

residential populations. / Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K// Phlebologie 2003;32 (1):1-14.

УДК 617.3

**Дерябина А.М., Огнёв С.И., Пупышев Н.Н.
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОСТЕЙ У
ДЕТЕЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра детской хирургии
Уральский Государственный Медицинский Университет
Екатеринбург, Российская федерация

**Deryabina A.M., Ognev S.I., Pupyshev N.N.
BENIGN BONE NEOPLASM IN CHILDREN
IN THE SVERDLOVSK REGION**

Department of pediatric surgery
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: deryabina.alena2013@yandex.ru

Аннотация. Представлен ретроспективный анализ детей, пролеченных в травматолого-ортопедическом отделении ГАУЗ СО «Областной детской клинической больницы» с доброкачественными образованиями костей за последние пять лет, в частности: остеохондромы, остеоид-остеома, хондромы и опухоли с интраоссальным ростом. В статье приведены варианты лечебно-тактических решений, различные варианты пластики костной ткани у 446 пациентов, а также отдаленные результаты проведенного лечения.

Annotation. The article presents a retrospective analysis of patients (children) with benign bone tumors who have received treatment in the Traumatology and Orthopaedics Department of the SAIH "Regional Children's Clinical Hospital" for the last five years, in particular: osteochondroma, osteoid-osteoma, chondroma and tumors with intraossal growth. The article presents the options for therapeutic and tactical decisions, various options for bone grafting in 446 patients as well as the long-term results of the treatment.

Ключевые слова: доброкачественные новообразования костей, остеохондрома, хондрома, остеоид-остеома, опухоли с интраоссальным ростом, дети.

Key words: benign neoplasms bones, osteochondroma, chondroma, osteoid-osteoma, tumors with intraossal growth, children.

Введение

Опухоли костей – это группа новообразований (доброкачественных, либо злокачественных), которые образуются из костной или хрящевой ткани. Чаще всего в данную группу относят первичные опухоли (остеома, остеохондрома и др.), редко развиваются вторичные процессы, которые образуются при метастазировании злокачественных новообразований, расположенных в других органах. Диспластические и опухолеподобные поражения скелета у детей часто встречаемая патология в практике врача-педиатра и травматолога-ортопеда, которая ставит непростую задачу дифференциальной диагностики и выбора тактики лечения [4].

Согласно последним данным в научной литературе, доброкачественные опухоли у детей встречаются в 92,8% случаев, среди которых на костные новообразования приходится 15% от общего числа или от 21 до 57% все костной патологии детского возраста. Доброкачественные новообразования костей у детей встречаются в 4-5 раз чаще, чем злокачественные. Во всех возрастных группах, в 70% случаев доброкачественные новообразования локализируются в области трубчатых костей, поражение нижних конечностей наблюдается в 2 раза чаще, чем верхних конечностей. Проксимальная локализация для доброкачественных новообразований является неблагоприятным признаком протекания заболевания, так как есть большая вероятность рецидива и перехода в злокачественные формы [8].

Существует ряд классификаций доброкачественных новообразований костей. На сегодняшний день наиболее применима классификация, установленная ВОЗ в 2013 г.:

- хрящеобразующие опухоли – остеохондрома, хондрома, энхондрома, периостальная хондрома, остеохондромиксома, подногтевой экзостоз, болезнь Нора, синовиальный хондроматоз;

- промежуточные хрящеобразующие опухоли (локально агрессивные) – хондромиксоидная фиброма, атипичная хрящевая опухоль/хондросаркома I степени;

-костеобразующие опухоли – остеома, остеоид-остеома;

-промежуточные костеобразующие опухоли (локально агрессивные) – остеобластома, остеобластокластома[7].

Клинические проявления на ранних этапах развития новообразования малоспецифичны и могут сопровождаться умеренными болями, либо протекать бессимптомно. При прогрессировании заболевания, сопровождается деформацией костей и суставов, нарушением функций суставов. В некоторых случаях отмечается изменение рельефа кости, симптом «пергаментного хруста»[1].

