



Диагностика подострых и хронических вариантов течения гематогенного остеомиелита у детей

Н. С. СТРЕЛКОВ, П. О. ШКЛЯЕВ

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск.

УДК 616.71-018.46-002-053.2

Проблема лечения острого гематогенного остеомиелита остается актуальной до настоящего времени. Улучшение результатов лечения возможно при своевременной диагностике и рациональной хирургической тактике в различные периоды заболевания. Однако у 10-30% больных воспалительный процесс в кости переходит в подострую и хроническую стадию (Г. Н. Акжигитов и соавт., 1986; А. Е. Машков, 2000). Продолжающееся воспаление в кости зачастую требует повторных оперативных вмешательств.

Цель исследования — определить основные клинорентгенологические признаки, характеризующие подострый и хронический варианты течения гематогенного остеомиелита.

В РДКБ г. Ижевска с 1998 г. по 2007 г. с подострыми и хроническими вариантами течения гематогенного остеомиелита на лечении находились 275 больных. У всех больных в определении клинорентгенологической картины подострой и хронической стадии проведен анализ жалоб, локального статуса и рентгенологической картины. На основании этих данных были определены показания к оперативному лечению.

Подострая стадия гематогенного остеомиелита, требующая повторного оперативного вмешательства, формируется через 1-2 мес. после острого процесса. В подострую стадию 94 (34,2%) ребенка жалоб при поступлении не предъявляли. Боль в конечности, повышение температуры до субфебрильных цифр беспокоили 92 (33,5%) больных. Отек, гиперемия и инфильтрация в области пораженного сегмента конечности наблюдались у 42 (15,2%) детей. Ограничение движений в суставах отмечалось у 33 (12%) больных. У 8 (2,9%) имелся свищ с серозным отделяемым.

Формирование секвестров чаще наблюдали через 3-5 мес. после острого гематогенного остеомиелита. Среди детей с хроническим остеомиелитом жалобы при поступлении не предъявляли 61 (22,2%) больных. У 29 (47,5%) больных в этой группе был свищ с гнойным или серозно-гнойным отделяемым, боль в конечности беспокоили 16 (26,2%) детей. Повышение температуры тела отмечено у 2 (3,3%) больных, ограничение движений в смежных суставах у 7 (11,5%), отек, гиперемия и инфильтрация на пораженной конечности, помимо наличия свища, наблюдали у 4 (6,5%) детей.

У детей с подострым вариантом течения остеомиелита рентгенологически выявлены признаки деструкции кости — 80 (29%) больных, реакция надкостницы в виде линейного периостита — у 73 (26,5%), остеопороз отмечен у 49 (17,8%) детей. Зона склероза в этой стадии остеомиелита не имела четких границ и была отмечена у 30 (11%) больных. Деформация кости наблюдалась в 18 (6,5%) случаях.

Основным рентгенологическим признаком хронизации процесса при остеомиелите явилось наличие секвестральной полости и секвестров на фоне общего остеосклероза кости, что и наблюдали у 113 (41%) больных. На рентгенограммах также была выявлена остеодеструкция в 22 (8%) случаях и остеопороз в 47 (17%) случаях. Периостальная реакция отмечена у 23 (8,4%) больных. Кроме того, у 15 (5,5%) детей был выявлен патологический перелом, а в 23 (8,4%) случаях — деформация кости.

Таким образом, подострая и хроническая стадии гематогенного остеомиелита характеризуется скудностью клинической картины по сравнению с острой стадией. Основным методом диагностики и определения лечебной тактики является рентгенографическое исследование.

Опыт применения диспергированного аллопланта в эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей

Н. К. СУХИХ, М. П. РАЗИН, С. В. ИГНАТЬЕВ, А. В. СУХОДОЕВ

ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава», г. Киров.

УДК 616-072.1-053.2

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс — часто встречающаяся патология в детской практике. На современном этапе в связи с улучшением диагностики данного заболевания вопросы его лечения становятся все более актуальными.

В детской хирургической клинике Кировской ГМА и ранее использовались методы щадящего лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса. С 2004 года в нашей клинике стала применяться методика эндоскопической коррекции