



ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ

616-053
0763

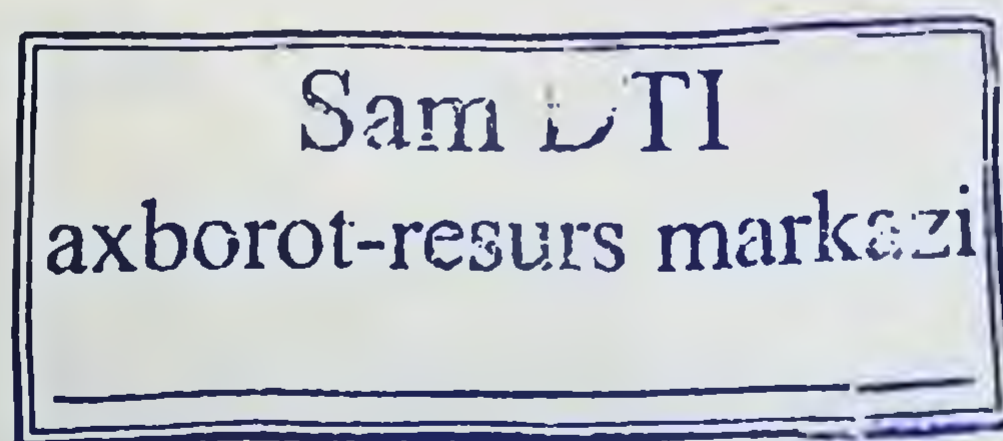
Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»
Российская ассоциация детских хирургов

ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ

Тезисы докладов
Российского симпозиума по детской хирургии
с международным участием

18 апреля 2006 года
г. Ижевск

Часть II



Ижевск
2006

УДК 616-71-018.46-002-053

ББК 54.58

О 763

Редакционная коллегия: зав. кафедрой хирургических болезней детского возраста д-р мед. наук, проф. **Н.С. Стрелков**; д-р мед. наук, проф. **В.В. Поздеев**, канд. мед. наук, доц. **Т.Б. Пчеловодова**

О 763 **Остеомиелит у детей: тез. докл. Рос. симп. по дет. хирургии с междунар. участием. 18 апреля 2006 года, г. Ижевск. Часть II / ред. коллегия. – Ижевск, 2006. – 300 с.**

ISBN 5-901304-16-0

В сборнике представлены научные статьи детских хирургов России и стран СНГ. Авторы раскрывают спорные проблемы диагностики и лечения хирургических заболеваний детского возраста.

Сборник предназначен для детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, студентов старших курсов медицинских вузов, врачей-интернов.

УДК 616-71-018.46-002-053
ББК 54.58

ISBN 5-901304-16-0

© Редакционная коллегия, составление, 2006
© ГОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия", 2006

А.Б. Айтжанов, К.Ю. Абильмажинов, В.А. Дашиев
Научный центр педиатрии и детской хирургии,
г. Алматы

ВОЗМОЖНОСТИ РЕКТОСИГМОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

В последние годы для диагностики различных заболеваний прямой и ободочных кишок у детей и взрослых отдаётся предпочтение эндоскопическим методам исследования, таким как ректосигмоскопия (РСС) и колонофиброскопия (КФС). Они не только позволяют детально осмотреть поверхность слизистой оболочки толстой кишки, но и получить материал для морфологического, гистологического, морфометрического, бактериоскопического и гистохимического исследования, а также провести ряд лечебных манипуляций.

В наши разработки вошли данные РСС 106 детей, поступивших с подозрением на патологию толстой кишки. Было выявлено, что из всех заболеваний дистального отдела толстой кишки преобладал хронический колит – 66,9%. Изменения слизистой кишки присущие данной патологии, были обнаружены в основном у детей старшей возрастной группы (77,8%). Эндоскопическая картина при этом была следующая: слизистая прямой и сигмовидной кишок отёчная, гиперемированная, поверхность её шероховатая, мелкозернистая с налётом слизи и фибрина. сосудистый рисунок резко обеднён либо вовсе отсутствует, гаустры сглажены. Часто отмечается контактная кровоточивость.

При дифференциальной диагностике хронического колита и проктосигмоидита решающую роль играет гистологическое исследование биоптата слизистой толстой кишки.

В 4 случаях, при проведении РСС, диагностирован эрозивный колит, при котором слизистая дистального отдела толстой кишки была ярко гиперемирована, отёчность выражена, отмечалась повышенная контактная кровоточивость, имелись множественные эрозии размерами от 0,1 до 0,5 см. В просвете кишки слизь, на стенках налёт фибрина. Гаустры сглажены, сосудистый рисунок не определялся.

