



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

данной патологии с помощью диспергированного аллопланта. За этот период всего было прооперировано 63 ребенка от 2 до 16 лет, $M = 8,3$, из них 14 — эндоскопически. Используемый нами диспергированный аллоплант ТУ 42-2-537-2002 был изготовлен ФГУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (450075, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Р. Зорге, 67/1), ГОСТ Р 50444-92, на основании протоколов испытаний № 905/37.2 от 16.06.2006 г. ИЦ МИ АНО «ВНИИИМТ». Аллоплант изготовлен из аллогенных тканей, прошедших физико-химическую обработку и подвергнутых радиационной стерилизации, обладает низкой антигенностью и выраженной стимуляцией регенерации, что обеспечивает селективный рост тканей реципиента и предотвращает рубцевание в зоне трансплантации.

За указанный выше период 14 детям с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (86% из них составляли девочки, ранее неоднократно лечившиеся по поводу хронического цистита), была выполнена эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса II-III степени. С этой целью при выполнении цистоскопии под устье пораженного мочеточника (односторонний процесс) вводилось 1-2 мл разведенного порошкообразного диспергированного алло-

трансплантата. Интересно, что вторичный хронический obstructивный пиелонефрит с сохранной функцией почек документировано осложнял течение основной патологии в 79% случаев. В качестве уропатогенов были выделены (в порядке уменьшения частотной значимости) различные штаммы стафилококков, кишечная палочка, энтерококк, синегнойная палочка, протей, серрация.

Во всех случаях были прослежены отдаленные результаты эндоскопической коррекции рефлюкса (1-2 года после вмешательства). В одном случае отсутствие положительной динамики течения заболевания обосновало целесообразность повторной эндоскопической коррекции рефлюкса. В двух случаях усугубление клинико-лабораторных характеристик и степени пузырно-мочеточникового рефлюкса потребовало проведения открытой антирефлюксной операции по Коэну.

Таким образом, наш первый опыт применения диспергированного аллопланта для эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей представляется перспективным направлением научно-практических изысканий. Эффективность данного метода (79-86%) свидетельствует в пользу целесообразности его использования во внушительном арсенале лечебных методик у больных данной категории.

Распространенность инфицирования микобактерией туберкулеза детей с гастритом, ассоциированным с *helicobacter pylori*

С. С. ТИТОВА, Д. В. ПЕЧКУРОВ

ГОУ ВПО «Самарский ГМУ Росздрава», г. Самара.

УДК 616-002.5-053.2

Хронические воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта являются наиболее частой патологией, встречающейся как у взрослых, так и у детей. Распространенность заболеваний органов пищеварения возросла за последние 3 года со 100 до 140 на 1000 детского населения. Наиболее частой проблемой в детской амбулаторной практике является синдром диспепсии (СД) — полиэтиологическое поражение верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ). Одно из ведущих мест в структуре причин СД отводится инфекции *Helicobacter pylori*.

Эта проблема актуальна для нашей страны: в дошкольном возрасте инфицированы примерно 30-35% детей, а в школьном возрасте — до 75% детей. Чаще всего дети инфицируются в период адаптации к организованным коллективам — в 5-7 лет. Второй пик инфицирования приходится на возраст 13-15 лет, когда социальная активность детей также увеличивается.

За последнее десятилетие в России произошел рост эпидемиологических показателей по туберкулезу, детская заболеваемость туберкулезом возросла с 7,4 до 18,6 на 100 тыс. детского населения. Основным методом ранней диагностики туберкулеза является туберкулинодиагностика — проведение кожной пробы Манту с туберкулином в стандартном разведении 2ТЕ.

Увеличивается количество групп риска по инфицированию и заболеванию туберкулезом, что является неблагоприят-

ным прогностическим фактором в отношении дальнейшего роста туберкулеза. Развитие туберкулезной инфекции наиболее часто приходится на возраст 3-5 лет у детей и 13-16 лет у подростков.

Заболевания желудочно-кишечного тракта относятся к группе риска по туберкулезу. В доступной литературе не найдено данных о возможном влиянии и распространенности *H. pylori* у детей, инфицированных микобактериями туберкулеза, и наоборот.

Цель. Изучить инфицированность микобактериями туберкулеза и туберкулиновую чувствительность у детей с хеликобактерным гастритом.

Дизайн исследования. Обследовано 200 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет, с хроническим гастритом, в стадии обострения. Всем пациентам проводилось стандартное гастроэнтерологическое обследование. *H. pylori* выявлялся методом иммуноферментного анализа крови (ИФА) и при биопсии слизистой оболочки желудка с дальнейшим морфологическим исследованием биоптата. У 109 детей (54,5%) был выявлен *H. pylori*, группу сравнения составил 91 ребенок (45,5%), у которых хеликобактер не обнаружен. Оценивалась выраженность воспалительной реакции и степень обсемененности слизистой хеликобактером. Изучалась динамика туберкулиновой чувствительности по пробе Манту с 2ТЕ. Выявлялась особенность инфицирования микобактериями туберкулеза (МБТ) детей с *H. pylori*-ассоциированным гастри-