

5). В анализах мочи низкий удельный вес (1003-1014); почечные пробы в биохимическом анализе крови в пределах нормы; снижение клиренса мочевины и мочевой кислоты, повышен клиренс креатинина.

На глазном дне справа перикапиллярно расположен дистрофический очаг до 1/4 d.

От проведения нейровизуальных методов исследования мать в настоящий момент отказалась.

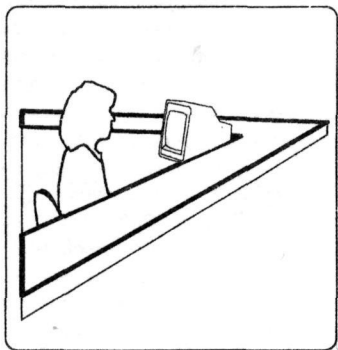
На основании данных анамнеза, клинико-инструментального исследования установлен диагноз: туберозный склероз. Множественные ангиолипомы почек,

парциальное нарушение функции почек. Интеллектуально-мнестическая недостаточность, эмоционально-волевые расстройства. Дистрофия сетчатки. Диспластическая кардиопатия (рабдомиома?). Кифосколиоз грудопоясничного отдела позвоночника 2 ст. Узловой зоб (узел правой доли).

Временной интервал между появлением клинической симптоматики и установлением диагноза — около 10 лет. Данный клинический пример иллюстрирует отсутствие настороженности у врачей-педиатров и неврологов в отношении данного заболевания.

Литература

1. Темин П.А., Казанцева Л.З. Наследственные нарушения нервно-психического развития детей. М.: Медицина, 2001.
2. Шелковский В.И., Студеникин В.М., Маслова О.И. // Вопросы современной педиатрии. 2003. Т. 2, №6. 46-52.
3. Behrman R.E., Kliegman R.M., Jenson H.B. Nelson textbook of pediatrics. 16th ed. Philadelphia-London: W.B. Saunders; 2000.
4. Kwiatkowski D.J. Am J Hum Genet 1993. Vol. 53, P. 1279-1288.



УДК 616.72 - 001/6 : 311.3 (571.620)

С.П. Русин, Б.К. Парфенов, А.П. Кондакова

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КЛЮЧИЧНО-АКРОМИАЛЬНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ (По данным травматологического пункта ККБ №2)

Краевая клиническая больница №2, г. Хабаровск

Ключично-акромиальное сочленение относится к числу малоподвижных суставов — амфиартрозов. Сустав простой. Суставные поверхности плоские, поэтому он относится к плоским суставам, но с резко ограниченным объемом движений. Вследствие этого повреждения в нем встречаются относительно часто. Общую частоту повреждений ключично-акромиального сочленения выяснить в доступной нам литературе не удалось.

О вывихах акромиального конца ключицы данных больше. Их частота ва-

рьирует от 3-5 до 26% [1, 3] от всех вывихов, и они занимают третье место после травматических вывихов плеча и предплечья [2].

По нашим данным, общее число повреждений связочного аппарата суставов и вывихи составили в 2004 г. 18,3% от общего числа обратившихся за медицинской помощью в травматологический пункт, а повреждения ключично-акромиального сочленения (и частичные повреждения, и подвывихи, и вывихи) — 1,7% от всех повреждений связок и вывихов.

В 2004 г. на лечении в травматологическом пункте ККБ №2 находилось 98 чел. с повреждениями ключично-акромиального сочленения различной степени.

Тяжесть травмы определялась по Тосси:

- типу Тосси 1 соответствует частичное повреждение связок;
- типу Тосси 2 соответствует разрыв акромиально-ключичной связки при интактной клювовидно-ключичной;

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Всего
До 18	4	2	6
19-25	23	3	26
26-40	28	9	37
41-60	15	4	19
Старше 60	8	2	10
Итого	78	20	98

Таблица 2

Срок внешней фиксации при различных видах повреждений

Срок фиксации	Частичное повреждение	Подвывих ключицы	Вывих ключицы	Всего
До 1 нед.	17	-	1 (отказ)	18
2 нед.	26	1 (самостоят.)	-	27
3 нед.	6	5	8	19
1 мес.	.	10	6	16
Более 1 мес.	-	16	2	18
Итого	49	32	17	98

— при повреждении сустава типа Тосси 3 разорваны все связки, связывающие ключицу, акромиальный и клювовидный отростки лопатки.

Среди пострадавших мужчин было 79,6%, лиц трудоспособного возраста — 83,7%.

