

4. Щеплягина, Л.А. Пособие "Остеопения у детей (диагностика, профилактика и коррекция)" / Л.А. Щеплягина, Т.Ю. Моисеева, М.В. Коваленко, И.В. Круглова, Е.Н. Арсеньева, М.И. Баканов, И.К. Волков // Пособие для врачей, Москва 2005.
5. Johnell O, Hertzman P (2006). Какие фактические данные существуют в отношении профилактики остеопороза и скрининга с целью выявления этого заболевания? Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья; <http://www.euro.who.int/Document/e88668R.pdf>, по состоянию на [01.05.2015]).

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕКРУТОМ ЯИЧКА

**Хоха В.М., Кончаковский В.В., Козел А.Н.,
Шестаковский Л.А., Суворова Ю.А.**

Мозырская городская больница, Мозырь

Введение. Перекрут яичка является одним из самых тяжелых заболеваний органов мошонки у детей. Наибольшая частота заболевания приходится на возраст до 3-х лет, и в возрасте от 10–15 лет. В патогенезе заболевания лежит механическая артериальная ишемия, а потому главное в лечении перекрута – хирургическое его устранение и фиксация яичка с использованием оптимальных методов данного вмешательства.

Материал и методы исследования. В период с 2009 г. по 2014 г. в детском хирургическом отделении было пролечено 10 детей с данной патологией, в возрасте до 2 лет – 4 ребенка, с 11 до 14 лет – 6 детей. Из них 6 детей поступило в сроки до 6 часов от начала заболевания, 2 детей до 12 ч., 1 ребенок до 24 ч., 1 ребенок спустя 3 суток от начала заболевания. Из анамнеза: дети старшей возрастной группы отмечали острое появление боли в соответствующей половине мошонки, у 5 из них заболеванию предшествовала физическая нагрузка. У детей до 2-х лет, помимо местных симптомов заболевания, родители отмечали общее беспокойство ребенка, незначительное повышение температуры, у 2-х детей была рвота. При первичном осмотре почти у всех отмечалось гиперемия кожи мошонки, увеличение мошонки в размерах со стороны пораженного яичка, при пальпации – резкая болезненность, увеличение яичка и семенного канатика в размерах, яичко было подтянуто к наружному паховому кольцу. У 2-х детей в возрасте до 2-х лет перекрут произошел на фоне крипторхизма, паховой ретенции. Всем детям при поступлении было выполнено УЗИ органов мошонки с применением ЦДК. Во всех случаях было зарегистрировано уменьшение или полное исчезновение кровотока, чередование гипо- и гиперэхогенных участков паренхимы, отечность придатков и небольшого

объема гидроцеле. У одного ребенка, поступившего спустя 3-е суток от начала заболевания, на УЗИ определялись участки некроза с кровоизлияниями в паренхиму. Диф. диагностика проводилась с острым орхитом, эпидидимитом, перекрутом гидатиды яичка и его придатка, аллергическим отеком мошонки, травматическим повреждением органов мошонки. За это время нам встретился случай внутриутробного перекрута яичка. Заболевание было диагностировано в первые сутки, на операции яичко по всем признакам было признано нежизнеспособным, выполнена орхидэктомия.

Результаты и их обсуждение. При постановке диагноза перекрут яичка необходима ревизия органов мошонки. Тем не менее, в двух случаях, нами была успешно применена методика ручной деторсии яичка. Таким детям в динамике выполнялось УЗИ с доплерографией сосудов мошонки. Всем остальным поступившим детям операция была выполнена не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар. Цель операции: устранение перекрута, оценка жизнеспособности яичка, декомпрессия яичка и фиксация к окружающим тканям. При этом в младшей возрастной группе нам чаще всего встретился экстравагинальный перекрут яичка, в старшей группе экстра- и интравагинальная форма перекрута встречалась с одинаковой частотой. У детей до 2-х лет использовался паховый доступ, в старшей возрастной группе доступ через мошонку. На операции при явных признаках жизнеспособности яичко фиксируется к tunica dartos мошонки и с целью контроля на следующий день выполнялось УЗИ мошонки с ЦДК. В сомнительных случаях (3 ребенка) яичко во время операции согревалось теплыми салфетками с физ. раствором, осуществлялась блокада семенного канатика 0,25% р-р новокаина 10–20 мл и если ч/з 20 мин. жизнеспособность оставалась сомнительной (яичко темного цвета, отсутствие пульсации сосудов белочной оболочки), производился надрез белочной оболочки яичка. В случае появлявшегося кровотечения, белочная оболочка ушивалась, яичко фиксировалось к окружающим тканям. На следующий день проводилась ревизионная операция, яички были признаны жизнеспособным и орхидэктомия не производилась. У 1 ребенка во время первой операции было обнаружено некротизированное яичко, при надрезе белочной оболочки паренхима не кровоточила и при рассечении влагалищной оболочки яичка выделилось в небольшом объеме гнойное содержимое, что явилось показанием к орхидэктомии. Некроз яичка подтвержден гистологически. В послеоперационном периоде все дети получали обезболивание, антибиотики, инфузионную терапию, дезагреганты, сосудистые препараты, ПМП на область мошонки.

Выводы:

1. Применение УЗИ органов мошонки с доплерографией является обязательным исследованием при синдроме «острой мошонки» у детей.
2. Установление диагноза перекрута яичка является показанием к экстренному оперативному лечению.

3. Только своевременная постановка диагноза и ранее оперативное вмешательство позволяют резко снизить число неудовлетворительных исходов лечения перекрута яичка и предупредить развитие осложнений.

Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – 1997. – С. 288
2. Пугачев А.Г. Детская урология. – 2009.
3. Юдин Я.Б., Окулов А.Б., Зуев Ю.Е. Острые заболевания органов мошонки у детей. – 1987. – С.50 – 80

ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Хоха Р.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. Гипермобильность суставов (ГМС) – состояние, при котором большинство суставов имеет диапазон движений больший, чем обычный для данного пола, возраста и национальности [1]. Распространенность ГМС в популяции среди обследованных детей и подростков достигает 6,7-39,6% (11). Максимальная подвижность суставов определяется у 50% детей в возрасте 3 лет, в возрасте 2–12 лет ГМС наблюдается с частотой 27,3–35,5%, 13–15 лет – 18,2%.

Цель исследования – оценить частоту встречаемости и степень выраженности ГМС у детей.

Материал и методы исследования. Обследование проводили на базе педиатрического отделения УЗ «ГОДКБ». Проведено обследование 106 детей. Возраст обследованных 4–17 лет. Всем детям проведен осмотр, определение ГМС по шкале Бейтона. Оценка степени ГМС проведена по бальной системе: I степень (легкая) – 1–3 балла, II степень (умеренная) – 4–6 баллов, III степень (выраженная) – 7–9 баллов. ГМС I степени считается физиологической, ее можно найти у здоровых, ГМС II и III степени встречается при патологии. Из всех обследованных детей с бронхиальной астмой (БА) было 23, с аллергодерматозами (АД) 15, аллергическим ринитом (АР) 28, хроническим гастродуоденитом (ХГД) 42. Диагноз БА, АР, АД, ХГД выставлен по общепринятым критериям.

Индекс массы тела (ИМТ) Кетле определяли по формуле $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{длина тела (м}^2\text{)}$.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием пакета программ STATISTICA 6.0.

Для полученных значений относительных частот рассчитывали границы 95% доверительных интервалов (ДИ). Статистическую значимость различия частот определяли сравнением их ДИ: если ДИ не пересекались, то различия частот считались статистически значимыми.