

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ**

Катько В.А.

Белорусский государственный медицинский университет,

Кафедра детской хирургии

*Где начинается воспаление в кости или где локализуется первичный фокус инфекции?* У новорожденных и детей грудного возраста сохраняется эмбриональное кровообращение. Это значит, что метафизарные сосуды проникают через зону роста и кровоснабжают эпифиз. Поэтому у этой группы детей поражаются инфекцией эпифизы (эпифизарный остеомиелит) и суставы (гнойный артрит). В возрасте 1 года сосудистые щели в зоне роста закрываются и у детей наблюдается метадиафизарное локализация и распространение инфекции.

В 1-2 сутки от момента заболевания поражается метафиз и только на 3 сутки гной может проникнуть под надкостницу и распространяться по костномозговому каналу и в сустав. К 7-10 суткам воспалительный процесс достигает противоположного здорового метафиза, т.е. поражает всю кость. В этот период высокое давление в зоне воспаления и сосудистая обструкция приводят к некрозу кости и суставного хряща, самоизолируют очаг воспаления и лечить такого больного даже самыми эффективными антибиотиками весьма трудно. Поэтому необходима ранняя диагностика в сроки 1 суток, максимум 3 суток с момента заболевания. В 100% случаев можно достичь выздоровления без оперативного вмешательства, если антибиотикотерапия начата в ранние сроки заболевания (1-2 суток). По многолетним данным детского хирургического центра г. Минска только 40-45% больных поступает в клинику через 1-3 суток от начала заболевания. Это означает, что с диагностикой острого гематогенного остеомиелита у врачей первичного звена имеются трудности.

*Как в 1-ые и 2-ые сутки от начала заболевания поставить диагноз?* Без всякого сомнения, предварительный диагноз можно поставить на основании клинической картины заболевания и объективного осмотра пациента. У новорожденных и младенцев на фоне ухудшения общего состояния (отсутствие аппетита, бледность кожного покрова, повышения температуры, беспокойства) ребенок щадит больную конечность, появляется симптом "псевдопаралича" при любой локализации в кости верхней конечности, сгибательная контрактура нижней конечности при остеомиелите бедра или костей голени. При пассивных движениях в суставе пораженной кости наблюдается резкое беспокойство ребенка (усиливается боль).

Следующим признаком остеомиелита - появление отека конечности в зоне воспаления. Как правило, отек распространяется у младенцев на сустав в ранние сроки и в последующем может переходить и на конечность. Через 2-3 суток местно повышается температура, появляется сосудистый рисунок,

гиперемия кожи в области сустава - признак артрита. В это время могут появляться гнойные метастазы в других костях, мягких тканях, ухе и т.д.

У детей старшего возраста начало заболевания и клинические признаки яркие и более постоянны. Врач хотя бы в какой-то степени знакомый с этой патологией не должен ошибаться, потому что поздний диагноз приводит к ужасным последствиям для больного, особенно при локализации воспалительного процесса в тазобедренном суставе (патологический перелом шейки, рассасывание головки, патологический вывих, анкилоз, неоартроз).

Заболевание начинается внезапно без предвестников с повышения температуры до 39-40°C и боли в пораженной кости. Эти два признака очень важны для диагностики остеомиелита. Они появляются одновременно. Боль постепенно нарастает в связи с повышением внутрикостного давления и через сутки от начала заболевания бывает настолько сильной, что ребенок не спит, отказывается нагружать конечность и двигаться. При осмотре обращает на себя внимание нарушение функции конечности, вынужденное положение, контрактура мышц. Пальпация и поколачивание выявляют пораженный метафиз и по усилению болезненности приблизительное распространение инфекции по кости. Через 2 суток появляется отек мягких тканей, свидетельствующий об инфицировании поднадкостничного пространства. К 5 суткам границы отека расширяются до средней трети диафиза, виден венозный рисунок, появляется гиперемия.

Труднее всего выявить локализацию остеомиелитического очага в костях, образующих тазобедренный сустав, крестце и других отделах позвоночника. Начало более острое: уже через несколько часов высокая температура, боль, озноб. Положение в кровати вынужденное. Нога согнута в тазобедренном суставе, отведена и ротирована наружу. При сакроилеите ребенок не может повернуться или с трудом поворачивается на живот, поднять прямую нижнюю конечность (симптом прилипшей пятки), не может ходить, появляются нарушения функции тазовых органов.

Диагноз уточняют в стационаре путем пункции и цитологического исследования костного мозга. На цитограмме придают значение качественной характеристике костного мозга. Уже в 1-ые сутки заболевания можно обнаружить фагоцитоз, дегенерацию клеточных ядер и цитоплазмы. В последующем дегенерация клеток становится более выраженной, появляется микрофлора вне клеток.

Таким образом, ранняя диагностика острого гематогенного остеомиелита у детей основывается на клинических признаках. **Диагноз должен быть поставлен в 1-2 сутки от начала заболевания.** Ребенок должен быть срочно направлен в детский хирургический стационар, где диагноз будет немедленно уточнен и ребенок получит адекватное лечение. Только в таком случае исчезнут инвалиды, порождаемые врачами, исчезнут жалобы и неприязнь родителей к врачам, осматривающие ребенка в ранние сроки и не поставившие правильный диагноз. Наконец, у врачей появится чувство гордости за то, что избавили пациента от очень тяжелого заболевания и инвалидности.

