

ществ и медиаторов воспалительной реакции. Лейкоциты в частности нейтрофилы в развитии воспалительного процесса, играют роль микрофагов, являясь первой линией обороны. Именно поэтому любая нозологическая форма, в основе которого лежит воспалительная реакция, сопровождается лейкоцитозом. Однако качественные сдвиги лейкоцитарной формулы могут нести в себе более достоверную специфическую информацию. В основе патогенезе острого гематогенного остеомиелита лежит образование гнойного очага, который при достижении критических параметров, приводит к развитию интоксикационного синдрома всего организма. Поэтому больным острым гематогенным остеомиелитом костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) с целью оценки тяжести состояния и проведения дифференциальной диагностики с другими воспалительными заболеваниями тазобедренного сустава, в частности с реактивным кокситом (РК), мы исследовали ЭИ.

Степень ЭИ определяли по показателю токсичности крови (ПТК), и лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ). Так, в норме ПТК составляет в среднем  $28,0 \pm 0,5$  ед. Во всех клинических группах при поступлении выявлено повышение показателей ЭИ, по сравнению с нормой. У детей с РК данный показатель составил  $37,9 \pm 1,74$  ед. Наиболее высокий уровень токсичности крови был зарегистрирован в группе ОГО КТС –  $61,22 \pm 1,13$  ед, что свидетельствует о запущенности процесса. Такие же различия показателей отмечены и при оценке параметров ЛИИ. Во всех нозологических формах ЛИИ было выше значения здоровых детей. Так, если в норме ЛИИ составляет  $1,09 \pm 0,04$  ед., то в группе больных с ОГО наивысший показатель был, и он составил  $2,68 \pm 0,65$  ед. В группе детей с РК, ЛИИ составил  $1,77 \pm 0,29$  ед.

Следовательно, больные с ОГО КТС характеризуются более высокой степенью ЭИ, по сравнению с РК. Приведенные данные позволяют заключить, что при всей простоте определения исследуемые показатели являются ценными и достоверными параметрами для проведения дифференциальной диагностики у детей, обращающихся в медицинские учреждения с жалобами на острую боль в области тазобедренного сустава. Изложенное выше позволяет использовать указанные параметры в качестве объективных критериев диагностики, дифференциальной диагностики, а также оценки тяжести патологического процесса и выбора рациональной тактики оперативного и медикаментозного лечения.

### **ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ**

*А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, Ж.А. Шамсиев,  
Э.С. Данияров, У.Т. Суванкулов, Р.Х. Исрофилов*

Самаркандский ф-л ДХ РСНПМЦ педиатрии  
г. Самарканд, Узбекистан

Острые хирургические заболевания яичек, объединенные общим термином «синдром отечной мошонки»

являются одной из распространенных патологий детской уроандрологии.

В отделении урологии Самаркандского филиала детской хирургии Республиканского НПМЦ педиатрии за период с 2001 по 2010 гг. было пролечено 266 мальчика с синдромом отечной мошонки в возрасте от 1 года до 15 лет. Больных в возрасте от 1 года до 3 лет было – 11%, 3-6 лет – 13,5%, 7-15 лет – 75,5%. Всем больным наряду с общеклиническими исследованиями при поступлении было произведено УЗИ мошонки. У 1,9% больных с клиникой острого неспецифического орхидэпидидимита болезненность и отек были невыраженными, а при УЗИ выпот был незначительным, эти дети получили консервативное лечение. Во всех остальных случаях (98%) мы придерживались активной хирургической тактики. Оперативный доступ осуществлялся через мошоночный разрез. Перекрут и некроз гидатиды был обнаружен у 67,3% больных, чаще данная патология отмечалась у детей в возрасте 7-15 лет (84,4%). С неспецифическим гнойным орхидэпидидимитом было прооперировано 13,5% больных, среди них также преобладали дети старшей возрастной группы (72,2%). Перекрут яичка выявлен у 12,8% детей, большинство из них так же было в возрасте 7-15 лет (58,8%). Посттравматическая гематома мошонки обнаружена у 2,6%, травма яичка с разрывом оболочки – у 1,5% детей.

У больных с перекрутом и некрозом гидатиды производилась гидатидэктомия. При обнаружении мутного выпота полость мошонки дренировалась на 24 часа. При остром гнойном неспецифическом орхидэпидидимите операция заключалась в санации и дренировании полости мошонки, обязательно проводили блокаду семенного канатика р-ром новокаина с антибиотиком. Больным с перекрутом яичка после устранения заворота, яичко согревалось теплым раствором изотонического раствора хлорида натрия, в семенной канатик вводился 0,25% р-р новокаина. У 6 детей в возрасте до 3-х лет перекрут яичка происходил вместе с его оболочками. Для предупреждения рецидива после деторсии яичко фиксировалось к слоям мошонки. В 2-х случаях при перекруте яичка на  $360^\circ$  с давностью заболевания более 24 часов яичко было некротизировано, что послужило показанием к орхидэктомии. Больным с разрывом яичка производилось его ушивание. В случаях, когда имелась гематома, последняя эвакуировалась.

В послеоперационном периоде консервативное лечение включало десенсебилизирующую и витаминотерапию, антибиотикотерапию назначали по показаниям. Всем больным после выписки из стационара назначался курс физиотерапии (УВЧ), а также было рекомендовано контрольное ультразвуковое исследование через 1 месяц.

Таким образом, при острых хирургических заболеваниях яичка целесообразно придерживаться активной хирургической тактики.