

больных с септикопиемической формой ОГО длинных трубчатых костей, находившихся в отделении гнойной хирургии. В сроки до 3 суток от начала заболевания поступило 2 больных, на 4-7 сутки – 9 больных, 8-10 сутки – 7 больных, более 10 суток – 5 больных. У 12 - отмечено поражение большеберцовой кости, у 3 - бедренной, у 4 - плечевой. В 4-х случаях было одновременное поражение 2-х и более костей. Методом светооптической микроскопии изучено 62 гистологических препарата.

Исследования показали, что в патоморфологической картине содержимого костномозгового канала больных, поступивших в ранние сроки (до 3 суток), выявлена воспалительная клеточная инфильтрация костномозговой ткани. В последующие сроки наблюдения (4-7 сутки) в препаратах доминировали распавшиеся клеточные элементы, выявлялись фибрин, детрит и очаги некроза костного мозга. В более поздние сроки от начала заболевания (8-10 сутки и позже) патоморфологическая картина гнойного очага представлена обширными участками гнойного расплавления костного мозга с обилием фибрина, некротических масс, грануляционной ткани и разрастанием соединительнотканых элементов в пораженных фрагментах. При исследовании биоптатов, прилежащих к плотной кости, выявлены сохранившиеся фрагменты кроветворного костного мозга с клетками эритроидного и миелоидного ряда и многочисленные группы митозов.

Таким образом, септикопиемическая форма ОГО характеризуется тяжелыми патоморфологическими изменениями в костномозговой ткани поражённой кости. Эти изменения более выражены у пациентов с длительными сроками от начала заболевания, что существенно затрудняет санацию патологического очага и требует более активной хирургической тактики. Характерно, что во все изученные сроки развития заболевания сохраняются участки жизнеспособного костного мозга с клетками гемо- и миелопоэза, которые в последующем, учитывая высокие пролиферативные свойства костномозговой ткани детского организма, являются основой его морфо-функционального восстановления.

## **ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОГОУЗЛОВОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ**

**К.С. Куликова**

**Саратовский государственный медицинский университет,  
Саратов, Российская Федерация**

Проведен ретроспективный анализ диагностики, хирургического лечения и его результатов у 70 детей с многоузловым зобом (МУЗ) в период с 1990 по 2005гг.

Пациентам было проведено комплексное ультразвуковое исследование и тонкоигольная аспирационная биопсия узлов. Все дети были прооперированы. Использованы экстракапсулярные вмешательства с визуализацией п. гессигенс. Абсолютными показаниями к тиреоидэктомии считали двустороннее поражение опухолью и конгломератный зоб. Оценка результатов оперативного лечения проведена путем катамнеза пациентов в срок до 10 лет.

Больные условно разделены на две группы – с многоузловым поражением одной и двух анатомических долей (АД). МУЗ составил 25,1% от всех больных, оперированных по поводу тиреоидной патологии. При анализе гистоморфологической структуры каждого узла было выявлено, что МУЗ был представлен коллоидным пролиферирующим зобом (КПЗ) (50%), опухолями ЩЖ (ОЩЖ) (20,4%) и сочетанными поражениями (СП) (29%). КПЗ в обеих группах был представлен равнозначно, выявлено достоверно частое поражение обеих долей ЩЖ ОЩЖ (33,3% против 7,5%) и локализация СП в одной доле (32,2% против 23,3%). При анализе структуры СП в обеих группах превалировала комбинация - КПЗ и папиллярный рак (ПР) (76,3%). При сравнительном анализе операционных характеристик клинического осмотра, ультразвукового исследования (УЗИ), цветного доплеровского картирования (ЦДК), селективной флоуметрии и тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) было выявлено, что наиболее целесообразным при МУЗ являлось применение УЗИ как метода визуализации, ЦДК – как метода косвенной диагностики ПР и ТАБ - как основного метода дооперационной морфологической диагностики. При поражении одной АД преимущественно выполнялись гемитиреоидэктомии (35/40). Ранние послеоперационные осложнения отмечены в 12,5% (парез п. гессигенс – 1, транзитный гипопаратиреоз – 2). При поражении обеих АД выполнены субтотальные резекции (19/30) и тиреоидэктомии (11/30). Послеоперационные осложнения отмечены в 36% наблюдений (парез п. гессигенс – 4, транзитный гипопаратиреоз – 7). В группе с поражением одной АД частота рецидивов составила 12,5%, при поражении обеих АД - 23%. Предложен алгоритм выбора хирургической тактики при МУЗ, согласно которому органосохраняющие резекции могли быть признаны адекватными при КПЗ и СП с T1 стадией ОЩЖ при локализации узлов в одной АД. Применение органосохраняющих резекций при мультифокусном раке и СП с T2-3 стадией ОЩЖ при любой локализации узлов определяли максимальный риск рецидива опухоли. При двусторонней локализации КПЗ и СП с T1 стадией ОЩЖ риск рецидива составил до 70%.

В результате проведенного исследования предложен алгоритм выбора хирургической тактики при МУЗ у детей при его различных морфологических формах.

## **ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЁМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ**

**А.Ф. Бахтиярова, А.К. Закиров**

**Казанский государственный медицинский университет,  
Казань, Российская Федерация**

Цель работы – анализ лечения новорождённых с онкологическими заболеваниями (опухоли различной этиологии) в отделении хирургии новорожденных. На базе ДРКБ МЗ РТ с 2003 по 2008 год было пролечено 3 ребёнка с лимфангиомами, 3 ребёнка - с опухолями забрюшинного пространства, 4 детей - с опухолями мягких тканей и 6 детей - с крестцовокопчиковыми тератомами. Всего было прооперировано 16 детей с онкологическими заболе-