

клетки и рентгенографию лёгких. В неясных случаях проведена КТ лёгких (24 ребёнка). В результате обследований у 128 детей диагностирована острая деструктивная пневмония, у 49 – септическая метастатическая пневмония; лёгочная форма была у 105 больных, лёгочно-плевральная – у 72. Абсцесс лёгкого выявлен у 21 ребёнка, из них у 6 – нагноение эхинококковой кисты. При наличии плевральных осумкований плевральная пункция проводилась под контролем УЗИ.

### РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛОКАЛИЗОВАННЫХ КОСТНОМЗГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ. ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЁМА

*О. ПРИВАЛОВА, И. БЕЦИШОР, С. ШАРАЕВА, В.  
КАТРИНИЧ,*

ПМСУ Институт Онкологии Молдовы

**Цель работы:** представить основные клиничко-рентгенологические симптомы эозинофильной гранулёмы. Определить критерии дифференциальной диагностики.

**Материалы и методы.** Обследована группа детей (18), у которых данный диагноз был подтверждён морфологически, на протяжении 2009-2011 гг.

**Результаты.** Отмечено преобладающее поражение плоских костей: свод черепа, рёбра, тазовые кости (89%), позвоночник (8%). Иногда поражаются длинные трубчатые кости (3%). Характерны патологические компрессионные переломы при поражении тел позвонков.

Деструктивные очаги в костях не превышают 1-2 см в диаметре, реактивный склероз краёв дефекта и периостальная реакция отсутствуют. Типичным является быстрое обратное развитие костных изменений после лучевой терапии.

**Выводы.** Ведущую роль в диагностике опухолей скелета по-прежнему играет обычная рентгенография. Соответствие клиничко-рентгенологических признаков и результатов морфологического исследования составляет ≈ 90%.

### ФОРМИРОВАНИЕ КОСТНОЙ СТРУКТУРЫ У ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ

*Е.П. ШАРМАЗАНОВА,*

Харьковская медицинская  
академия последипломного образования

**Актуальность темы.** Установлено, что у детей, в отличие от взрослых, есть свои особенности, как в механизме травмы, частоте, так и в локализации различных видов повреждений. Однако в большом количестве публикаций, посвящённым травматическим повреждениям скелета у детей, не отмечено структурное состояние костей, на фоне которого возникают переломы. В последнее время стали обращать внимание на увеличение частоты переломов у детей от действия неадекватных по силе повреждающих факторов, увеличение сроков консолидации переломов и на отклонения от нормы в целом, которые не проявляются какими-либо конкретными заболеваниями, но являются «состоянием риска». То есть, проблема изучения состояния костной структуры у детей на разных этапах ее развития остается достаточно актуальной, а у детей с переломами эта проблема вообще не рассматривалась.

Поэтому вопрос о связи между детским травматизмом и структурно- функциональным состоянием костей у детей, то есть степенью их оссификации и минерализации, костным возрастом, остается открытым и требует срочного своего решения, что и было целью нашего исследования.

**Материал и методы.** Изучен рентгенологический костный возраст (РКВ) у 838 детей с переломами (I – основная группа) и 753 детей группы сравнения (II – без переломов) г. Харькова за 2000 год, возрастом от 1 года до 18 лет, без патологии костной и эндокринной систем. Определение КВ проводили по рентгенограммам кистей и дистального отдела предплечья по средним значениям таблицы Л.А. Перепуст (1975). Кроме визуальной оценки рентгенограмм, проводили определение размеров исследуемых костей, а также ширины кортикального слоя и костно-мозговой полости на середине диафиза второй пястной кости, после чего проводился расчет кортикального индекса (КИ) по стандартной формуле.

**Результаты исследования.** При изучении РКВ нами было установлено, что средним значениям сроков окостенения у детей II группы отвечали только 42,1% девочек и 45,3% мальчиков, в I группе – 47,4% и 42,9% соответственно. Ускорение