

сохранена. В просвете сосудов мелкого и крупного калибра прослеживались рыхлые тромбы, дезинтеграция соединительной ткани (рис. 9, см. на вклейке). К 7-м суткам зубец гребня, в который производилась инъекция препарата, отёчен, напряжён, синюшно-багрового цвета. На верхушке и в области введения препарата определялись участки некроза. Микроскопически на 7-е сутки наблюдалось нарастание отёка всех слоев. В сосудах разного калибра определялись тромбы, происходило их уплотнение (рис. 10, см. на вклейке). К 14-м суткам выявлялся тотальный некроз зубца, в который вводился этоксисклерол 10 мг/мл (рис. 11, см. на вклейке).

Выводы

После введения 70% этилового спирта в куриный гребень с 1-х суток выявлялся тромбоз крупных и мелких сосудов с развитием некроза всех тканей зубца к 14-м суткам исследования.

Введение в гребень этоксисклерола 5 мг/мл приводит к умеренно выраженным изменениям в соединительной ткани, частичному тромбозу мелких сосудов. В динамике наблюдалось нарастание уплотнения всех слоёв гребня без развития некроза и образования грубого рубца.

Увеличение дозы этоксисклерола до 10 мг/мл сопровождается некрозом и грубыми морфологическими изменениями по аналогии с введением 70% этанола.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5, 9 см. REFERENCES)

1. Шафранов В.В., Буторина А.В. Лечение гемангиом у детей. *Врач.* 1996; 9: 17–8.
2. Исаков Ю.Ф., Разумовский А.Ю. *Детская хирургия: учебник*. М.: ГЕОТАР-Медиа; 2015.
3. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. *Детская хирургия*. т. 3. СПб.: ООО «Раритет-М»; 1999.
4. Шафранов В.В., Буторина А.В. Спонтанный регресс гемангиом у детей. *Врач.* 1997; 4: 16–21.

6. Гуткин Д.В., Лагунова З.В., Панчешникова Э.С., Потекаев Н.Н., Ткаченко С.Б. Гемангиомы: этиология и патогенез. *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология*. 2004; 32: 20–3.
7. Буторина А.В., Поляев Ю.А. Новые технологии в лечении гемангиом кожи у детей. *Детская больница*. 2001; 1: 44–8.
8. Рогинский В.В., Надточий А.Г., Григорьян А.С., Соколов Ю.Ю., Солдатский Ю.Л., Ковязин В.А. Образования из кровеносных сосудов челюстно-лицевой области и шеи у детей - новый взгляд. *Стomatология*. 2011; 90(4): 71–6.
10. Нурмеев И.Н., Мироллобов Л.М., Нурмеева А.Р., Нурмеев Н.Н., Умаров Н.А. Программа консервативного лечения гемангиом у детей. *Детская хирургия*. 2014; 18(3): 39–43.
11. Окунева А.И., Окунев Н.А., Власов А.П., Герасименко А.В., Маркосян С.А., Мадонина Ю.Б. Местное воздействие на ткани препарата Кеналог® на экспериментальной модели сосудистой опухоли. *Детская хирургия*. 2013; 1: 44–8.

