenazi// *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*— 1999.— Vol. 153, N 9.— P. 942–945.

### Ранняя диагностика острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей

*Е. Н. Кулик*

Несмотря на достижения современной медицины острый гематогенный остеомиелит костей таза у детей остается одним из наиболее трудно диагностируемых и малоизученных заболеваний. Поэтому при жалобах на боли в низу живота, тазового кольца, тазобедренного сустава, ограничение подвижности в нижних конечностях, сопровождающиеся общими симптомами интоксикации, дети должны госпитализироваться в отделения гнойной хирургии. Данной категории больных должно быть проведено УЗИ, КТ, МРТ костей и органов малого таза, что позволяет установить диагноз острого гематогенного остеомиелита на ранних стадиях заболевания, дает возможность контролировать эффективность лечения, прогнозировать исход заболевания.

### The early diagnostic of acute hematogenic osteomyelitis of coxofemoral articulation in children

*Kulyk O. M.*

In spite of the achievements of modern medicine the acute hematogenic osteomyelitis of pelvic bones still remains one of the most poorly studied and hardly diagnosed diseases. That is why children with such complains as: aches in stomach, pelvic bones, coxofemoral articulation, limited movements in lower extremities, accompanied with the symptoms of intoxication must be admitted to the surgical department. USG, CT, MRI of the pelvic bones and pelvic organs must be performed to such a category of patients, which permit to make the disease diagnosis on the early stages as well as to control the disease and make prognosis for its outcome.