

## КОМПЬЮТЕРНАЯ ФИСТУЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

**К.С. Ормантаев, А.О. Момынкулов, А.Р. Ким, А.И. Кан, В.Г. Турускин**  
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, ДГКБ №1,  
Алматы, Республика Казахстан

Поздняя диагностика гематогенного остеомиелита нередко приводит к тяжелым и труднообратимым некробиотическим процессам в кости, к переходу заболевания в хронические формы, к тяжелой и стойкой инвалидизации больных, перенесших острый гематогенный остеомиелит. Актуальным, на наш взгляд, остается вопрос диагностики и хирургического лечения хронического остеомиелита в период формирования секвестральной «коробки» и гнойных свищей в пораженной кости. Правильный выбор метода диагностики позволяет определить адекватный, приемлемый вид и объем хирургического вмешательства и тактику лечения в целом.

На базе ДГКБ №1 г. Алматы нами внедрен метод компьютерной фистулографии в диагностике хронического остеомиелита. Исследования проводили на компьютерном томографе Somatom Balance фирмы Siemens (Германия), с матрицей 256 256 элементов. Применялись стандартные режимы исследования и реконструкция в 3D костном режиме. Предварительно больным через свищевой ход в очаге поражения кости вводили контрастное вещество «Омнипак 300» (около 4-6 мл). Толщина среза и шаг томографа 2 мм, время получения томограмм 5 сек. Для измерения плотности костного мозга использовалась шкала Hounsfield. На томограммах визуализируются свищевой ход, его направление (отношение к другим анатомическим структурам), толщина, форма, истинные размеры и расположение секвестральной «коробки», характер содержимого, секвестры. Полученные результаты позволяют адекватно оценить характер и размеры поражения анатомических структур кости, определить объем, вид оперативного вмешательства или консервативного лечения, решить вопрос дальнейшей тактики и прогноза заболевания в целом.

Таким образом, анализ даже небольшого числа наблюдений показал, что метод компьютерной фистулографии в диагностике хронического остеомиелита высокоинформативен и в настоящее время доступен для любого звена практического здравоохранения.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**А.К. Ормантаев, К.Э. Хаиров, К.Д. Стыбаев, Г.С. Нигай, Д.Г. Лаптев**  
Казахский национальный медицинский университет,  
Научный центр педиатрии и детской хирургии, ДГКБ №1,  
Алматы, Республика Казахстан

Пищеводно-желудочные кровотечения у детей с внепеченочной портальной гипертензией ВПГ являются наиболее грозным осложнением при данной патологии, иногда заканчивающиеся летальным исходом.

Целью исследования является анализ различных методов лечения пищеводно-желудочных кровотечений при ВПГ у детей.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 34 больных с ВПГ, которые поступили в стационар в 2000-2008 г. в возрасте от 9 месяцев до 12 лет. При эндоскопическом исследовании выявлено варикозное расширение вен пищевода различной степени выраженности (А.Шавров, 1993 г.). В 14 случаях пищеводно-желудочное кровотечение купировано консервативными методами. У 8 больных проведено паллиативное вмешательство (операция выбора – гастротомия по Пациора). В 12 случаях проведено радикальное оперативное вмешательство – выполнение различных видов портосистемного шунтирования.

Результаты. Все больные поступили в стационар в первые 6-8 часов от начала кровотечения. Как правило, начиналась консервативная терапия, направленная на остановку кровотечения, которая включала в себя гемостатическую, антибактериальную, синдромальную терапию, очистительные клизмы. Консервативная терапия имела успех у 14 больных. 20 больных были подвергнуты оперативному вмешательству. Оперативное вмешательство начиналось со срединноверхней лапаротомии, ангиографического исследования портальной системы. В связи с недостаточным диаметром венозных сосудов выполнено паллиативное вмешательство – гастротомия по Пациора с нашим дополнением – введение в подслизистый слой около венозных стволов йодолипол для гидростатического сдавления у 8 больных. Как правило, это были дети младшей возрастной группы – от 9 месяцев до полутора лет. В 12 случаях выполнено радикальное оперативное вмешательство – портокавальное шунтирование – мезентерикокавальный анастомоз «бок в бок» (у 5 больных), спленоренальный анастомоз «бок в бок» (4 случая) и в 3-х случаях мезентерикавальный анастомоз с аутовставкой. При катамнестическом обследовании у детей после паллиативного вмешательства рецидив кровотечения отмечался в среднем через 2-2,5 года. Все эти дети были оперированы повторно с выполнением портокавального шунтирования. Детям, которым пищеводно-желудочное кровотечение было купировано консервативно, в сроки 9 месяцев – 1,5 года после кровотечения осуществлено портосистемное шунтирование. Из 12 больных, которым был выполнен первичный портокавальный анастомоз, у двоих через 2-2,5 месяца отмечалось спонтанное пищеводно-желудочное кровотечение, которое купировалось самостоятельно.

Таким образом, проведенный анализ показал, что операцией выбора при пищеводно-желудочных кровотечениях у детей с внепеченочной портальной гипертензией является портокавальное шунтирование с хорошими результатами в отдаленном периоде.

Данные операции должны проводиться подготовленной бригадой хирургов в специализированных отделениях.