Пациентам с подозрением на опухолеподобные образования костей в первую очередь выполняется рентгенография. После установления пораженной кости на рентгенографии для определения очага выполняется компьютерная томография (КТ), для определения взаимоотношений образования с

близлежащими мягкими тканями проводится магнитно-резонансная томография (МРТ) или ультразвуковая диагностика. Раннее проведение лучевых методов диагностики увеличивает количество выявляемых доброкачественных образований костной ткани, позволяет проводить органосохраняющие операции и избегать ампутации конечностей у детей [3, 6]. Лечение, включающее в себя консервативную терапию и радикальную хирургическую тактику, приводит к хорошим и удовлетворительным результатам, но учитывая высокий риск инвалидизации детского населения с данными заболеваниями, проблема доброкачественных новообразований костей остается актуальной в настоящее время [2].

Цель исследования – оценить эффективность хирургического лечения различными способами с доброкачественными образованиями костной ткани в детском возрасте.

Материалы и методы исследования

С 2015 по 2019 гг. включительно в травматолого-ортопедическом отделении ГАУЗ СО «Областной детской клинической больницы» пролечено 446 детей с доброкачественными новообразованиями костей, из них мальчиков – 272 (61%), девочек – 174 (39%). Дети до 5 лет - 35 (7,8%), от 6 до 10 лет – 100 (22,5%), старше 11 лет – 311 (69,7%). В 36,3% случаев были диагностированы опухоли с интраоссальным ростом, остеохондромы 34,1 %, в 16,4% - остеоид-остеомы, 10,7% - хондромы. Костно-хрящевые экзостозы составили 1,4%, лангергансоклеточные гистиоцитозы - 0,7%, фиброкератомы – 0,4%.

Распределение патологии по возрасту и полу в исследуемой группе:

- до 5 лет соотношение мальчиков и девочек – 1:1. В 69% случаев у пациентов была диагностирована остеохондрома, в 19% хондрома, в 7,7% остеоид-остеома, опухоли с интраоссальным ростом 4,3%.

- в группе детей от 6 до 10 лет соотношение мальчиков и девочек – 1:1. В 63,9% случаев отмечается остеохондрома, в 20,7% остеоид-остеома, опухоли с интраоссальным ростом 12,3%, в 3,1% случае хондрома, Лангергансоклеточный гистиоцитоз и костно-хрящевой экзостоз.

- в группе детей старше 11 лет соотношение мальчиков и девочек – 2:1. В 43,6% случаев наблюдается опухоли с интраоссальным ростом, в 40,3% остеохондрома, в 12,6% остеоид-остеома, в 2% остеобластокластома, костно-хрящевой экзостоз, в 1,5% хондрома, фиброкератома.

В отделении онкогематологии за последние 5 лет пролечено 39 детей со злокачественными заболеваниями костной ткани, что в соотношении к доброкачественным составило 8%.

Всем детям как на амбулаторном, так и на стационарном этапах лечения проводились лабораторные и лучевые методы исследования, в частности рентген и КТ. Все дети поступали в отделение согласно маршрутизации МЗСО РФ.

Результаты исследования и их обсуждения:

Варианты лечебно-тактических решений предусматривали следующие виды: амбулаторное наблюдение и оперативное лечение.

При лечении детей выполнялись реконструктивно-пластические операции: краевая, интраоссальная резекция пораженного сегмента кости в пределах здоровой ткани, чрезкостный компрессионно-деструкционный остеосинтез с костной аутопластикой. Выбор материала, для замещения зависел от размера дефекта, степени разрушения кортикального слоя, локализации процесса и возраста пациента. В качестве пластического материала чаще всего используют ауто-/ аллотрансплантаты, костный цемент, пористый углерод, кальций-фосфорные материалы. Иммобилизация конечностей после операции проводилась наружным и внутренним фиксирующим устройствами.

В исследуемой группе детей, резекция пораженного участка кости с опухолью в пределах здоровой костной ткани составила 260 случаев (58,2%), резекция пораженного участка кости с пластикой синтетическими материалами 174 (39%), резекция пораженного участка кости с аллопластикой - 12 (2,7%).