REFERENCES

1. Shafranov V.V., Butorin A.V. Treatment of hemangiomas in children. *Vrach.* 1996; (9): 17–8. (in Russian)
2. Isakov Yu.F., Razumovsky A.Yu. *Pediatric surgery: textbook*. (Detskaya khirurgiya: uchebnik). Moscow: GEOTAR-Media; 2015. (in Russian)
3. Ashkraft K.U., Holder T.M. *Pediatric surgery*. vol. 3. St. Petersburg: «Raritet-M»; 1999. (in Russian)
4. Shafranov V.V., Butorin V.A. Spontaneous regression of hemangiomas in children. *Vrach.* 1997; (4): 16–21. (in Russian)
5. Jacobs A.H. Strawberry hemangiomas; the natural history of the untreated lesion. *Calif. Med.* 1957; 86(1): 8–10.
6. Gutkin D.V., Lagunova Z.V., Panchenkova Ye.S., Potekaev N.N., Tkachenko S.B. Hemangiomas: etiology and pathogenesis. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya dermatokosmetologiya*. 2004; (32): 20–3. (in Russian)
7. Butorina A.V., Polyayev Yu.A. New technologies in treatment of hemangiomas of the skin in children. *Detskaya bolnitsa*. 2001; (1): 44–8. (in Russian)
8. Roginskiy V.V., Nadochiy A.G., Grigor'yan A.S., Sokolov Yu.Yu., Soldatskiy Yu.L., Kovyzin V.A. The formation of blood vessels of the maxillofacial area and neck in children – a new look. *Stomatologiya*. 2011; 4: 71–6. (in Russian)
9. Zheng J.W., Wang Y.A., Zhou G.Y., Zhu H.G., Ye W.M., Zhang Z.Y. *Shanghai Kou Quang Yi Xue*. 2007; 16(4): 337–42.
10. Nurmeev I.N., Size L.M., Kurmaeva A.R., Nurmeev N.N., Umarov N.A. Program of conservative treatment of hemangiomas in children. *Detskaya khirurgiya*. 2014; (3): 39–43. (in Russian)
11. Okuneva A.I., Okunev N.A., Vlasov A.P., Gerasimenko A.V., Markosyan A.S., Mamonova Y.B. Local effect on the tissues of the drug Kenalog® in an experimental model of vascular tumor. *Detskaya khirurgiya*. 2013; (1): 44–5. (in Russian)

Поступила 15 ноября 2017

Принята в печать 27 ноября 2017

© ЩЕДРОВ Д.Н., 2018

УДК 616.681-007.59-089

Щедров Д.Н.

ЗАВОРОТ ЯИЧКА В ПАХОВОМ КАНАЛЕ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница» Минздрава России, 150042, г. Ярославль

Проведен анализ методов диагностики и вариантов хирургического лечения заворота яичка в паховом канале, сравнение с аналогичными показателями при торсии скротально расположенной гонады. Обсуждены анатомические предпосылки и особенности заворота яичка в паховом канале, связанные с нетипичной анатомией. Результаты исследования свидетельствуют о большей выраженности тестикулярной ишемии и соответственно частоте неудовлетворительных результатов, несмотря на несколько меньшую степень торсии, что объясняется компрессией гонады в паховом канале. Показаны затруднения и особенности клинической диагностики, иной дифференциально-диагностический ряд. Продемонстрированы сложности и особенности ультразвуковой и доплерографической диагностики, характерные ультразвуковые симптомы заворота яичка в паховом канале, их диагностическая ценность. Рассмотрены пути хирургического лечения данной патологии. Представлено несколько различных вариантов хирургической тактики в тех или иных клинико-анатомических условиях. Материалы исследования подтверждают правоту и возможность применения каждого из них. Суммарная потеря гонады при торсии в паховом канале составила 8(66,7%) случаев из 12, что существенно выше, чем при завороте яичка в условиях типичной анатомии. Однако результаты исследования подтверждают, что при своевременном обращении, клинической и лучевой диагностике с учетом особенностей формы торсии и экстренном вмешательстве, учитывающем конкретную клиническую ситуацию, несмотря на имеющиеся трудности, результат лечения может быть положительным.

Ключевые слова: заворот яичка; крипторхизм; орхихэктомия; деторсия; орхипексия; дети; ультразвуковая диагностика; доплерография.

Для цитирования: Щедров Д.Н. Заворот яичка в паховом канале у детей. *Детская хирургия*. 2018; 22(2): 80–83. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2018-22-2-80-83>

Для корреспонденции: Щедров Дмитрий Николаевич, канд. мед. наук, заведующий урологическим отделением ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», 150042, Ярославль. E-mail: shedrov.dmitry@yandex.ru

Shchedrov D.N.

