

3. Bachrach, L. K. Clinical review : bisphosphonate use in childhood osteoporosis / L. K. Bachrach, L.M. Ward // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2009. – Vol. 94, № 2. – P. 400-409.

4. Chilbule, S.K. Complication of pamidronate therapy in pediatric osteoporosis / S.K. Chilbule, V. Madhri // J. Child. Orthop. – 2012. – № 6. – P. 37-43.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Протасевич Т. С., Хмеленко А. В.**

УО «Гродненский государственный медицинский
университет»;

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,
г. Гродно, Беларусь

Введение. Острый гематогенный остеомиелит остается одним из самых тяжелых и распространенных заболеваний детского возраста, которое выделяется среди других гнойно-воспалительных процессов тяжестью течения, трудностью ранней диагностики и частотой неблагоприятных исходов и осложнений. По данным Т. П. Краснобаева, 75% случаев острого гематогенного остеомиелита приходится на детский возраст. Остеомиелитом поражаются в основном активные в росте длинные трубчатые кости (более 70%) [1, 2].

Большую роль в процессе развития остеомиелита у детей играют возрастные анатомические особенности строения и кровоснабжения костей: значительно развитая сеть кровеносных сосудов, автономность кровоснабжения эпифиза, метафиза и диафиза, наличие большого количества мелких разветвлений сосудов, идущих радиарно через эпифизарный хрящ к ядру окостенения [3].

Цель исследования – анализ случаев заболевания острым гематогенным остеомиелитом у детей Гродненской области.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни 46 детей с диагнозом «острый гематогенный остеомиелит», находившихся на стационарном лечении в 8-м хирургическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» за период 2012-2014 гг. (форма № 003/у).

Результаты и обсуждение. В 26 случаях диагноз «острый гематогенный остеомиелит» выставлен впервые, 20 пациентов поступили для контрольного обследования после проведённого комплексного лечения. Наиболее часто острый гематогенный остеомиелит встречался в группе детей в возрасте до 1 года – 17 случаев (из них в периоде новорождённости заболевание диагностировано у 7), от 1 до 3 лет – 3 случая, от 7 до 13 лет – 6. По полу отмечалось одинаковое распределение мальчиков и девочек – по 13 детей.

Среди сопутствующих заболеваний из 26 первично госпитализированных детей острый ринофарингит наблюдался у 10 (38,5%), анемия лёгкой степени – у 17 (65,4%), энцефалопатия новорождённого – у 4, неонатальная желтуха – у 3 новорождённых.

Госпитализация в течение первых суток от начала заболевания наблюдалась в 8 случаях, от 2 до 5 суток – в 9. У 4 детей отмечена связь развития острого гематогенного остеомиелита с предшествующей травмой сустава.

По данным акушерского анамнеза матерей (из 7 случаев остеомиелита у новорождённых), лейкоцитоз и повышение температуры тела накануне родов отмечались в 1 случае, правосторонняя пневмония диагностирована у 1 женщины, течение беременности на фоне уреаплазмоза и многоводие выявлены в 1 случае.

На момент поступления в стационар все пациенты предъявляли жалобы на боль и ограничение движений в поражённом суставе. При пальпации была выявлена резко выраженная локальная болезненность и отёк мягких тканей в области поражённой кости и прилегающего сустава. Признаки интоксикации (повышение температуры до фебрильных цифр, вялость, снижение аппетита) наблюдались у 15 детей (57,6%).

В клинической картине наиболее часто наблюдалось поражение плечевой кости – в 9 случаях (34,6%), бедренной кости – в 8 (30,7%), пяточной кости – в 3 (11,5%), большеберцовой кости – в 2 (7,6%), по 1 (3,8%) случаю диагностирован остеомиелит малоберцовой кости, локтевой кости, 1 пальца левой стопы, 4 фаланги левой кисти.

На момент поступления в стационар в общем анализе крови наблюдался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево (средний

уровень лейкоцитов составил $13,1 \pm 6,5 \cdot 10^9/\text{л}$), отмечалось ускорение СОЭ – $21,7 \pm 5,5$ мм/час.

