

Таким образом, течение аппендикулярного перитонита у детей до 3-х лет имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать как на этапе диагностики, так и при выборе методов оперативной ликвидации гнойного очага, послеоперационной комплексной терапии:

1. отграниченные формы встречаются одинаково часто, как и разлитые – 40,7 %, этому способствуют анатомические варианты расположения червеобразного отростка и назначение антибиотиков;
2. диагностика аппендицита у детей раннего возраста затруднена, что обуславливает большое количество диагностических ошибок – 48,1 %;
3. вследствие поздней операции количество внутрибрюшных осложнений почти в 2 раза превышает таковые у детей старшей возрастной группы.

РОЛЬ ХИРУРГА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Лобанов Ю.Я., Нагорный Е.А., Черненко Л.Ю., Вибе А.Б.

Уральская государственная медицинская академия,
Детская городская клиническая больница №9

В практике детской хирургии туберкулезное поражение костей и суставов встречается редко, сложны вопросы дооперационной дифференциальной диагностики, определения оптимальных тактических решений у каждого ребенка даже при коллегиальном решении вопроса совместно с физиотерапевтами.

Целью настоящей работы явился анализ результатов до - и послеоперационной диагностики и оперативной санации патологического костного очага.

Материалы и методы. В отделении гнойной хирургии находились на лечении в 2001-2004 годах 22 ребенка в возрасте от 9 месяцев до 3 лет с туберкулезным поражением костей. Подавляющее большинство пациентов - 87,5% детей - были направлены к детским хирургам с подозрением на острый гематогенный остеомиелит.

Сбор эпидемиологического анамнеза не выявлял в большинстве случаев контакта с больным туберкулезом. Девочки в 3 раза реже болеют этим специфическим процессом, их количество составило 37,5% случаев. Излюбленной локализацией микобактерий является эпиметафизарная зона трубчатых костей.

В наших наблюдениях патологический очаг специфической деструкции наиболее часто определялся в большеберцовой кости – 37,5%, бедренной – 31,2%, лучевой кости –

18,8%, плечевой – 6,3%, в грудине – 6,2%. У одного ребенка было обнаружено множественное поражение костей – плечевая, бедренная и большеберцовая кости.

На начальных этапах развития болезни клиническая картина туберкулёзного поражения костей довольно скудная: ребенок падает конечность, возникают хромота, ограничение движений. Температура обычно на нормальных цифрах, изредка субфебрилитет, незначительно страдает общее состояние. Через 1-1,5 месяца отмечается появление в проекции костного очага воспалительных изменений окружающих тканей в виде мягко-эластичного опухолевидного образования без четких границ, малоболезненного, кожа над ним с микроциркуляторными нарушениями в виде мраморного рисунка.

При рентгенографии зоны интереса определяется характерный очаг специфической деструкции костной ткани с довольно четкой границей в эпиметафизе кости, что и позволяло обосновать клинический диагноз. При необходимости выполнялась компьютерная томография соответствующих костных сегментов.

Результаты. Наличие деструктивной полости кости требует хирургической санации. После предоперационного обследования и подготовки в плановом порядке всем детям выполнена операция секвестрэктомии очага туберкулёзного остита с кратковременным дренированием полости. В послеоперационном периоде исключали нагрузку на пораженную кость, проводили этиотропную терапию под наблюдением фтизиатров. Ближайшие и отдаленные результаты показали отсутствие осложнений и наличие медленной репарации костной ткани.

Ведущей методикой верификации специфического воспаления в костной ткани явилось морфологическое исследование: наличие эпителиоидных клеток, лимфоцитов, ЭК-гранулем, гигантских клеток типа Лангханса, фокусы некроза, что свидетельствует о продуктивно-некротическом туберкулезе кости в активной фазе.

По нашему мнению, увеличение за последние годы количества туберкулёзного остита у детей младшей возрастной группы (до 3 лет) необходимо рассматривать как осложнение БЦЖ – вакцинации.

Таким образом, основными дифференциально-диагностическими критериями обоснования клинического диагноза туберкулёзного остита являются типичная картина лучевой визуализации и морфологическая верификация специфического процесса. Последняя возможна только при заборе материала оперативным путем во время полноценной санации очага туберкулёзной деструкции, что позволяет констатировать ведущую роль хирурга и патоморфолога в установлении диагноза туберкулёзного остита у детей младшей возрастной группы.