TESTICULAR TORSION IN THE INGUINAL CANAL IN CHILDREN

Regional Children Clinical Hospital, Yaroslavl, 150042, Russian Federation

There was performed analysis of diagnostic methods and modes of surgical treatment of testicular torsion in the inguinal canal, a comparison with similar indices in the torsion of a scrotally located gonad. The anatomical premises and features of a testicle in the inguinal canal associated with atypical anatomy are discussed. The results of the study indicate to a greater severity of testicular ischemia and, accordingly, the frequency of unsatisfactory results, despite a somewhat lower degree of torsion, which is explained by the compression of the gonad in the inguinal canal. Difficulties and peculiarities of clinical diagnostics, other differential-diagnostic set are shown. Difficulties and peculiarities of ultrasonic and Doppler diagnostics, typical ultrasonic symptoms of testicular torsion in the inguinal canal, their diagnostic value are demonstrated. The modalities of surgical treatment of this pathology are considered. Several different variants of surgical tactics are presented in various clinical and anatomical conditions. The research materials confirm the legitimacy and the possibility of using each of them. The total loss of the gonad in the torsion in the inguinal canal amounts of 8 (66.7%) of the cases out of 12, which is significantly higher than when the testicle is turned in conditions of a typical anatomy. However, the results of the study confirm that with the timely treatment, clinical and radiation diagnosis, taking into account the features of the shape of the torsion and emergency intervention that takes into account the specific clinical situation, despite the difficulties, the result of treatment can be positive.

Keywords: testicular torsion; cryptorchidism; orchiectomy; detortion; orchidosis; children; ultrasound diagnostics; dopplerography.

For citation: Shchedrov D.N. Testicular torsion in the inguinal canal in children. *Detskaya khirurgiya (Russian Journal of Pediatric Surgery)* 2018; 22(2): 80-83. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2018-22-2-80-83>

For correspondence: Dmitry N. Shchedrov, MD, PhD, Head of the Department of urology of the Regional Children Clinical Hospital, Yaroslavl, 150042, Russian Federation. E-mail: shedrov.dmitry@yandex.ru

Conflict of interest. The author declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 11 October 2017

Accepted 27 November 2017

На сегодняшний день заворот яичка достаточно подробно освещён в литературе, ему посвящён ряд монографических исследований, главы крупных руководств, диссертации, однако ряд вопросов, касающихся тестикулярной торсии, остаётся изученным недостаточно подробно.

Вне внимания урологов остаётся острая тестикулярная ишемия при атипичном положении яичка и атипичных формах заворота – спонтанной деторсии, рецидивирующем завороте и других. Предлагаемая к обсуждению форма заворота яичка является весьма редкой – не более 2% в общей структуре торсии гонады [1], что обуславливает ряд затруднений в диагностике и лечении. Данная тема крайне скудно освещена в литературе. Особенности диагностики и лечения данного состояния не находят целенаправленного отражения в литературных источниках, им посвящены подглавы малого объема в солидных руководствах по урологии [2] либо таковые вообще отсутствуют [3, 4]. Публикации по данному вопросу малочисленны, носят описательный характер и касаются отдельных клинических случаев [1, 5].

Хирургическая тактика при обсуждаемом состоянии неоднозначна [5]. Некоторыми авторами предлагается одновременно с деторсией выполнять орхипексию и фиксацию яичка в мошонке [6]. Существует и иное мнение, согласно которому одномоментное низведение яичка с деторсией повышает травматичность вмешательства и усиливает тестикулярную ишемию [7]. Авторы предлагают выполнять «орхипексию на месте» – в паховом канале с целью профилактики рецидива торсии с отсроченным низведением в мошонку. По мнению других авторов, оба варианта тактики оправданы и метод определяется выраженностью ишемии [8, 9].

Сохранность яичка при завороте в паховом канале меньше, чем при типичном расположении, орхипексия выполняется с большей частотой – 60–71% [10], 78–80% [8], более 80% [11–13].

Вышесказанное оставляет данную тему актуальной для дальнейшего изучения.