Во время оперативного вмешательства проводился забор материала, для гистологического исследования с целью морфологической верификации новообразования. Среднее количество койко-дней в стационаре – 10 дней. Расхождений с первичным диагнозом не наблюдалось.

В результате проведенного лечения с выздоровлением выписано 446 детей. Осложнения в раннем и отдаленном послеоперационном периодах не наблюдались. Прочностные характеристики кости восстанавливались к концу 3-4 месяца после операции. Полная перестройка трансплантата происходила в течении 3-х лет. Все дети в дальнейшем находились под наблюдением травматолога-ортопеда амбулаторно в течение 5 лет. По показаниям всем детям выполнялись лучевые методы исследования. Рецидивы наблюдались у 9 пациентов (2%), было проведено повторное оперативное вмешательство с положительным результатом, осложнений не отмечалось.

Выводы:

Таким образом, доброкачественные новообразования костной ткани, часто встречаемая патология в детском возрасте, требующая знаний врачом-педиатром и детским травматологом-ортопедом.

1. Современные методы диагностики (рентгенография, КТ, МРТ) позволяют верифицировать патологию на ранних этапах развития и подобрать правильную тактику лечения.

2. В лечении доброкачественных опухолей костей у детей внедрен широкий спектр реконструктивно-восстановительных операций, что позволяет при малодоступности дорогостоящих трансплантатов и эндопротезировании проводить сохраняющие альтернативные операции.

3. На сегодняшний день все дети выписаны с выздоровлением, осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах не наблюдалось.

4. Рецидивы доброкачественных опухолей костей у детей составляют всего 3,2% случаев.

5. Учитывая сохраняющуюся тенденцию к росту злокачественных новообразований, требуется сохранение онко-настороженности.

Список литературы:

1. Мурадян В.Ю., Ковалев М.В. Доброкачественные опухоли проксимального отдела бедра у детей. Вестник бурятского государственного университета // Медицина и фармация. – 2018. – Вып. 3-4. – С. 17-20.

2. Соловьев А.В., Лиричева О.В. Результаты лечения костных кисти опухолей костей у детей // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2017. – Т. 25. - № 2. – С. 263-269.

3. Боголепова Н.Н., Матюшевская Е.В. Рентгенодиагностика доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований костей у детей // Педиатрический вестник Южного Урала. – 2016. – № 1. – С. 41-45.

4. Дроздецкий А.П., Овсянкин А.В., Кузьминова Е.С., Прохоров А.Н., Попов Ю.С., Шаров В.А., Попов И.В., Кузьминова А.Д. Собственный опыт применения костнопластических материалов при хирургическом лечении костных кист у детей // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019. – Т. 18. - № 3. – С. 74-82.

5. Раззоков А.А., Салимов Н.Ф., АнсориДж.Б. Совершенствование хирургической помощи при доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях костей // Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны» Таджикского государственного медицинского университета имени АбуалиибниСино. - 2015. - № 3. - С. 20-27.

6. Делягин В.М., Хананова Д.Б., Уразбагамбетов А. Ранняя диагностика опухолей костей в детском возрасте как междисциплинарная проблема // Практическая медицина. – 2015. - № 7. – С. 7-14.

7. Снетков А.И., Батраков С.Ю., Морозов А.К. Диагностика и лечение доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний костей у детей / Под ред. акад. РАН Миронова С.П. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2017. –352 с.

8. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России. – 2017. – илл. – 250 с.

УДК 616-001.17

Диденко М.А.¹, Труфаненко Р.А.¹, Шиморина Ю.

И.¹, Бурлева Е.П.¹, Руднов В.А.^{1,2}, Багин В.А.^{1,2}

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФЕКЦИИ ОЖОГОВОЙ РАНЫ У
ПАЦИЕНТОВ ОРИТ ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА**

¹Кафедра хирургии, эндоскопии и колопроктологии

²Кафедра анестезиологии, реаниматологии, токсикологии и трансфузиологии