

ванию полостей. Период реабилитации увеличивается в 2-3 раза, прогнозируется хронизация гематогенного остеомиелита. За пятнадцатипятилетний период умерло 3 детей на фоне сепсиса и СПОН, летальность составила 0,9%. Показателем своевременной диагностики и рационального лечения является отсутствие летальных исходов в течение 3-х лет.

ТРАНЗИТОРНЫЙ СИНОВИИТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ

Камаганцева А.Л., Черненко Л.Ю., Лобанов Ю.Я., Нагорный Е.А.

«Коксит-синдром» - это рабочий диагноз используемый в клинике детской хирургии УрГМА. Этот диагноз устанавливается нами при поступлении больного с жалобами на боль в области тазобедренного сустава, хромоту. Такие симптомы могут иметь место при различных заболеваниях опорно-двигательного аппарата, а также в ряде случаев сопровождать течение соматических болезней. В клинике проводится дополнительное обследование и наблюдение за такими пациентами. Для этого больные госпитализируются в НГХО ДГКМБ № 9. В процессе обследования устанавливается клинический диагноз. Среди хирургических болезней, обладающих подобной симптоматикой, необходимо отметить ОГО костей, составляющих тазобедренный сустав. Дифференциальная диагностика проводится также с болезнью Пертеса (остеохондропатия головки бедренной кости); туберкулезным кокситом; юношеским эпифизолизом головки бедренной кости; опухолями костей.

Нехирургические болезни, сопровождающиеся коксит-синдромом это - ревматизм, ревматоидный артрит, инфекционно-аллергический артрит, болезнь Рейтера; системные заболевания - геморрагический васкулит, системная красная волчанка и ряд других (табл. 1).

В период с 1997 г. по 1999 г. в клинику детской хирургии УГМА поступили 106 детей с первичным диагнозом коксит-синдром. Подавляющее большинство из них (71,7%) дети в возрасте до 7 лет. Мальчики болеют почти в два раза чаще, чем девочки (66% и 34% соответственно). Распределение больных, по полу и возрасту представлено в табл. 2.

Пациенты были направлены в ГДМБ № 9 с различными диагнозами: ОГО костей, составляющих тазобедренный сустав; ушиб, растяжение связок; острый аппендицит; ущемленная пахово-мошоночная грыжа; бедренная грыжа; инвагинация кишечника. 80 детей (75,5%) были доставлены в клинику в первые двое суток с момента появления жалоб, оставшиеся 24,5% больных поступили в сроки от 3 до 5 суток.

Таблица 1

Клинические диагнозы больных с коксит-синдромом

Диагноз	Количество	%
ОГО шейки бедренной кости	5	4,4
Сакроилит	1	0,9
Острый гнойный подвздошный лимфаденит	1	0,9
Болезнь Рейтера	1	0,9
Юношеский ревматоидный артрит	1	0,9
ОРВИ	21	19,8
Хронический пиелонефрит	2	1,9
Атопический диатез, нейродермит	20	18,9
Хронический энтероколит, глистно-паразитарная инвазия	8	7,5
Реактивный артрит тазобедренного сустава	46	43,9
Всего	106	100,0

Таблица 2

Распределение больных с коксит-синдромом по полу и возрасту (n=106)

Возраст	Количество			
	мальчики	%	девочки	%
1-3 года	24	64,8	13	35,2
4-7 лет	26	66,6	13	32,4
8-12 лет	17	68,0	8	32,0
13-15 лет	3	60,0	2	40,0
Всего	70	66,0	36	34,0

В комплекс обследования этих больных кроме физикальных методов включались рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции и по Лаунштейну, ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, ревмопробы (СРБ, сиаловые кислоты), по показаниям выполнялись ЭКГ и другие исследования. После исключения хирургического заболевания все больные консультировались педиатром. Во время первичного осмотра у детей с коксит-синдромом выявлены жалобы на самостоятельные боли в области тазобедренного сустава, усиливающиеся при ходьбе, хромоту или отказ от ходьбы. Отмечено ограничение объема пассивных движений в суставе (преимущественно отведения) из-за боли. При этом у большинства детей (66%) отмечалась субфебрильная температура, у 9 пациентов (8,5%) она достигала фебрильных значений. Из результатов дополнительных методов обследования обращает на

себя внимание. что повышение количества лейкоцитов в периферической крови отмечалось у 13,2% больных. эозинофилия была в 16% случаев, сдвиг формулы влево - в 5,6 %. В ОАМ нами выявлена лейкоцитурия в 14,1 % случаев; микрогематурия в 5,6 %. протеинурия в 4,7 %. кроме того в моче больных обнаружены соли: оксалаты - у 17,9% пациентов, ураты - у 3,7%, фосфаты - у 2,8%.

Исследованные нами показатели СРБ и сиаловых кислот у этих больных не превышали нормальных значений.

В результате проведенного обследования были установлены следующие клинические диагнозы: ОГО шейки бедренной кости (4,4%), подздошный гнойный лимфаденит (0,9%), сакроилеит (0,9%), болезнь Рейтера (0,9%), юношеский ревматоидный артрит (0,9%). У 92% детей выявлен транзиторный синовит на фоне ОРВИ, хронического пиелонефрита, атопического диатеза, нейродермита, хронического энтероколита, глистно-паразитарной инвазии. Дети с соматическими заболеваниями после выписки из хирургического отделения были направлены на консультации к кардиоревматологам, гастроэнтерологам и другим специалистам по профилю заболевания. Обследования и проведение дифференциальной диагностики в хирургическом отделении в среднем занимало 2-е суток.

Коксит-синдром сопровождает течение различных заболеваний, среди которых необходимо дифференцировать хирургические и соматические болезни. К ним относятся: ОГО костей, составляющих тазобедренный сустав; болезнь Пертеса (остеохондропатия головки бедренной кости); туберкулезный коксит; юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости; опухоли костей, составляющих тазобедренный сустав; ревматизм; юношеский ревматоидный артрит, инфекционно-аллергический артрит; болезнь Рейтера; геморрагический васкулит, системная красная волчанка. У подавляющего большинства детей болевой синдром в тазобедренном суставе обусловлен транзиторным синовитом.

Консервативная терапия, включающая покой, введение антибиотиков, десенсибилизирующих, нестероидных противовоспалительных препаратов, была достаточно эффективна у этой группы пациентов, что выражалось в купировании болевого синдрома, восстановлении активных и пассивных движений в тазобедренном суставе, исчезновения хромоты. После выписки из отделения гнойной хирургии эти дети требуют наблюдения и лечения у соответствующих специалистов.