

УДК 616.71-018.46-002-021.3-036.12-06:616-006.34.04)-053.2

ЛИТОВКА В.К., ЖУРИЛО И.П., ЛАТЫШОВ К.В., СИМОНОВ Е.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Областная детская клиническая больница, г. Донецк

ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, СИМУЛИРОВАВШИЙ САРКОМУ КОСТИ

Резюме. В статье приведено описание первично-хронического остеомиелита, симулировавшего саркому бедренной кости, у ребенка 17 лет. После проведенного комплексного лечения наступило выздоровление.

Ключевые слова: остеогенная саркома, остеомиелит, дети.

В последние десятилетия наблюдается рост частоты подострого и первично-хронического остеомиелита в детском возрасте, а также атипичных форм, порой трудно отличимых от неопластического процесса. По-видимому, «эра антибиотиков» привела к существенному изменению микробной флоры и реактивности организма, в результате чего появились такие формы остеомиелита, в том числе у детей [1–5]. Диагностика данной патологии нередко представляет трудности в связи с маловыраженным клиническим течением и сходством рентгенологической картины с изменениями, наблюдающимися при новообразованиях и дистрофических процессах [1, 4, 5]. Использование спиральной компьютерной томографии (СКТ), магнитно-резонансной томографии, сцинтиграфии не всегда позволяет поставить правильный диагноз, и решающее значение в таких случаях имеет гистологическое исследование [1, 4].

В клинике детской хирургии имени профессора Н.Л. Куша за последние 15 лет мы наблюдали 2 детей с первично-хроническим остеомиелитом, симулировавшим саркому кости. Приводим одно из наших наблюдений.

Больной Ш., 17 лет (история болезни № 4384), поступил в клинику детской хирургии 20.04.2011 с жалобами на припухлость и боли в области левой бедренной кости, лихорадку. Болен с 20.03.2011 года, когда после игры в футбол появились боли в области левого бедра. Лечился у травматолога по месту жительства по поводу предполагаемого ушиба, без особого эффекта. Состояние оставалось удовлетворительным, лихорадки не отмечалось. Через 3,5 недели стала определяться припухлость по передней поверхности левого бедра, появились боли в ночное время. 17.04.2011 г. пациент был госпитализирован в детское хирургическое отделение г. Макеевки. 17.04 была произведена рентгенография левой бедренной кости, заподозрена опухоль кости, первично-хронический остеомиелит (рис. 1). Больной направлен в клинику.

При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Субфебрильно лихорадит. Со стороны легких и сердца — без особенностей. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Место болезни: левое бедро увеличено в объеме (больше правого на 5 см в окружности), в основном в верхней и средней трети. Гиперемии кожи нет, но в глубине определяется флюктуация, имеется незначительный болевой синдром. Локальная температура не повышена.

Заподозрена саркома Юинга, первично-хронический остеомиелит (опухолеподобная форма) с поражением левой бедренной кости. Проведено обследование. Ультразвуковое исследование: вокруг бедренной кости визуализируется овоидной формы опухолевидное жидкостное образование с густым экзогенным содержимым, размерами 22 × 6,9 × 5 см. Эхо-признаки абсцесса бедра. СКТ (рис. 2): в верхнем и среднем отделах левого бедра, преимущественно в переднемедиальных отделах, определяется образование овальной формы, пониженной

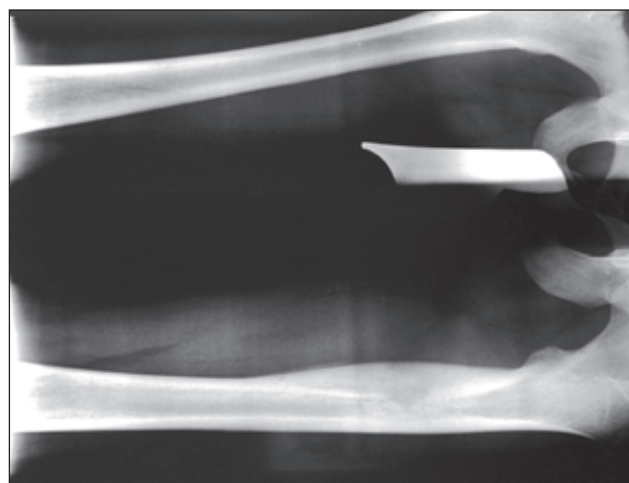


Рисунок 1. Рентгенография бедренных костей пациента Ш. до оперативного лечения



Рисунок 2. СКТ левой бедренной кости

плотности, размерами $15 \times 7,5 \times 6,6$ см, оттесняющее магистральные сосуды и тесно прилегающее к бедренной кости. Бедренная кость утолщена до 3,8 см в верхнем и среднем отделах на протяжении до 13 см, структура несколько неоднородная, с участком пониженной плотности до 1,2 см, наружные контуры достаточно четкие, костный канал неравномерно сужен на этом уровне, максимально до 0,5 см. В легких, брюшной полости и забрюшинном пространстве без патологии. Заключение: новообразование левого бедра. В анализе крови: Hb — 128 г/л, эр. — $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. — $15,9 \times 10^9$ /л, СОЭ — 56 мм/ч, тромбоциты — 264×10^9 /л. Биохимические анализы крови в пределах возрастной нормы.