Материал и методы

Проведен анализ лечения заворота яичка в клинике в период 2000–2017 годов; всего на лечении находилось 454 пациента. Заворот яичка в паховом канале наблюдали у 12 пациентов в возрасте от 2 мес до 11 лет. Средний возраст составил 2 года 4 мес. Обращает

на себя внимание то, что во всех случаях имел место заворот яичка на фоне паховой формы крипторхизма, а не паховой эктопии яичка. Проведен сравнительный анализ основных клинических, диагностических критериев заворота яичка в паховом канале и при нормальном его анатомическом расположении.

Результаты

При анализе клинического материала выявлен ряд особенностей, отличающих торсию неопущенного яичка от классического заворота:

- нетипичный возраст острого эпизода. Пик частоты приходится на возраст 2 года 4 мес, а не на пубертатный период при скротальном расположении гонады (средний возраст 14 лет 9 мес);

- особенности клинической картины и возраст пациента, затрудняющий в ряде случаев вербальный контакт, обусловили позднюю обращаемость. Срок заболевания на момент поступления составил $21,4 \pm 3,2$ ч, что существенно больше, чем в типичной ситуации ($13,3 \pm 2,1$ ч);

- трудности диагностики. При первичном обращении правильный диагноз был установлен только у 3 (25%) пациентов, несмотря на отсутствие при осмотре яичка типичной локализации. Остальные мальчики были направлены с иными диагнозами – паховой грыжи ущемлённой ($n = 4$), пахового лимфаденита ($n = 2$), напряженного фуникулочеда ($n = 2$), фуникулита ($n = 1$), что также существенно превышает процент диагностических ошибок при типичной анатомии;

- при поступлении в стационар диагноз установлен у 10 (83,3%) пациентов, что значительно меньше, чем при типичной картине (97,3%);

- ультразвуковая и доплерографическая оценка гонады затруднены из-за малых размеров яичка и изменений типичной топографической анатомии. Наиболее достоверный и специфичный ультразвуковой симптом – визуализация извитого семенного канатика – отмечена только у 8 (66,7%) пациентов, что отчасти может быть объяснено несколько меньшей усреднённой степенью торсии – $340 \pm 21^\circ$. Примечательно, что ни в одном случае степень торсии не превышала 445° (полный оборот с $1/4$), тогда как при типично расположенном яичке торсия до 720° и более не является редкостью.

Иные симптомы встречались также существенно реже. Изменение направления оси яичка выявлено только у 33,3%

Таблица 1

Сравнительный анализ основных клинических и ультразвуковых критериев заворота яичка у пациентов при типичной локализации и в паховом канале

Признак	Типичный заворот яичка	Заворот яичка в паховом канале
Срок заболевания на момент поступления, ч	13,3 ± 2,1	21,4 ± 3,2
Диагностическая точность на первичном этапе, %	95,4	25
Диагностическая точность на специализированном этапе, %	97,3	83,3
Градус торсии средний, °	388 ± 39	340 ± 21
Извитость семенного канатика, %	89,7	75
Подтянутость яичка к паховому кольцу, %	68,2	–
Нарушение эхо-структуры яичка, %	88,7	92,5
Изменение направления оси яичка, %	77,4	33
Нарушение паренхиматозной перфузии, %	95,6	75
Извитой ход яичкового сосудистого пучка, %	88,9	58

пациентов, что также связано с ограничением подвижности гонады в паховом канале. Подтянутость яичка в паховом канале оценить достоверно не представлялось возможным у всех пациентов.

Трудности в оценке тестикулярного кровотока отмечены в 4 (66,7%) случаях и обусловлены малым размером органа, низкоскоростным тестикулярным кровотоком и кровотоком в близко расположенных и примыкающих внетестикулярных тканях.

Особенности заворота яичка в паховом канале в сравнении с типичной клинической и лучевой картиной заворота представлены в табл. 1.

