

воспалением – у 33 (8,0 %) случаев. У 7 (1,7 %) пациентов диагностирован пищевод Барретта, плоскоклеточные папилломы – у 6 (1,5 %), у 3 (0,72 %) диагностирована подслизистая эрозивная лейомиома. Малигнизацию при исследовании биоптатов полипов диагностирована у 22 (5,3 %) пациентов, из них высокодифференцированную аденокарциному – у 13 (3,14 %), недифференцированный рак – у 9 (2,17 %) пациентов. Для обследования и дальнейшего лечения все пациенты направлены на консультацию к онкологу. У 94,6 % пациентов имело место доброкачественное течение полипов, в плановом порядке всем пациентам выполнена эндоскопическая полипэктомия и рекомендовано плановое наблюдение у гастроэнтеролога.

Выводы.

1. Отмечена высокая диагностическая и терапевтическая ценность полипэктомии, малотравматичность хирургической операции, обеспечивающая короткие сроки пребывания пациентов в стационаре, раннее восстановление трудоспособности и низкая частота (5 %) рецидива заболевания и неоплазии полипов.

2. Установлено, что наиболее часто у исследуемых пациентов диагностировали гиперпластические полипы, развивающиеся на фоне хронического гастрита или гастрита с обсеменением *H. bacter pylori*.

3. При диагностированной малигнизации полипов – оперативное лечение и наблюдение у онколога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Coddard, A F, Badreldin R, Pritchard DM, et al. The management of gastric polyps. British Society of Gastroenterology. 2010; 59 (9): P. 1270–1276.

2. Фокин, Ю. Н. Полипы желудка как предрак: опыт лечебно динамической тактики в многопрофильном стационаре / Ю. Н. Фокин, Б. Л. Шкловский, В. С. Татарин [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2019 – т. 340, №7. – С.36–44.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТЕОМИЕЛИТА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И РАННЯЯ ЕГО ДИАГНОСТИКА

Семенюк С-М. С., Павлючук А. Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Актуальность работы подтверждена заболеваемостью остеомиелитом, которая составляет 0,3-0,75 % на 1000 детского населения [1]. Также наличием проблемы своевременной диагностики остеомиелита, частота которого составляет 48,4-54,5 % [2].

Цель. Установление информативности ряда диагностических методик, проведение сравнительного анализа их возможностей применимо к ранним проявлениям остеомиелита, определение наличия алгоритма диагностических мероприятий для раннего выявления патологического процесса.

Методы исследования. Рентгенография. Данный метод позволяет выявить ранние изменения в параоссальных мягких тканях, увеличение мягких тканей в объеме, нечеткий контур мышц, прилегающих к тканям и границы, отделяющие их от подкожно-жировой клетчатки. Эти признаки можно обнаружить на рентгене на 7-10-е сутки после начала заболевания. Позже, с помощью этого метода возможно выявление периостальных наслоений. Не ранее, чем через месяц после начала развития заболевания, есть вероятность возникновения остеонекроза и его выявления соответственно. Изучив данные, изменения на рентгенографии выявлялись только у детей с бактериологически подтвержденным остеомиелитом.

Рентгеновская компьютерная томография. Информативный метод для оценки состояния суставных поверхностей, а также околоуставных мягких тканей, наличие секвестров, состояние костного мозга. Метод является информативным для просматривания свищевых ходов, отека мягких тканей и деструкции кости. РКТ позволяет совершать контроль над диагностической или лечебной остеоперфорацией. РКТ – это метод выбора для исследования тех областей, имеющих сложное анатомическое строение, что характерно для позвоночника и костей таза.

МРТ. Магнитно-резонансная томография позволяет оценить суставные поверхности, околоуставные мягкие ткани, кроме того метод позволяет выявить грануляционную ткань [4]. В этом МРТ значительно превосходит возможности УЗИ. Есть вероятность получения ложноположительных результатов при опухолевых поражениях, переломах, ушибах, ряде прочих костномозговых поражений, сопровождающихся отеком костного мозга.