В отличие от эрозий при язвенном колите, обнаруженном у 3 детей, отмечались наиболее выраженные изменения в дистальном отделе толстой кишки. Просвет кишки резко сужен, слизистая ярко гиперемирована, отёчная, бугристая за счёт полиповидных разрастаний, имеются множественные язвы размерами 0,3×0,7 см покрытых плёнкой фибрина. При контакте ректоскопа со слизистой кишки, последняя легко и обильно кровоточит.

У 7 детей при эндоскопическом исследовании выявлены полипы прямой кишки, причём только 4 из них предъявляли жалобы на кровянистые выделения из анального отверстия. Полипы были одиночными, на тонкой ножке, округлой формы, поверхность их изъязвлена, кровоточила. Размеры их от 0,5×0,5 до 3,0 см. Глубина, на которой они располагались в просвете прямой кишки, составляла от 5,0 до 15,0 см от анального жома. Во всех 7 случаях была произведена эндоскопическая полипэктомия. Петлевой электрод накладывался на ножку полипа и в режиме "резание-коагуляция", при подаче тока высокой частоты, полип отсекался. подача тока на петлевой электрод должна быть кратковременной (2-3 с), с перерывами в 1-2 с. На месте отсечённого полипа образовывался струп грязно-жёлтого цвета. Осложнений во время и после проведения эндоскопической полипэктомии нами не зафиксировано.

Таким образом, что ректосигмоскопия является не только очень информативным методом исследования дистальных отделов толстой кишки, но и позволяет провести некоторые лечебные манипуляции.

Р.В.Алиев, С.В.Минаев

Ставропольская государственная медицинская академия
Ставропольский детский клинический центр организации
специализированных видов медицинской помощи,
г. Ставрополь

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ С КОСТНЫМИ КИСТАМИ

До настоящего времени проблема лечения патологических переломов у детей с костными кистами сохраняет свою актуальность. **Целью исследования** являлась отработка лечебно-диагностических подходов у детей с патологическими переломами на фоне костных кист.

В период с 1987 по 2004 г. в ортопедическом отделении КСДЦ был пролечен 121 больной в возрасте от 2 до 15 лет с аневризмальными и солитарными костными кистами различной локализации. У 46 больных (38%) на фоне патологического перелома диагноз костной кисты был выявлен рентгенологически.

В области наиболее частой локализации костных кист (проксимальный метафиз плечевой и бедренной костей, дистальный и проксимальный метафиз бедренной и большеберцовой костей) в результате незначительной травмы возникала боль, умеренная припухлость, деформация сегмента конечности и гематома. При проведении рентгенографии определялся истонченный слой патологического очага с четко видимой линией перелома и незначительным смещением отломков.

Лечение патологических переломов у детей с аневризмальными и солитарными кистами небольших размеров без смещения

проводили в амбулаторных условиях путем наложения лонгеты. При более выраженном смещении отломков – накладывали скелетное вытяжение.

Детей с костными кистами на фоне патологического перелома лечили консервативно, т.к. ранние оперативные вмешательства приводили к рецидиву и формированию остаточных полостей в зоне проведенной пластики дефекта удаленной кисты.

Через 3-6 месяцев после перелома в зоне патологического перелома в области аневризмальной и солитарной кисты отмечалась полная консолидация между отломками, что являлось оптимальными сроками для проведения оперативного вмешательства. В нескольких наблюдениях при повторных патологических переломах срок проведения оперативного лечения удлинялся до 12 месяцев.

Таким образом, использование дифференцированного подхода при лечении патологических переломов у детей с костными кистами позволило улучшить результаты лечения.

Н.А. Амираев, О.С. Масалиев, К.Ш. Ибраимов, М.Т. Байзаков
Национальный центр педиатрии и детской хирургии,
г. Бишкек

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОЛАНДА У ДЕТЕЙ

Синдром Поланда (СП) представляет собой комплекс пороков, включающий отсутствие большой и малой грудной мышц, синдактилию, брахидактилию, ателию (отсутствие соска молочной железы), деформацию или отсутствие нескольких ребер, отсутствие волос в подмышечной впадине и снижение толщины подкожно-жирового слоя.

С 1976 по 2005 г. в НЦПиДХ и ГКБ СМП было оперировано 12 детей (7 девочек и 5 мальчика) с синдромом Поланда в возрасте от 3 до 16 лет. У 8 больных патология затрагивала правую половину грудной клетки, у 4 – левую.