При изучении амбулаторных карт обратило на себя внимание значительное преобладание повреждения правого (59 случаев — 60,2%) сочленения над левым (39 случаев — 39,8%). Изучая причину получения данного повреждения, мы установили, что оно вызвано падением на вытянутую руку у 21 пострадавшего, падением на плечо, то есть в результате

прямого насилия — у 66 (67,3%) чел. Большинство пациентов за медицинской помощью обратились в первые сутки — 63 чел., до 2 сут — 12 чел., позднее 2 сут — 6, позднее 3 сут — 17 чел. Замечено, что чем тяжелее повреждение, а также, если больной трудится на производстве, тем раньше он обращается за медицинской помощью. Подавляющему большинству пострадавших (72,4%) в целях уточнения диагноза проводилось рентгенологическое исследование, при котором было выявлено:

— отсутствие изменений	22 чел.;
— подвывих ключицы	32 чел.;
— вывих ключицы	17 чел.

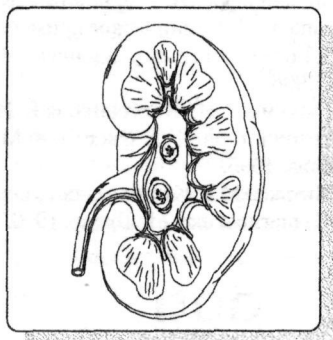
Лечение больных проводилось созданием иммобилизации либо мягкой, либо гипсовой повязкой Дезо, закрытой репозицией или оперативно. Консервативно лечилось 83 пациента, оперировано 15 чел. Срок внешней фиксации зависел от степени сочленения.

Л и т е р а т у р а

1. Свердлов Ю.М. Травматические вывихи и их лечение. М.: Медицина, 1978.

2. Юмашев Г.С. Травматология-ортопедия. М.: Медицина, 1983.

3. Бабич Б.К. Травматические вывихи и переломы. Киев: Здоровья, 1968.



УДК 616.61 - 003,4:616.61 - 008.64 - 036.11 - 08

А.И. Чайка, А.В. Байбаков, Я.Н. Похиль

СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ МУЛЬТИЛОКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ПОЧЕК

Дальневосточный государственный медицинский университет;
поликлиника медико-санитарной части УВД Хабаровского края,
г. Хабаровск

Мультилокулярная киста (МК) — диспластический порок развития ограниченного участка почки. В одном из полюсов, чаще в нижнем, образуется многокамерная тонкостенная полость, состоящая из массы мелких кист, не сообщающихся между собой из-за наличия соединительно-тканых перегородок, которые не имеют почечной паренхимы и выстланы кубическим эпителием [1].

Кисты заполнены серозной или кровянистой жидкостью, хорошо отграничены от окружающей паренхимы почек и не сообщаются с чашечно-лоханочной системой, таким образом, пораженная почка может хорошо функционировать. МК долгое время протекает бессимптомно.

Дифференциальная диагностика кистозных образований почек, особенно с нагноением или кровоизлиянием (осложненных), с гематомами, абсцессами почек, а также диагностика жидкостных образований с неоднородным содержимым и мягкоткаными компонен-

тами представляет определенные сложности.

Первичное ультразвуковое исследование позволяет выявить кистозное образование почек, его локализацию, отношение к почечному синусу. Экскреторная урография выявляет изменения, характерные для объемных образований почек: оттеснение чашечек и их деформацию, удлинение шеек чашечек, деформацию лоханки, но все эти изменения не патогномичны для кистозных образований.

При определении жидкостных образований в паренхиме почки с неоднородным содержимым, неровными, нечеткими контурами, перегородками дальнейшим этапом является компьютерная томография (КТ). Возможность не только изучать исследуемый объект, но и проводить прямой денситометрический анализ с измерением в единицах Хаунсфилда (НУ) является существенным преимуществом КТ.

Коэффициенты ослабления большинства мягких тканей, паренхиматоз-

ных органов, лимфатических узлов и кровеносных сосудов находятся в пределах +20...+70 НУ. Жировая ткань — более низкой плотности (- 30...- 120 НУ), жидкостей - 0...+20НУ [3].

Магниторезонансная томография (МРТ) — более информативный метод при обследовании больных с жидкостными образованиями паренхимы почек, обладает более высокой контрастной разрешающей способностью при исследовании паренхиматозных органов и рекомендуется при неэффективности КТ, УЗИ [2].

К существенным недостаткам метода относится значительная продолжительность исследования и связанные с этим проявления клаустрофобии у некоторых пациентов, а также большая, в сравнении с КТ, стоимость исследований, особенно при введении контрастных препаратов. Во всех случаях при сохранении сомнений в отношении доброкачественности жидкостного образования необходимо прибегать к открытым оперативным пособиям.