Обсуждение

Следует учитывать, что более ранний возрастной пик и нарушения опускания яичка существенно меняют дифференциально-диагностический ряд. В обсуждаемой группе не было необходимости исключать патологию гидатиды, травматические повреждения. Значительно меньше возникает сомнений при дифференциальной диагностике с фуникулитом, эпидидимитом. Однако становится актуальным дифференцирование от внетестикулярной патологии – ущемления паховой грыжи, пахового лимфаденита.

Обращает на себя внимание отсутствие превалирования анатомически обусловленного преобладания патологии левого яичка, встречающегося в 72% случаев при скротальном расположении гонад. Частота заворота левого и правого яичка составила 50/50.

Следует отметить тот факт, что несмотря на меньшую степень торсии, выраженность ишемии и неблагоприятных исходов при завороте яичка в паховом канале выше, чем при скротальном расположении, что связано с компрессией тестикулы в ограниченном пространстве пахового канала и большей длительностью ишемии.

Хирургическая тактика при данной форме заворота также имеет свои особенности. При однозначном некрозе тестикулы выполняется орхиэктомия, при сомнениях в жизнеспособности – деторсия с оставлением яичка в паховом канале, так как низведение на фоне терминальной выраженности ишемии может усугубить её до некроза с последую-

Таблица 2

Варианты хирургической тактики при завороте яичка в паховом канале

Вариант тактики	Количество случаев	
	абс.	%
Ревизия пахового канала, орхиэктомия	7	58,4
Ревизия пахового канала, отсроченная повторная ревизия, орхиэктомия	1	8,3
Ревизия пахового канала, отсроченная повторная ревизия, орхипексия по Шумахеру	1	8,3
Орхипексия по Шумахеру	3	25

щим отсроченным низведением с орхипексией. При однозначной жизнеспособности и восстановлении кровотока выполняется орхипексия с фиксацией по Шумахеру одновременно.

Некроз яичка констатирован после первичной ревизии пахового канала у 7(58,4%) пациентов, что обусловлено вышеназванными сложностями диагностики, большей длительностью заболевания и компрессией яичка в силу его атипичного расположения; пациентам была выполнена орхиэктомия.

Данный вариант течения заболевания наиболее типичен и может быть проиллюстрирован следующим примером.

Б о л ь н о й С., 7 мес. Госпитализирован в клинику через 36 ч от начала заболевания, проходил лечение амбулаторно по поводу пахового лимфаденита. При поступлении состояние средней тяжести. Органы без особенностей. В локальном статусе: яичко справа в мошонке отсутствует с рождения, ребёнок наблюдается урологом по поводу крипторхизма. В проекции пахового канала справа определяется плотное образование, болезненное, малоподвижное. Левая половина мошонки и паховая область интактна.

УЗИ паховой области: в мошонке яичко не визуализируется, в паховом канале в средней трети определяется яичко округлой формы размерами 11×8×9 мм, неоднородной структуры. Кровоток в яичке и семенном канатике не фиксируется.

Констатирована острая ишемия яичка в паховом канале – заворот яичка? тромбоз? сдавление?

Оперирован в экстренном порядке через 1 ч после поступления. Паховый доступ, ревизия пахового канала, в нем в средней трети обнаружено яичко (рис. 1, см. на вклейке), перекут семенного канатика на 270°, при наблюдении и органореанимационных мероприятиях – блокада семенного канатика, согревание яичка – в течение 15 мин после деторсии констатирован некроз яичка (рис. 2, см. на вклейке). Выполнена орхиэктомия с ушиванием пахового канала наглухо.

В 2 (16,7%) наблюдениях яичко при сомнительной жизнеспособности было сохранено в паховом канале. Через 48 ч в одном случае констатирован его некроз по данным УЗИ и УЗ-доплерографии и выполнена вторичная орхиэктомия, в другом случае на фоне восстановления перфузии отсроченно через 1 мес выполнена повторная ревизия пахового канала и орхипексия по Шумахеру.

Суммарная потеря гонады при торсии в паховом канале – 8 (66,7%) случаев из 12, что существенно больше, чем при типичной анатомии.