У 4-х больных при отсутствии ребер произведена операция «расщепление ребра». Из выше и ниже лежащих ребер выкраивают

фрагменты, которые вставляют в место дефекта и подшивают к концам поврежденных ребер с одной стороны и к груди с другой.

В случае отсутствия многих ребер, наряду с вышеуказанными операциями, мы у 3 больных произвели пересадку в дефект резецированного XII ребра.

Сроки наблюдения наших больных от 1 года до 10 лет. У всех больных получены хорошие результаты. В заключении следует отметить, что с учетом разнообразия клинических проявлений, универсальной схемы лечения этой группы больных не существует. Лечение лучше начинать в раннем возрасте, когда грудная клетка более мобильна и пластична. Каждый больной требует разработки индивидуального плана хирургической коррекции.

Р.Р. Ахмедзянов, Т.Н. Головизнина, А.А. Кузьмин, Ю.Г. Лебедев
Детская городская клиническая больница №2,
г. Ижевск

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ

Дети, перенесшие оперативное вмешательство на конечности, связанное с острым гематогенным остеомиелитом, нуждаются в обязательном диспансерном наблюдении. Несмотря на небольшое число детей с ОГО (до 3% всей гнойной инфекции у детей), эти больные наиболее угрожаемые на возникновение осложнений, хронизацию процесса и инвалидность.

После стационарного лечения острого процесса у детей остаются функциональные расстройства, связанные с постельным режимом, интоксикацией, лекарственной терапией, иммобилизацией конечности. Поэтому важное значение приобретают преемственное диспансерное наблюдение за детьми и реабилитационные мероприятия в поликлинике. Особенно нуждаются в этом дети сельских районов.

За период 2003-2005 гг. в клинике детской хирургии г. Ижевска оперировано 108 детей с ОГО, в том числе 56 из сельских

районов. В течение 3-х лет нами, в условиях детской поликлиники, осуществлялось диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими острый гематогенный остеомиелит трубчатых костей. Целью диспансеризации являлось предупреждение вторичных деформаций и социальная адаптация детей.

В течение первого года всем составлялся план комплексной диспансеризации хирургом и участковым педиатром. План диспансеризации включал ежемесячное наблюдение хирурга, контроль лабораторных показателей, температуры тела, локального статуса. Рекомендовался режим дня и физических нагрузок, занятия ЛФК, определялись сроки иммобилизации. Дети получали нутритивную поддержку, физиопроцедуры и ортопедическую коррекцию. Все дети были госпитализированы на контрольное обследование и противорецидивное лечение через 3 месяца после первичной остеоперфорации.

Хронизация остеомиелитического процесса в виде свища и отделения секвестров наблюдалась у 1 больного и была связана с поздним поступлением в стационар.

М.Т. Байзаков, Н.А.Амираев, К.Ш. Ибраимов, О.С. Масалиев
Национальный центр педиатрии и детской хирургии,
г. Бишкек

КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВАЯ ТЕРАТОМА И СРОКИ ЕЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Нами проведен анализ сроков операций и результатов оперативного лечения у 17 оперированных больных с крестцово-копчиковой тератомой за период с 1996 по 2005 г. в национальном центре педиатрии и детской хирургии. Из них девочек – 15, мальчиков – 2.

Из 17 оперированных больных: 10 – с наружной локализацией тератомы, 5 – с наружно-внутренней, 2 – внутренней локализацией.

При внутреннем расположении тератому обнаруживают в старшем возрасте, обычно в связи с ее малигнизацией. В нашей прак-

тике имел место случай обращения девочки 8 лет уже с тератобластомой.

Срок операции определяется клиническим течением болезни. При явно доброкачественном течении операцию можно отложить до 2-4 месячного возраста. В случаях быстрого роста или возникновения осложнений (разрыв кисты, кровотечение), необходимо срочное вмешательство. Раннее оперированное вмешательство при крестцово-копчиковой тератоме диктуется тем, что, к сожалению, при озлокачествлении последней практически невозможно добиться выздоровления. Это связано с тем, что при озлокачествлении тератомы крестцово-копчиковой области из-за прорастания ее в соседние органы и ткани не удастся провести радикальную операцию. Лучевая и лекарственная терапия оказываются в большинстве случаев малоэффективными. Из 17 больных были оперированы до 3 месяцев – 10, с 3 до 6 месяцев – 6, в 2 года – 1. У последнего больного выявлена гистологически тератобластома, в дальнейшем был направлен на лечение в детское онкологическое отделение. Тяжелое послеоперационное осложнение – паралич сфинктеров прямой кишки и мочевого пузыря. Также часто отмечалось не состоятельность швов, заживление раны вторичным натяжением.

