

ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

Глуткин А. В., Гричик Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №1 с курсом детской хирургии

Научный руководитель – д.м.н. В.И. Ковальчук

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) у детей – одно из самых распространённых тяжёлых гнойно-воспалительных заболеваний. Мальчики болеют в 2—3 раза чаще, чем девочки.

Цель работы: Исследование клинического течения и анализ результатов лечения острого гематогенного остеомиелита у детей.

Материал и метод. Исследованы истории болезни 58 детей с ОГО, лечившихся в областной детской клинической больнице г. Гродно за период 2004 – 2006 гг. Мальчиков было 36 (62%), девочек - 22 (38%). Все больные были разделены на 2 группы по возрасту. Группу до трех лет составили 20 (34,5%) детей. Группу старше трех лет – 38 (65,5%). Наряду с клиническим обследованием больного, всем детям выполнялось рентгенографическое исследование костей, при необходимости диагностическая пункция костей и суставов с цитологическим исследованием.

Результаты клинических исследований:

Длительность заболевания до поступления у всех детей была разная - от нескольких часов до нескольких суток. В первой группе в тяжелом состоянии находилось 8 (40%) больных, в среднетяжелом – 10 (50%) и удовлетворительном состоянии было 2 (10%). Во второй группе в тяжелом состоянии было 10 (26,3%) больных, в среднетяжелом состоянии – 16 (42,1%) и в удовлетворительном состоянии – 12 (31,6%). У детей в младшей группе длительность температурной реакции до суток наблюдалось у 4 (20%) больных, от 1 до 2 суток – 2 (10%) больных и свыше трех суток – 4 (20%) больных. Температурная реакция отсутствовала у 10 (50%) больных. В старшей возрастной

группе с длительностью температурной реакции до суток было 6 (15,8%) больных, от 1 до 2 суток – 8 (21%) больных, свыше трех суток - 8 (21%) больных. Без температурной реакции – 16 (42,1%) больных.

С местно-очаговой формой ОГО было 54 (91,3%) больных, с септической формой – 4 (8,7%) больных. По локализации наиболее часто встречался остеомиелит бедренной кости - 16 (27,6%) случаев. Остеомиелит большеберцовой кости был у 12 (20,7%) больных. Остеомиелит малоберцовой кости – 4 (6,9%) больных. Поражение костей стопы наблюдалось у 9 (15,5%) больных. Остеомиелит плечевой кости - 8 (13,8%). Поражение локтевой кости наблюдалось у 2 (3,45%) больных, лучевой – 2 (3,45%). Фаланги пальцев были поражены у 5 (8,6%) больных.

Детям проводилось консервативное и оперативное лечение. В младшей возрастной группе консервативно лечилось 6 (30 %) больных, оперативно лечилось 14 (70%) больных. Методы оперативного лечения в младшей возрастной группе: пункция у 10 (50%) больных, вскрытие флегмоны - 3 (15%) больных и вскрытие инфильтрата 1 (5%). В старшей возрастной группе консервативно лечилось 16 (42,1 %) больных, оперативно - 22 (57,9%) больных. Методы оперативного лечения в старшей возрастной группе: пункция у 8 (21%) больных, вскрытие флегмоны - 3 (7,9%) больных и вскрытие инфильтрата – 1 (2,6%), остеоперфорация - 7 (18,4%) больных, секвестрэктомия при остеомиелите ногтевых фаланг была у 3 (7,9%) больных.

В результате проведенного лечения 8 (40%) детей из младшей группы полностью излечились от заболевания, 12 (60%) – выписаны в состоянии улучшения. В старшей возрастной группе с выздоровлением выписано 15 (39,5%) детей, с улучшением – 24 (60,5%).

Осложнением ОГО были свищ нижней трети правой голени у 1 (1,8%) больного; патологический перелом верхней трети левой плечевой кости у 1 (1,8%) больного, патологический вывих левого бедра был у 1 (1,8%) ребенка. Перехода в хроническую форму не

наблюдалось.

Выводы:

1. Тяжесть заболевания и длительность лечения ОГО зависят от сроков начала заболевания и стадии течения.

2. Выбор метода лечения ОГО у детей зависит от стадии воспалительного процесса. В младшей возрастной группе проводилось преимущественно консервативное лечение.

3. Осложнения ОГО наблюдались у детей с длительным сроком заболевания.

НЕКОТОРЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОТХОЖДЕНИЯ АРТЕРИИ ГОЛЕН

Гнядо Е. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научные руководители – к.м.н., ст. преподаватель Я.Е.Смолко;

к.м.н., ст. преподаватель Ж.А.Шавель

Целью данной работы является изучение уровня деления подколенной артерии на конечные ветви (переднюю и заднюю большеберцовые артерии), а также место отхождения малоберцовой артерии.

Работа выполнена на 15 ангиограммах артерии нижней конечности, которые были сделаны в кабинете ангиографии и эндоваскулярной хирургии УОЗ Гродненская областная клиническая больница.

В анатомической литературе сказано, что подколенная артерия, проходя по задней поверхности подколенной мышцы, подходит под край камбаловидной мышцы и делится на конечные ветви. Согласно нашим данным, это место находится на 6-7см ниже верхнего края межмышечкового возвышения.

Нами изучались уровень деления подколенной артерии, угол между передней и задней большеберцовыми артериями, уровень