В 3 (25%) случаях после деторсии проведена орхипексия по Шумахеру.

Возможные варианты хирургической тактики представлены в табл. 2.

Считаем, что все они правомерны и могут быть реализованы в практической работе в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Заключение

Таким образом, заворот яичка в паховом канале имеет особенности клинической картины и лучевой визуализации, значительно затрудняющие диагностику. Диагностическая ценность ультразвуковых методов меньше, чем при

типичной локализации гонады. Хирургическое лечение сопровождается большим процентом как первичных, так и вторичных орхиэктоми, чем при типичном расположении гонады. Тем не менее при клинической настороженности и ориентированности специалистов по клинике и лучевой диагностике диагноз может быть поставлен своевременно, а оперативное вмешательство проведено успешно с благоприятным исходом.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2, 7, 9, 10 см. REFERENCES)

1. Аверченко М.В., Ясученя В.В., Ти А.Д. Возможности ультразвуковой диагностики острых заболеваний органов мошонки у детей. *Урологические ведомости*. 2015; 5(1): 52.
2. Деягин В.М., Никаноров А.Ю. *Диагностика состояний органов мошонки (клинико-эхографические проблемы)*. М.: Алтус; 1999.
3. Кадыров З.А., Теодорович О.В., Жуков О.Б. *Атлас ультразвуковой диагностики органов мошонки*. М.: БИНОМ; 2008.
4. Костенко А.А., Аврамченко И.П., Годова Н.П., Батраков И.М., Иванов А.Н. Ущемление яичка в паховом канале у новорожденного с крипторхизмом. *Детская хирургия*. 2006; 4: 54.
5. Соловьев А.Е. Лечение острых заболеваний яичка в детском возрасте. *Клиническая хирургия*. 1988; 6: 30–4.
6. Эргашев И.Ш., Хакомов Т.П. Диагностика и тактика лечения при синдроме отечной мошонки у детей. *Детская хирургия*. 2010; 3: 23–6.
7. Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Аврасин А.Л., Чименге Ж., Юсуфов А.А., Диагностика и лечение детей при синдроме острой мошонки. *Детская хирургия*. 2010; 1: 34–8.

REFERENCES

1. Averchenko M.V., Yasyuchena V.V., Ti A.D. Possibilities of ultrasound diagnosis of acute scrotal organs diseases in children. *Urologicheskie ведомости*. 2015; 5(1): 52. (in Russian)
2. Snodgrass W.T. ed. *Pediatric Urology: Evidence for Optimal Patient Management*. New York: Springer; 2013
3. Delyagin V.M., Nikanorov A.Yu. *Diagnosis of scrotum organs (clinical and echographic problems)*. Moscow: Altus; 1999. (in Russian)
4. Kadyrov Z.A., Teodorovich O.V., Zhukov O.B. *Atlas of ultrasound diagnosis of scrotum organs*. Moscow: BINOM; 2008. (in Russian)
5. Kostenko A.A., Avramchenko I.P., Godova N.P., Batrakov I.M., Ivanov A.N. Infringement of the testicle in the inguinal canal in a newborn with cryptorchidism. *Detskaya khirurgiya*. 2006; (4): 54. (in Russian)
6. Solov'ev A.E. Treatment of acute testicular disease in childhood. *Klinicheskaya khirurgiya*. 1988; (6): 30–4. (In Russian)
7. Beni-Israel T., Coldman M., Bar Chaim S., Kozler E. Clinical predictors for testicular torsion as seen in the pediatric ED. *Am. J. Emerg. Med.* 2010; 28(7): 786–9.
8. Jergashev I.Sh., Khakomov T.P. Diagnosis and treatment tactics for edematous scrotum syndrome in children. *Detskaja khirurgija*. 2010; (3): 23–6. (in Russian)
9. Biplah N., Feilim L.M. Neonatal testicular torsion: a systematic literature review. *Pediatr. Surg. Int.* 2011; 27(10): 1037–40.
10. Anderson J., Williamson R. Testicular torsion in Bristol: a 25-year review. *Br. J. Surg.* 1988; 75(10): 988–92.
11. Rummyantseva G.N., Kartashev V.N., Avrasin A.L., Chimenge Zh., Yusufov A.A., Diagnosis and treatment of children with acute scrotal syndrome. *Detskaya khirurgiya*. 2010; (1): 34–8. (in Russian)
12. Khaleghejad-Tabari A., Mirshermirani A., Rouzrokh M., Mahnudi M., Baghaiepour M.R., Ghaffari P. Early exploration in the management of acute scrotum in children. *Iran. J. Pediatr.* 2010; 20(4): 466–70.
13. Tajchner L., Larkin J.O., Bourke M.G., Waldon R., Barry K., Eustace P.W. Management of the Acute Scrotum in a District General Hospital: 10-Year Experience. *Scientific World J.* 2009; 9: 281–6.

