

**А.В. Крупко**

Нижегородская государственная медицинская академия

Практическим врачам часто приходится сталкиваться с объемными образованиями полости грудной клетки и средостения. Как правило, таких пациентов рано или поздно направляют на прием к онкологу. С этого момента начинается сложный, а самое главное ответственный этап – этап постановления клинического диагноза, с полной его дифференциацией от других мимикрирующих онкопатологию заболеваний. В процентном соотношении, по данным многих авторов, опухоли средостения занимают от 1 до 4% всех существующих новообразований, причем доброкачественные встречаются чаще злокачественных. Различные объемные образования средостения требуют различного подхода к лечению.

В структуре злокачественных опухолей у детей преобладают поражения внутригрудных лимфоузлов. Доля поражений при болезни Ходжкина составляет 75%, на втором месте по частоте встречаемости – поражение внутригрудных лимфоузлов при неходжкинских лимфомах.

Обязательным условием верификации является морфологическое исследование материала. Методы, которыми мы можем получить необходимый материал, известны: это торакотомия, которая, несомненно, позволяет нам найти искомое и взять достаточное количество на исследование. Но по своей сущности она является тяжелой операцией, с длительным послеоперационным периодом, что отодвигает начало лечения и крайне неблагоприятно отражается на состоянии больного и отдаленных результатах. После торакотомий не исключен спаечный процесс, что в последующем может помешать радикальности лечения. Другой метод исследования – тонкоигольная биопсия. Этот метод, безусловно, относится к малоинвазивным, чем и пред-

почтительней перед торакотомией. Но осуществляется он без прямой визуальной поддержки и дает возможность получить материал для достоверного диагноза примерно в 70-80% случаев. Третий метод, который мы считаем наиболее предпочтительным, – это торакоскопия.

С 2004 года в нашей клинике начато проведение торакоскопии у детей с онкопатологией. За данный период выполнено 15 торакоскопических операций 14 детям. Мальчиков – 6, девочек – 8. Детей до 7 лет – 2, 7 – 14 лет – 6, старше 14 лет – 6 (средний возраст – 13 лет). В 5 случаях выполнены диагностические торакоскопии, при этом выявлены медиастинальная липома, сосудистая опухоль, очаговое поражение легкого. В 2 случаях из-за выраженного спаечного процесса диагноз не был установлен, так как ему предшествовала торакотомия. В 7 случаях выполнялась торакоскопия с биопсией опухолей, были поставлены диагнозы: 4 – болезнь Ходжкина, 1 – саркоидоз Бека, 1 – злокачественная мезотелиома плевры, 1 – туберкулез. В 3 случаях выполнены торакоскопические операции – 2 – удаление бронхогенных кист, 1 – удаление субплевральных метастазов остеогенной саркомы. Осложнений при проведении всех операций не отмечалось.

Таким образом, внимательно изучая все методики морфологической верификации опухолей грудной полости и средостения, мы пришли к выводу, что торакоскопия является наиболее обоснованным методом. Она позволяет поставить своевременный диагноз, незамедлительно начать лечение; также возможно выполнение радикальных удалений небольших онкологических образований без вскрытия грудной клетки, что сокращает сроки стационарного лечения и улучшает качество жизни.

## ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

**Р.А. Моторина, В.В. Лескин**

Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

За период с 1992 по 2006 год нами накоплен большой опыт лечения детей с различными формами хронического остеомиелита. В зависимости от причины выделяли следующие виды хронического остеомиелита: 1) хронический гематогенный, 2) посттравматический, 3) контактный на фоне трофических нарушений.

К больным применяли дифференцированный подход в лечении хронического остеомиелита. Выбор метода лечения зависел от этиологии, формы заболевания и наличия сопутствующей патологии. Ранняя ортопедическая коррекция проводилась через 1,5–2 месяца после ликвидации острого процесса. В зависимости от применяемых методов лечения выделяли следующие группы больных.

1. Хронический гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей с большими костными дефектами и формированием ложного сустава.

2. Хронический гематогенный остеомиелит с обширными дефектами кожи.

Подобный вариант процесса возможен при локализации процесса в большеберцовой кости (например, в нижней трети). Первый этап лечения включает в себя некрэктомию и дренирование раны по Микуличу. Дном раны обычно является кость. Рану заполняют тампонами, смоченными раствором антибиотика. Второй этап выполняют через 10 дней. После удаления тампонов из раны на слой грануляций пересаживают полнослойный кожный лоскут.

3. Хронический посттравматический остеомиелит с потерей костного вещества.

4. Хронический посттравматический остеомиелит с дефектом кожи и мягких тканей.

При посттравматическом остеомиелите с наличием обширных скальпированных ран выполняли кожную пластику расщепленным кожным лоскутом. При посттравматическом остеомиелите, сочетающемся с наличием обширных глубоких ран, потребовалась фиксация костных отломков в аппарате Илизарова с последующей кожной пластикой и пересадкой полнослойного кожного лоскута.

