

УДК616.728.2-002.1-079.4-053.2

С.Г. Бордиян, И.В. Бабикова, Н.Д. Ширяев

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ**Северный государственный медицинский
университет (г. Архангельск)*Ключевые слова: боль в тазобедренном суставе,
остеомиелит, артрит.*

Боль в области тазобедренного сустава — частая жалоба, которая заставляет ребенка и родителей обратиться к врачу [2, 3, 5]. Боль, как правило, локализуется в паховой области, верхней трети бедра, сопровождается хромотой или невозможностью приступить на пораженную конечность, ограничением движений, повышением температуры тела [4, 6]. Клинически порой бывает трудно разграничить urgentные состояния, непосредственно угрожающие жизни больного и требующие неотложного хирургического вмешательства, например острый гематогенный остеомиелит (ОГО) костей, образующих тазобедренный сустав, и менее тяжелые, но требующие назначения соответствующего лечения и наблюдения состояния, например реактивный артрит тазобедренного сустава (РеА ТБС) [1, 2, 5]. Часто первым врачом, осматривающим ребенка, является участковый педиатр, врач службы скорой помощи или врач общей практики, и он прежде всего должен определиться в следующем: может ли больной быть обследован и пролечен амбулаторно или в экстренном порядке госпитализирован в специализированный стационар.

Цель работы — определить основные дифференциально-диагностические признаки ОГО костей и РеА ТБС и усовершенствовать алгоритм ранней диагностики для оптимизации лечения и улучшения исходов заболевания.

Обследовано 30 детей с ОГО костей, формирующих тазобедренный сустав, и 70 детей с РеА ТБС, пролеченных в хирургическом отделении Архангельской областной детской клинической больницы (табл. 1). Все дети поступили в экстренном порядке с подозрением на ОГО. Основными жалобами при поступлении были боли в области тазобедренного сустава, хромота или невозможность нагрузки на пора-

женную конечность. Дети поступили по направлению различных специалистов: наиболее часто — врачей службы скорой помощи (41%) и участковых педиатров (25%), реже больных направляли травматологи (22%) и хирурги поликлиник (12%).

В обеих группах преобладали мальчики: так, среди больных ОГО их было 70,0%, а в группе с РеА ТБС — 60,0%. ОГО проксимального метафиза бедренной кости наблюдался в 23 случаях (76%), поражение таза диагностировано у 7 детей (24%), из них поражение подвздошной кости — у пяти человек, седалищной — у двух. В данное исследование не включены дети с метаэпифизарным остеомиелитом. У всех детей с артритом диагностирован моноартрит, при этом чаще (62% случаев) поражался правый тазобедренный сустав.

При поступлении всем больным проводилась рентгенография тазобедренных суставов и лабораторное исследование: общий анализ крови, определение уровня С-реактивного белка. В план обследования включали эхографию тазобедренного сустава. При исследовании бедренной кости использовалось продольное сканирование, при этом датчик располагался вдоль длинной оси кости. При сканировании тазобедренного сустава проводилось полипозиционное исследование — продольное и поперечное по латеральной и передней поверхностям. При эхографии оценивались следующие анатомические структуры: мягкие ткани (кожа, подкожно-жировая клетчатка, мышцы), суставная капсула (толщина, плотность, целостность), суставные поверхности костей, объем и консистенция суставной жидкости, надкостница (толщина и плотность, субпериостальное скопление жидкости). Одновременно проводилось ультразвуковое исследование симметричного участка противоположной здоровой конечности для сопоставления эхографически выявленных патологических изменений в тканях с аналогичными структурами на здоровой стороне.

Травма области тазобедренного сустава предшествовала развитию заболевания практически у 50% больных с ОГО и у 20% больных с РеА ТБС. Достоверно чаще РеА ТБС возникал на фоне острых респираторных заболеваний в период реконвалесценции или спустя 1–2 недели после выздоровления. В 10% случаев ОГО развился после лечения по поводу гнойных заболеваний мягких тканей, в группе РеА этот фактор не встретился. Вслед за кишечной инфекцией РеА развился у 2,9% больных (рис. 1).

Начало заболевания у больных обеих групп было острым, при ОГО какой-либо зависимости от времени суток не установлено, а у пациентов с РеА ТБС выявлены особенности. Здесь можно выделить 3 формы начала:

1. Утреннее появление клинической картины. Появление клиники заболевания утром было характерно для 50% наблюдений. На боли в области пораженного сустава ребенок начинал жаловаться утром сразу после сна или при попытке встать с кровати и приступить на

Таблица 1
Распределение больных с ОГО костей, формирующих
тазобедренный сустав, и РеА ТБС по возрасту и полу

Возраст, лет	Больные ОГО		Больные РеА	
	абс.	%	абс.	%
1-3	4	13	14	20
3-7	7	23	24	34
7-12	8	26	19	27
старше 12	11	38	13	19