На момент поступления при рентгенологическом исследовании у 14 пациентов патологии выявлено не было, у 12 – отмечен линейный периостит.

Результаты проведенного микробиологического исследования. Посев крови на стерильность – в 6 случаях нет роста микроорганизмов, золотистый стафилококк обнаружен в 1 случае. При посеве раневого отделяемого в 2 случаях микроорганизмы не выделены, *Staphylococcus aureus* – 1, *Enterococcus* spp. – 1 случай, *Streptococcus agalactiae* выявлен у 1 пациента, *Staphylococcus* spp. – 1 случай. При цитологическом исследовании пунктата (n=8) атипичные клетки не обнаружены.

Всем пациентам проводилась комбинированная антибактериальная терапия. Средний курс введения линкомицина составил $8,6 \pm 3,7$ дней, препаратов группы цефалоспоринов (цефтазидим, цефтриаксон, цефотаксим) – $9,6 \pm 4,1$ дней, аминогликозидов (амикацин, гентамицин) – $5,7 \pm 2,7$ дней, ванкомицин – $8,5 \pm 2,2$ дней. Для повышения уровня специфического иммунитета в остром периоде заболевания 8 пациентам вводился антистафилококковый гамма-глобулин. 15 пациентам проводилась инфузионная терапия с дезинтоксикационной целью. Пункция сустава была выполнена в 8 случаях: коленный сустав – 3, голеностопный сустав – 3, плечевой сустав – 2.

Все пациенты прошли полный курс физиотерапевтического лечения: массаж, ЛФК, парафин, электрофорез с димексидом и хлоридом кальция.

Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила $18,3 \pm 5,7$ дней.

При контрольном обследовании на момент поступления пациенты (n=20) жалоб не предъявляли, отмечалось восстановление движений в суставах в полном объеме, безболезненность при пальпации. Только у одного пациента при клиническом осмотре в месте проведения остеоперфорации отмечались рубцы, движения осуществлялись на костылях.

При контрольном рентгенологическом исследовании у 12 детей патологических изменений выявлено не было, в 2 случаях

отмечался остеопороз без деструкции, периостальная реакция – в 4 случаях, признаки хронического остеомиелита – в 1 случае.

Таким образом, наиболее часто (65,4%) острый гематогенный остеомиелит встречался в группе детей в возрасте до 1 года. Среди сопутствующих заболеваний у каждого третьего ребёнка заболевание протекало на фоне острого ринофарингита. В 57,7% случаях течение острого остеомиелита характеризовалось признаками интоксикации, что требовало проведения инфузионной терапии.

Необходимость раннего комплексного лечения гематогенного остеомиелита позволяет предупредить переход острого процесса в хронический. При контрольном обследовании пациентов в период ремиссии положительная динамика и отсутствие рецидива заболевания отмечена в 95% случаев.

Литература:

1. Бордиян С. Г. Заболеваемость, течение и исходы гематогенного остеомиелита у детей // Бюллетень СГМУ. – 2006. – № 1. – С. 35-37.
2. Галкин В. Н., Разин М. П., Скобелев В. А., Саламайкин Н. И. Гематогенный остеомиелит у детей: учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов. – 2-е изд., дополненное. – Киров, 2004. – 37 с.
3. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия – национальное руководство / Ю. Ф. Исаков, А.Ф. Дронов. – 2009. – 1256 с.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ 1-4-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ В ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ РАЦИОН СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СУХОЙ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ «БЕЛЛАКТ ОПТИМУМ 3»

Ровбуць Т. И., Сабалевская Ю. И., Мойсеенок А. Г., Харченко О. Ф., Онегин Е. В., Ануфрик С. С.**, Т. К. Крупская***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»;

*Отдел питания РУП «НПЦ НАН Беларуси по продовольствию»;

**Лаборатория физико-химических методов исследования объектов окружающей среды УО «ГрГУ им. Я. Купалы», г. Гродно, Беларусь

Введение. Демографическая ситуация в Республике Беларусь и современные представления о питании в раннем детском возрасте как факторе, программирующем метаболизм и заболевания в