Радионуклидная диагностика. Метод, позволяющий оценить весь скелет пациента, для дальнейшего проведения РКТ и РГ тех областей, в которых выявлено усиленное накопление радиофармпрепарата. Это является очень важным при невозможности выявления точной локализации очага поражения, особенно часто такие случаи возникают с детьми первых месяцев жизни.

УЗИ. Метод позволяет оценить на начальных стадиях болезни состояние костей, а также параоссальных мягких тканей. В динамике УЗИ позволяет оценить характер изменений костной ткани во время терапии и позволяет определить наличие выпота в полости сустава, дать количественную и качественную его оценку [5].

Результаты и их обсуждение. На ранних стадиях остеомиелита наиболее доступным, быстрым и простым методом является УЗИ. Его преимуществом является отсутствие лучевой нагрузки и выявление заболевания в первые 2-3 дня от его начала. Он является информативным на стадии, когда еще не выявлены деструктивные изменения тканей. УЗИ не требует полной неподвижности пациента, что является большим преимуществом при

исследовании детского организма. Однако данный метод не позволяет рассмотреть процессы, которые происходят у пациента в ходе его заболевания на молекулярном уровне, таким образом охарактеризовать степень тяжести воспалительного процесса невозможно в полной мере.

МРТ – второй по значимости метод. Он не обладает лучевой нагрузкой, а также значительно превосходит возможности УЗИ. Имеет более высокую чувствительность, чем РГ и РКТ, позволяет провести диагностику заболевания на всех стадиях его развития. Однако, в ряде случаев, этот метод недоступен для пациентов, так как он требует наличия специального оборудования, он непрост в исполнении, а также стоит учитывать его стоимость.

Рентгенография также эффективна в первые стадии развития заболевания. Установление диагноза на основании лишь этого метода не всегда возможно, так как в детском организме многие структуры по своему строению все еще хрящевые и рентгенонегативные.

РКТ, в отличие от рентгенографии, более информативна при поражении параоссальных и параартикулярных мягких тканей у детей раннего возраста.

Радионуклидная диагностика – важный метод для диагностики и оценки состояния всего скелета пациента. Ключевой его недостаток – возрастные ограничения, так как во время этого исследования облучению подвергаются зоны роста костей и красный костный мозг, в детском возрасте в этих структурах происходит активное деление клеток.

Выводы. Поиск эффективных методов ранней диагностики остается актуальным, так как ни один из рассмотренных не дает полной картины тяжести течения патологического процесса. Создание алгоритма диагностики, учитывающего возможности различных методов визуализации, а также фаз патологического процесса, позволит уменьшить количество диагностических ошибок, что окажет влияние на положительную динамику лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Danielian, O. A., Janakova O. M., Zaslavskaya A. M. The main tasks of clinical and instrumental methods of research in patients with the consequences of hematogenic osteomyelitis. Materials of Vseros. Scientifically – a practical conference. – 1996. – P. 212–213.
2. Shamsiev ZhA, Boizhigitov NI, Zainiev SS. Ehtiopatogeneticheskie faktory vzniknoveniya ostrogo gematogenogo ehpfizarnogo osteomielita u detei mladshogo vozrasta (obzor literatury). Proceedings of the intercollegiate scientific congress. – Vol. 1. 2020 May 14. – P. 93–100.
3. Florin T, Ludwig St, editors. Netter's Pediatrics. Philadelphia: Saunders.-2011. – P. 519–533.
4. Pineda C, Espinosa R. Pena A, et al. Radiographic imaging in osteomyelitis: the role of plain radiography, computed tomography, ultrasonography, magnetic resonance imaging. and scintigraphy. Semin Plast Surg. – 2009. – P. 80–89.
5. Agarwal, A, Aggarwal, A. N. Bone and Joint Infections in Children: Acute Hematogenous Osteomyelitis. IndianJPediatr. – 2015. – P. 817–824.