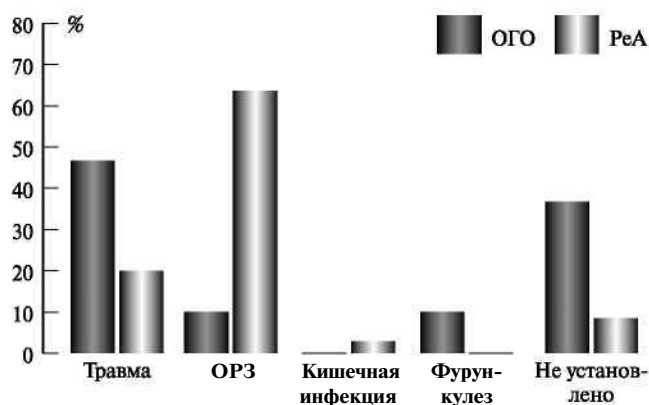


Рис. 1. Факторы, предшествовавшие началу заболевания у детей с ОГО и РеА ТБС.

конечность. Ночью дети спали хорошо, накануне жалоб не предъявляли, самочувствие нарушено не было, активность не снижалась.

2. Вечернее появление клинической картины. При этой форме жалобы на неприятные ощущения, дискомфорт в области сустава появились вечером, а в течение дня больные жалоб не предъявляли. Самочувствие при этом было не нарушено, дети вели себя активно. Ночью они спокойно спали, но утром не могли встать на пораженную конечность из-за выраженного болевого синдрома. Данная форма наблюдалась в 21,5% случаев.

3. Появление клинической картины заболевания, не связанное с определенным временем суток. Этот вариант дебюта зарегистрирован в 28,5% наблюдений.

При анализе болевого синдрома удалось установить ряд характерных особенностей. С высокой степенью достоверности в группе больных ОГО преобладали боли распирающего характера. Ноющие боли достоверно чаще встречались при РеА ТБС. Постоянные боли отмечали все пациенты с ОГО и только 6 больных с РеА ТБС. Ночные боли беспокоили 28 больных (93,0%) с остеомиелитом и 5 человек (7,1%) с РеА ТБС. Болевой синдром усиливался при движении, перемене положения тела одинаково часто в обеих группах больных. Иррадиацию боли отмечали только дети с РеА ТБС (табл. 2).

Отмечены следующие особенности температурной реакции в начале заболевания: нормальная и субфебрильная температура тела была у 87% больных РеА ТБС, температура в пределах 38,1–38,5°C отмечена у 3 пациентов с ОГО и у одного с РеА ТБС. Выше 38,5°C температура поднималась у 27 детей с остеомиелитом и у 1 ребенка с реактивным артритом.

Количество лейкоцитов в пределах нормы зарегистрировано только у больных РеА ТБС, лейкоцитоз различной степени выраженности достоверно чаще встречался при ОГО. Показатель СОЭ в пределах нормы и до 20 мм/час отмечен только в группе больных с РеА ТБС. Повышение СОЭ чаще встречалось при ОГО, причем достоверно чаще этот показатель был здесь выше 40 мм/час. У большинства больных РеА ТБС С-реактивный белок в плазме крови не

Таблица 2
Особенности болевого синдрома у больных ОГО и РеА ТБС

Характеристика болевого синдрома	Больные ОГО		Больные РеА ТБС	
	абс.	%	абс.	%
Распирающие, интенсивные боли	28	93,3	4	5,0
Ноющие боли	2	6,7	66	95,0
Постоянные боли	30	100,0	6	8,5
Ночные боли	28	93,0	5	7,1
Усиление боли при нагрузке	30	100,0	70	100,0
Иррадиация	-	-	20	28,6

Таблица 3
Сравнительная характеристика результатов лабораторного обследования у больных с ОГО и РеА ТБС

Показатель	Больные ОГО		Больные РеА	
	абс.	%	абс.	%
Лейкоцитоз:				
4-8х10 ⁹ /л	—	—	30	43,0
8-10х10 ⁹ /л	—	—	15	21,4
10-12х10 ⁹ /л	1	3,3	13	18,6
12-14х10 ⁹ /л	9	30,0	1	1,4
14-20х10 ⁹ /л	14	46,7	10	14,2
более 20х10 ⁹ /л	6	20,0	1	1,4
СОЭ:				
норма	—	—	40	57,1
до 20 мм/час	—	—	12	17,2
20–40 мм/час	9	30,0	10	14,2
более 40 мм/час	21	70,0	8	11,5
СРБ:				
—	—	—	58	83,0
+	3	10,0	8	11,6
++	7	23,3	2	2,7
+++	20	66,7	2	2,7

определялся. Увеличение его концентрации чаще встречалось у больных ОГО (табл. 3).