Поступила 11 октября 2017

Принята в печать 27 ноября 2017

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 616.71-018.46-002-031:611.728.2]-07

Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Махмудов З.М.

К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Наша цель заключалась в разработке объективных критериев ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) у детей. Для проведения дифференциальной диагностики между ОГО КТС и реактивным кокситом (РК) нами обследовано 93 детей (61 с ОГО КТС и 32 с РК). Больные ОГО КТС характеризуются более высокой степенью эндогенной интоксикации по сравнению с больными РК. КТ позволяет диагностировать ОГО КТС до появления рентгенологических признаков (начиная с 3-х суток от начала заболевания) в костной ткани и может быть использована для дифференцирования ОГО КТС от РК. Указанные особенности позволяют применять данные параметры в качестве объективных критериев для проведения дифференциальной диагностики у детей с остро развившейся болью в области тазобедренного сустава.

Ключевые слова: острый гематогенный остеомиелит; кости тазобедренного сустава; лейкоцитарный индекс интоксикации; показатель токсичности крови; компьютерная томография.

Для цитирования. Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Махмудов З.М. К вопросу о ранней диагностике острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей. *Детская хирургия*. 2018; 22(2): 83-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2018-22-2-83-88>

Для корреспонденции: Махмудов Зафар Мамаджанович, ассистент кафедры детской хирургии Самаркандского Государственного медицинского института. E.mail: zafarebox@mail.ru

Shamsiev Zh.A., Shamsiev A.M., Makhmudov Z.M.

TO THE QUESTION OF EARLY DIAGNOSIS OF ACUTE HEMATOGENOUS OSTEOMYELITIS OF BONES OF THE HIP JOINT IN CHILDREN

Samarkand State medical Institute, Samarkand, 703000, Republic of Uzbekistan

Our goal was to develop objective criteria for early diagnosis of acute hematogenous osteomyelitis (AHO) of bones of the hip joint (BHI) in children. For the differential diagnosis between AHO and the reactive coxitis (RC) we examined a total of 93 children (61 AHO BHI and 32 RC cases). AHO BHI patients are characterized by a higher degree of endogenous intoxication when compared

К ст. Н. А. Окунева и соавт.



Рис. 7. Вид гребешка на 21-е сутки после введения 1,0 мл этоксисклерол 5 мг/мл.

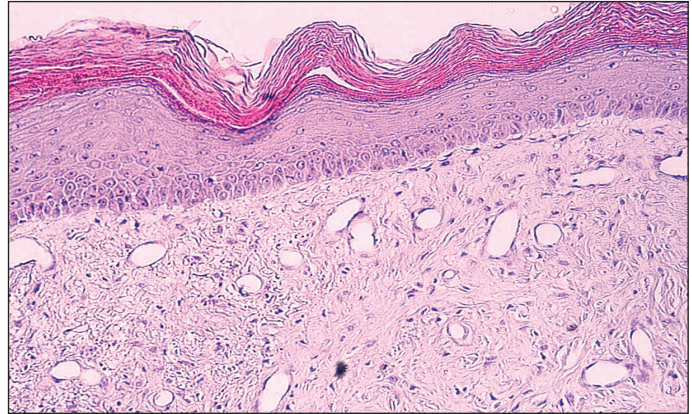


Рис. 8. Гистологическая структура гребня на 21-е сутки после введения этоксисклерола 5 мг/мл. Окраска гематоксилином-эозином; увеличение 10×10.