5. Хронический контактный остеомиелит в результате глубоких трофических нарушений.

У данных больных с трофическими нарушениями

(амниотическая перетяжка, спинномозговая грыжа) формируются глубокие язвы, дном которых является кость. Консервативное лечение обычно неэффективно. Требуется санация раны и дренирование двухпросветным выпускником. В послеоперационном периоде проводится длительный лаваж раны раствором антибиотика. В ряде случаев показана пластика полнослойным кожным лоскутом на питающей ножке.

Таким образом, применение дифференцированного подхода при лечении детей с хроническим остеомиелитом позволяет улучшить результаты лечения и снизить количество повторных оперативных вмешательств.

## ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

**К.М. Мыкыев, Т.О. Омурбеков, К.А. Адамалиев, Б.И. Эсенбаев**

Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек

Частота закрытых повреждений почек, по данным многих авторов, составляет до 4% всех повреждений у детей. В большинстве случаев общее состояние остается удовлетворительным, но летальность при повреждениях почек наблюдается от 6 до 12%.

Нами проанализированы данные закрытых повреждений почек у 56 детей, находившихся на лечении в отделении патологии почек в 2000–2006 годах в ГДКБ СМП г. Бишкека. Детей в возрасте до 5 лет было 9 (16,11%), от 6 до 10 лет – 21 (37,5%), от 11 и старше – 26 (46,4%). Мальчиков – 41 (73,2%), девочек – 15 (26,8%).

Причиной закрытых повреждений были дорожно-транспортные происшествия – 12 (21,4%), случайное падение с лестничных перил – 19 (33,9%), тупая травма, удары – 22 (39,3%), падение с высоты – 3 (5,3%). Сочетанные повреждения наблюдались у 17 (30,3%) детей, из них черепно-мозговая травма – у 10 (17,8%), разрыв печени – у 2 (3,6%), гематома брыжейки тонкого кишечника и разрыв селезенки – у 5 (8,9%). По характеру закрытых повреждений почек выделялись ушиб почки – у 32 (57,1%), подкапсульная гематома – у 11 (19,6%), разрыв почки – у 13 (23,2%) больных.

Жалобы детей с повреждениями почек: боли в соответствующей половине поясничной области и живота – у 45 (80,3%) и боли по всему животу – у 11 (19,7%). У 39 (69,9%) детей отмечено изменение цвета мочи, т. е. макрогематурия; у 17 (30,4%) – цвет мочи макроскопически без изменений и выявлены признаки гематурии при исследовании общего анализа мочи.

Наша тактика при поступлении заключалась в УЗИ почек и мочевыводящих путей, а также внутрибрюшных органов, подключении гемостатических препаратов и строгом постельном режиме. При УЗИ почек и мочевыводящих путей в динамике у 13 (23,2%) больных отмечено нарастание размера гематомы, жидкость в околопочечном пространстве неоднородного характера, что подтверждено при экстренной урографии и послужило к показанию экстренного оперативного лечения. Сроки оперативного лечения: до 6 часов – у 7, до 24 часов – у 3 и до 48 часов – также у 3 больных.

Произведены лапаротомия в 7 (53,8%) и люмботомия в 6 (46,2%) случаях. Показанием к лапаротомии послужило подозрение в повреждении печени, внутренних органов и обширная урогематома забрюшинной области.

Во время операции обнаружены: повреждение почки в виде разрыва полюсов без повреждения чашечно-лоханочной системы – у 3 больных, разможжение почечной паренхимы с повреждением почечно-лоханочной системы различной степени – у 9 больных. В 1 случае обнаружен разрыв гидронефротической почки с обширной урогематомой.

Произведены операции: нефрэктомия – 8 (61,5%) больным, удаление оторвавшегося полюса почки – 3 (23,1%), 1 (7,7%) больному удалось сохранить почку путем ушивания, в 1 (7,7%) случае – нефростомия и ушивание разрыва почечной паренхимы гидронефротической почкой. При обосновании нефрэктомии мы отдавали предпочтение сохранности почечно-лоханочной системы.

## ГРАНУЛЯРНЫЙ ЦИСТИТ С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (НДМП)

**В.М. Никонов, Ю.Е. Зайцев, И.В. Алешин, В.Р. Кишкин, Д.А. Федоров, Т.В. Трубина**

Омская государственная медицинская академия

Расстройствами мочеиспускания страдает 10–14% от общего числа детского населения. Большинство детей с дисфункцией нижних мочевых путей в анамнезе перенесли инфекцию мочевыводящих путей. Гранулярный цистит составляет 10% от общего количества диагностированных циститов и сочетается

с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП). Характеризуется нерезкой выраженной застойной гиперемией, выраженными экссудативно-пролиферативными изменениями и обильными гранулярными высыпаниями в области слизистой оболочки мочевого пузыря.