При ультразвуковом исследовании в первые двое суток от начала заболевания при ОГО проксимального метафиза бедренной кости (1 наблюдение) выявлены неструктурность и утолщение мягких тканей, прилегающих к пораженной кости. Признаками остеомиелита на 2-3 сутки от начала заболевания (обследовано 5 детей) стали неструктурность, отек мягких тканей и утолщение надкостницы на 0,2–0,3 мм по сравнению со здоровой конечностью, у 3 детей визуализировались поднадкостничные абсцессы. В 1 случае при поступлении в поздние сроки от начала заболевания, кроме этих признаков, определялась межмышечная флегмона. У 3 детей выявлены признаки вторичного воспаления тазобедренного сустава — неструктурность и отек мягких тканей над ТБС, утолщение капсулы и скопление жидкости в полости сустава. Ультразвуковыми признаками остеомиелита костей таза (3 наблюдения) стали утолщение и неструктурность мышц, прилегающих к пораженной кости, у 1 ребенка выявлено

утолщение надкостницы, еще в 1 случае визуализировалось ограниченное скопление жидкости — абсцесс, прилегающий к пораженной кости. Оперативное вмешательство подтвердило данные, полученные при ультразвуковом исследовании. Эхография также проведена 40 детям с РеА ТБС. Выявлялись следующие признаки: утолщение мягких тканей над пораженным суставом, утолщение капсулы сустава, скопление жидкости в полости сустава.

ВЫВОДЫ

1. При болевом синдроме в области тазобедренного сустава невозможно выделить один дифференциально-диагностический критерий, диагноз ставится на основании совокупности признаков, выявленных при комплексном обследовании ребенка.
2. Основными критериями при проведении дифференциальной диагностики при боли в тазобедренном суставе могут служить следующие признаки: факторы, предшествовавшие началу заболевания, характер начала заболевания, особенности болевого синдрома, температурная реакция в начале заболевания, показатели общеклинического исследования крови (количество лейкоцитов, показатель СОЭ, уровень С-реактивного белка) и результаты ультразвукового исследования пораженного сегмента конечности.

Литература

1. Верин В.М. // Первый Белорусский международный конгресс хирургов : тезисы докладов. — Витебск, 1996. — С. 16.
2. Касснер Л.Н., Догадина Н.А., Яшенкова Н.Б. // Актуальные вопросы детской хирургии и педиатрии : сб. научно-практ. тр. — Владивосток, 1998. — С. 181-182.
3. Катько В.А. // Первый Белорусский международный конгресс хирургов : тез. докл. — Витебск, 1996. — С. 46—47.
4. Мазуров В.И., Лула А.М. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. — 2001. — № 1. — С. 48—52.
5. Bridges S.J. // J. Accid. Emerg. Med. — 2000. — Vol. 17, No. 4. — P. 310.
6. DeAngelis N.A., Busconi B.D. // Clin. Orthop. — 2003. — No. 406. — P. 11-18.

Поступила в редакцию 23.05.05.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ACUTE INFLAMMATORY DISEASES OF COX JOINT IN CHILDREN

S.G. Bordian, I.V. Babikova, N.D. Shiryayev

Northern State Medical University (Archangelsk)

Summary — The pain in cox area is a symptom of many pathological conditions. The analysis of 100 cases of osteomyelitis and reactive cox arthritis was done. It is shown, that as the basic criteria at differential diagnostics are the factors previous to disease, specific pain syndrome and temperature reaction, parameters of blood analysis and sonographic results.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 59-61.

УДК 159.922.1:612.6.06]-053.2

Н.А. Кравцова, Ю.А. Кравцов, Ф.Ф. Антоненко

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ У ДЕТЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Ключевые слова: половая дифференцировка, полоролевая идентификация.

Половая дифференциация — это совокупность генетических, физиологических и психологических признаков, на основании которых различаются мужской и женский пол. Она социокультурно обусловлена и является первой и важнейшей личностной категорией, которая усваивается ребенком. Долгие годы в отечественной психологии проблема половой дифференциации не рассматривалась, а в медицине нарушения половой дифференцировки анализировались на анатомо-функциональном уровне, без учета их влияния на психосексуальное развитие ребенка.

Сложный, но очень важный для развития личности процесс полоролевой дифференциации в современном обществе сопряжен с рядом проблем. Многие исследователи обращают внимание на то, что в

последние десятилетия изменился тип половой социализации [1—3, 5, 8]. Если раньше он был маскулинным для мальчиков и фемининным для девочек, то теперь он стал инверсионным. Другими словами, девочки усваивают в большей степени маскулинные роли, а мальчики — фемининные. Кроме того, Д.Н. Исаев, В.Е. Каган и Т.А. Репина указывали на доминирующую феминизацию воспитания [2, 3, 8]. Поэтому для мальчиков процесс полоролевой идентификации связан с некоторыми трудностями. С одной стороны, нет или очень мало мужских образцов для подражания: в процессе воспитания ребенок переходит из одних женских рук в другие: от матери — к воспитательницам в детском саду и учительницам в школе. А значит, усваивается женский образец поведения, мальчик воспитывается как «удобный для обращения» с женской точки зрения и не испытывает чувства престижа своего пола и желания его поддерживать [2, 5, 8]. С другой стороны, мальчики находятся в противоречивых условиях воспитания: маскулиная когнитивная ориентация культуры с эмоциональным предпочтением женского пола. Многие родители, желая ребенка другого пола (например, хотели девочку, а родился мальчик), неосознанно или сознательно нарушают естественный процесс его полоролевой идентификации: покупают игрушки, характерные для ребенка другого пола, поощряют несвойственное его полу поведение или даже одевают детей в одежду