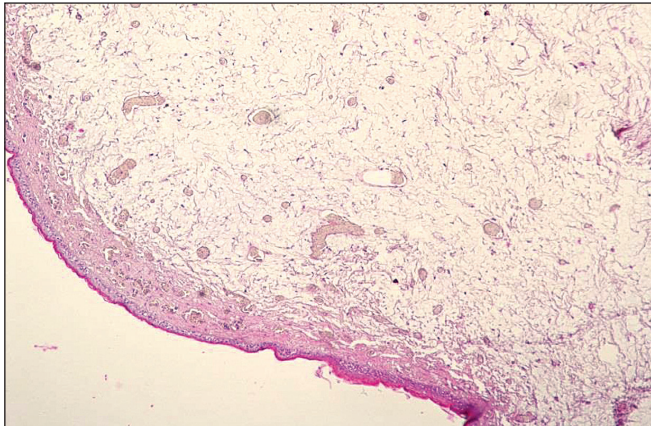


Рис. 9. Гистологическая структура гребня на 1-е сутки после введения этоксисклерола 10 мг/мл. Окраска гематоксилином-эозином; увеличение 10×10.

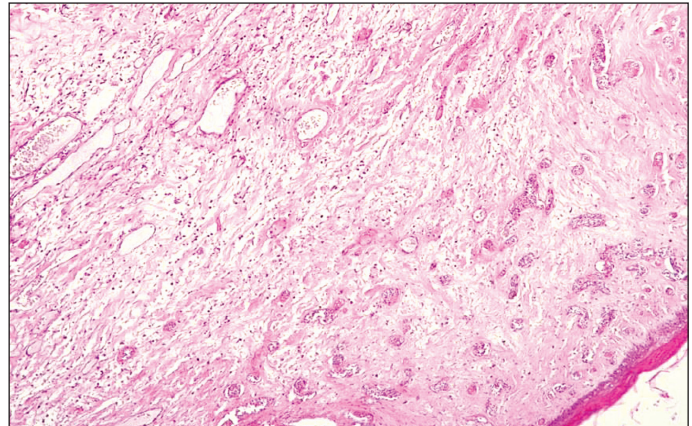


Рис. 10. Гистологическая структура гребня на 7-е сутки после введения этоксисклерола 10 мг/мл. Окраска гематоксилином-эозином; увеличение 10×10.

► Рис. 11. Макропрепарат гребня на 12-е сутки после введения этоксисклерола 10 мг/мл.



К ст. Д. Н. Щедрова и соавт.

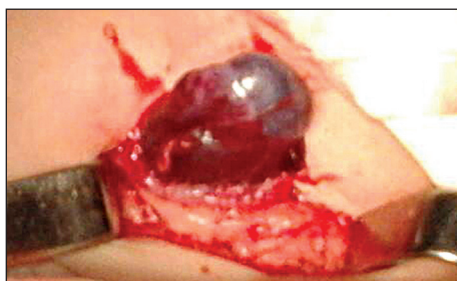


Рис. 1. Яичко извлечено из средней трети пахового канала, выраженная ишемия.

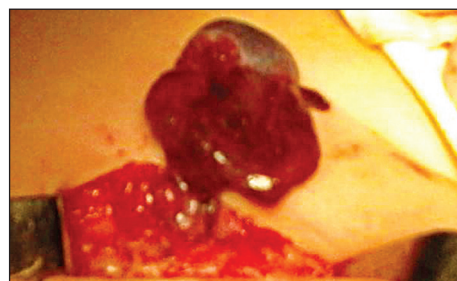


Рис. 2. После деторсии и органореанимационных мероприятий констатирован некроз яичка.