

*Абаев Ю.К.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*Минск, Беларусь*

### **ЛАТЕНТНЫЕ ФОРМЫ ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ**

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В последние годы наблюдается рост частоты латентного течения гематогенного остеомиелита у детей, что может обуславливать значительные диагностические трудности.

**ЦЕЛЬ.** Изучить особенности латентных форм гематогенного остеомиелита у детей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Изучены особенности латентных форм остеомиелита у 81 ребенка, среди них с подострым течением было 52 (64,2%), с первично-хроническим – 29 (35,8%); в возрасте до 1 года – 2 (2,5%), 1–3 года – 10 (12,3%), 4–7 лет – 7 (8,6%), 8–10 лет – 14 (17,3%), 11–15 лет – 48 (59,3%). Для диагностики остеомиелита использовали лучевые методы (Rg, КТ, МРТ), сцинтиграфию с <sup>99m</sup>Tc-медронатом и бактериологическое исследование. Длительность заболевания до обращения в специализированное учреждение составила  $3,5 \pm 0,4$  мес.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Удовлетворительное состояние отмечено у 74 детей ( $91,4 \pm 3,1\%$ ), средней тяжести – у 7 ( $8,9 \pm 3,1\%$ ). Нормальная температура тела была у 40 пациентов ( $49,4 \pm 5,5\%$ ), субфебрильная – у 41 ( $50,6 \pm 5,5\%$ ). Боль являлась основной жалобой и наблюдалась у 72 пациентов ( $88,9 \pm 3,5\%$ ). Среди локальных проявлений заболевания наиболее частыми были умеренная болезненность – у 78 детей ( $96,3 \pm 2,1\%$ ), мало выраженный отек мягких тканей – у 75 ( $92,6 \pm 2,9\%$ ), хромота, ограничение движений в смежном суставе – у 62 детей ( $76,5 \pm 4,7\%$ ). Абсцедирование было не характерным.

Чаще поражались длинные трубчатые кости: большая берцовая – 25 ( $27,8 \pm 4,7\%$ ), бедренная – 24 ( $26,7 \pm 4,7\%$ ), плечевая – 8 ( $8,9 \pm 3,0\%$ ), лучевая – 5 ( $5,5 \pm 2,4\%$ ), локтевая – 4 ( $4,4 \pm 2,2\%$ ), малая берцовая – 1 ( $1,1 \pm 1,1\%$ ); реже губчатые кости: пяточная – 9 ( $10,0 \pm 3,2\%$ ), седалищная – 1 ( $1,1 \pm 1,1\%$ ). Далее по частоте располагались плоские кости: подвздошная – 4 ( $4,4 \pm 2,2\%$ ), лопатка – 2 ( $2,2 \pm 1,5\%$ ); короткие кости: ключица – 3 ( $3,3 \pm 1,9\%$ ), плюсневая кость 1 ( $1,1 \pm 1,1\%$ ), фаланга пальца стопы – 1 ( $1,1 \pm 1,1\%$ ). Один раз отмечалось поражение надколенника ( $1,1 \pm 1,1\%$ ). У 77 пациентов были единичные поражения, у 4 – множественные; всего – 90 очагов. Среди 67 поражений длинных костей очаги воспаления локализовались в метафизе – 47, диафизе – 16, апофизе – 2, эпифизе – 1. У 4 детей имел место хронический рецидивирующий множественный

остеомиелит с поражением 2–4 костей (бедренная, большеберцовая, плечевая, малая берцовая, локтевая, пяточная, плюсневая кости, фаланга пальца стопы, крестцово-подвздошное сочленение).

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) у детей до 5 лет составил  $0,73 \pm 0,17$ ; старше 5 лет –  $1,22 \pm 0,11$ ; СОЭ –  $31,2 \pm 1,3$  мм/ч. При биохимическом исследовании крови СРБ достигал  $30,8 \pm 3,3$  мг/л. Диспротеинемия и диагаммаглобулинемия отсутствовали. Значения церулоплазмينا были  $40,2 \pm 1,0$  мг/л, серомукоида –  $0,32 \pm 0,03$ . При первом обращении за медицинской помощью костные изменения рентгенологически обнаружены у 78 детей ( $96,3 \pm 2,1\%$ ).

У 62 микробиологически обследованных детей из костных очагов в 46 случаях ( $74,2 \pm 4,9\%$ ) выделены различные возбудители, как правило, в монокультуре. Наиболее часто (28 больных) выделяли *S. aureus* ( $45,2 \pm 6,3\%$ ), реже (5 детей) – ГОБ неидентифицированные, *S. epidermidis* (4 детей) ( $6,4 \pm 3,1\%$ ) и *Streptococcus spp.* (3 детей) ( $4,8 \pm 2,7\%$ ). В единичных случаях обнаруживали *V. breveri*, *Arcanobacterium pyogenes* и *virus herpes*.

При наличии рентгенологических признаков не отличимых от опухолевого процесса, выполняли биопсию с гистологическим и бактериологическим исследованием. Антибактериальное лечение назначали в соответствии с антибиотикограммой. При отсутствии эффекта либо ухудшении состояния применяли оперативное лечение. 63 ребенка ( $77,8 \pm 4,9\%$ ) лечили консервативно, 18 ( $22,2 \pm 2,1\%$ ) – оперативно. Более эффективным консервативное лечение было при локализации очагов воспаления в метафизах, по сравнению с диафизарной локализацией, а также у детей более младшего возраста.

Изучение отдаленных результатов лечения через 6 мес–10 лет показало отсутствие рецидивов заболевания и неблагоприятных ортопедических последствий у 62 детей, у 14 пациентов потребовались повторные курсы консервативного лечения (от 2 до 4). У 5 детей в зоне бывших очагов на протяжении 1–3 лет наблюдались умеренные боли сезонного характера. При этом выявлено, что для обратного развития изменений в костной системе требовалось 3–12 мес.

#### ВЫВОДЫ.

1. Лучевые методы являются ведущими в диагностике латентных форм остеомиелита у детей. 2. Консервативный метод оправдан в лечении латентных форм остеомиелита у детей. 3. Показанием для хирургического лечения латентных форм гематогенного остеомиелита у детей является отсутствие эффекта от консервативного лечения, наличие персистирующего болевого синдрома и опасность развития ортопедических осложнений.