26.04.2011 произведено оперативное лечение (хирург — к.м.н. В.К. Литовка). Операционное поле обработано по Филончикову. Произведен продольный разрез кожи по передней поверхности левого бедра длиной до 12 см (на уровне средней и верхней трети) в зоне припухлости. Гемостаз. Рассечены поверхностная и широкая фасции, они не изменены. Мышцы обычного цвета и консистенции. Тупо разведены глубокие мышцы, прилегающие к бедренной кости, они отечны, как бы выбухают. При этом выделилось до 160–170 мл жидкого гноя со сгустками фибрина и темной крови. Ревизия пальцем — полость располагается вокруг бедренной кости, размером $11 \times 3,5 \times 2,5$ см. Бедренная кость на границе верхней и средней трети оголена, шероховата. Биопсия остатков надкостницы: она утолщена, инъецирована, с налетом фибрина. Остеотрепанация на участке 3,5–4 мм, лишенном надкостницы. Из костномозгового канала получено скудное количество крови и серозно-гнойное отделяемое. Туалет. Гемостаз. Резиновые выпускники по переднему краю бедра, поставленные в глубь раны (один — сверху, второй — снизу) через две контрапертуры (по медиальной и задней поверхно-

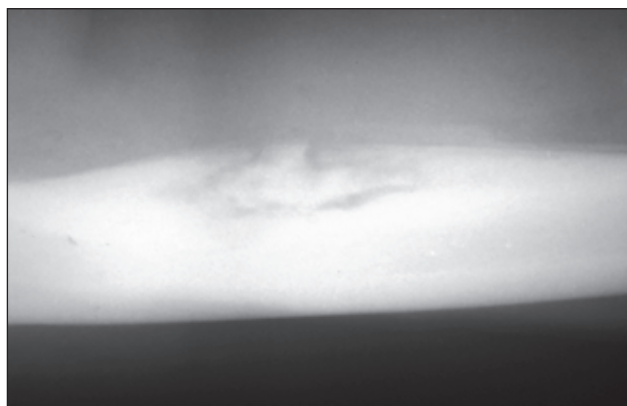


Рисунок 3. Рентгенография левой бедренной кости пациента Ш. после оперативного лечения

сти) длиной 2,5–3 см, поставлены резиново-марлевые турунды к бедренной кости. Раны послойно ушиты до дренажей. Туалет. Асептическая повязка. Имобилизация. Макропрепараты: участок утолщенной надкостницы с нитями фибрина, кусочки кости обычного цвета с гнойным содержимым. Диагноз после операции: первично-хронический остеомиелит левой бедренной кости с формированием субмукулярного абсцесса.

Послеоперационный период протекал гладко. Ребенок получил инфузионную терапию, два курса антибактериальной терапии, общеукрепляющее лечение, лазеротерапию, электрофорез с димексидом. Швы сняты, раны зажили вторичным натяжением. Гистологическое заключение (№ 4117-30): в кусочках костной ткани явления дистрофии и некроза. В участке скелетной мускулатуры очаги выраженного гнойного воспаления. Перед выпиской произведена контрольная рентгенография левой бедренной кости (рис. 3): на границе верхней и средней трети диафиза на протяжении 6 см в медиально-заднем отделе определяется деструкция костной ткани с участками разрушенного периоста. На этом уровне и дистальнее — отслоенный периостит, увеличение кости в объеме. Больной 18.05 выписан на амбулаторное лечение. Пациент осмотрен через 3 месяца. Жалоб нет. Ходит не хромая. Рентгенография левой бедренной кости без патологии. Здоров.

Список литературы

1. Абаев Ю.К., Швед И.А., Клецкий С.К. Подострый и первично-хронический остеомиелит в детском возрасте // *Вестник хирургии*. — 2005. — № 4. — С. 54–57.
2. Грона В.Н., Литовка В.К., Журило И.П., Латышов К.В. Опухоли и опухолеподобные образования у детей. — Донецк: Норд Пресс, 2010. — 364 с.
3. Литовка В.К., Журило И.П. Конденсирующий остеит у детей // *Клінічна хірургія*. — 1992. — № 6. — С. 74–75.
4. Ezra E., Wientroub Sh. Primary subacute haematogenous osteomyelitis: are biopsy and surgery always indicated? // *J. Pediatr. Orthop.* — 1996. — Vol. 16, № 4. — P. 220–223.
5. Rasoof M.N. Primary subacute haematogenous osteomyelitis in children // *J. Boner. Joint. Surg.* — 2001. — Vol. 83, № 1. — P. 93–98.

Получено 29.11.11 □

Літовка В.К., Журило І.П., Латишов К.В., Сімонов Є.В.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Донецьк

ПЕРВИННО-ХРОНІЧНИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ, ЩО СИМУЛЮВАВ САРКОМУ КІСТКИ

Резюме. У статті наведений опис первинно-хронічного остеомієліту, що симулював саркому стегнової кістки, у дитини віком 17 років. Після проведеного комплексного лікування настало одужання.

Ключові слова: остеогенна саркома, остеомієліт, діти.

Litovka V.K., Zhurilo I.P., Latyshov K.V., Simonov Ye.V.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky
Regional Children's Clinical Hospital, Donetsk, Ukraine

PRIMARY CHRONIC OSTEOMYELITIS FEIGNING BONE SARCOMA

Summary. There has been described the case of primary chronic osteomyelitis feigning femoral sarcoma in 17-year-old child. Complete recovery occurred after complex treatment.

Key words: osteogenic sarcoma, osteomyelitis, children.