Таким образом, во всех случаях надо считать показанным оперативное лечение в возможно ранние сроки, по установлении диагноза, ибо потенциальная злокачественность тератомы снижает шансы на благоприятный исход.

*А.А. Баранов, В.А. Палагин, М.В. Николаев, Н.И. Шумилова,
В.В. Иванов, А.В. Жуйков, Р.П. Галковская, Н.В. Лаптева, Д.В. Коцеев*
Детская городская клиническая больница №2,
г. Ижевск

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Проблемы повышения выживаемости, снижения летальности больных с полиорганной недостаточностью (ПОН) при гнойно-

воспалительных заболеваниях, требуют создания и развития новых лечебных технологий.

На наш взгляд включение дискретного плазмафереза (ДП) в комплексное лечение септического состояний у детей является перспективным направлением и оптимизации лечение данной группы больных.

В реанимационном отделении ДП применен с 1988 года у 42 детей. В основном это были дети с тяжёлым течением гнойно-септических заболеваний: сепсис (11), перитонит (11), острый гематогенный остеомиелит (9), деструктивная пневмония (11).

Группа сравнения составила 32 ребёнка с тяжёлыми формами ГСЗ без применения ДП.

Цель работы – оценить эффективность ДП при лечении ГСЗ у детей с полиорганной недостаточностью.

Показаниями к проведением ДП являлись: клинически выраженные симптомы эндогенной интоксикации, высокие показатели токсичности крови: уровень лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) более 5 усл.ед., гематологический показатель интоксикации (ГПИ) более 5 усл.ед., уровень средних молекул (СМ) более 0,5, индекс распределения (JR) менее 1,0 усл.ед., СРБ более 300 мг/л. Обязательным условием при проведении ДП считали достаточный уровень волемии, уровень ЦВД должен быть не менее 40 мл вод.ст.. Дискретный плазмаферез проводили в 1-2 сутки с момента поступления, через 48-72 часа после оперативного вмешательства. Гепаринизацию перед ДП проводили в дозе 100 ЕД/кг., в последние 5 лет фраксипарином или клексаном

Объем эксфузии составил 10-15% от объема циркулирующей крови пациента. В качестве консерванта использовали раствор глюцира. Центрифугирование проводили на центрифуге типа РС – 6 при 2000 об/мин в течении 10 минут. Отделившуюся плазму аспирировали. Количество эксфузий составило 2-3 раза.

Плазмозамещение последовательно проводили адекватным количеством декстрана, свежезамороженной плазмы, альбумина.

Эффективность ДП оценивали по динамике клинической картины заболевания, лабораторным показателям гомеостаза, дополнительным функциональным исследованиям. При анализе выявлено, что у 32 детей выявлен отчетливый клинический эффект в первые сутки после первого сеанса плазмафереза. Больные становились более активными, уменьшилась степень токсической энцефалопатии, снижалась гипертермия и тахикардия, признаки полиорганной недостаточности.

Лабораторные данные свидетельствовали о детоксицирующем действии ДП и более быстром, чем в сравниваемой группе, стихании воспалительного процесса. Исходное количество лейкоцитов $18,7 \pm 0,8 \times 10^9 / \text{л}$ после ДП снизилось до $13,9 \pm 0,9 \times 10^9 / \text{л}$ и через 7 суток достигло нормального значения, в то время, как, в группе сравнения, лейкоцитоз держался значительно дольше и только через 14 суток количество лейкоцитов достигло нормальных значений.

Аналогичные данные получены при изучении ЛИИ. Исходный ЛИИ $4,28 \pm 0,55$ через сутки после ДП снизился до $1,93 \pm 0,13$ и в дальнейшем продолжал снижаться до нормы. Уровень ГПИ после ДП снизился на 30-50%, уровень СМ на 50-60%, возростал индекс распределения. В группе сравнения достоверность снижения ЛИИ и ГПИ отмечена только через 7 суток, а уровня СМ через 9 суток. Данное обстоятельство свидетельствует о необходимости параллельного мониторинга за уровнем эндотоксикоза (ЛИИ, ГПИ, уровня СМ и индекса распределения). После ДП отмечено достоверное снижение уровня билирубина, креатинина и СРБ.

Для изучения региональной гемодинамики использовали изменения показателей пульсоксиметрии и фотоплетизмографии. Исследования показали, что после ДП увеличивается объёмно-пульсовой кровоток в среднем на 21%, скорость кровенаполнения периферических сосудов, в среднем на 17%, а периферическое сосудистое сопротивление уменьшается, в среднем на 19%. Перечисленные обстоятельства приводили к улучшению оксигенации органов и тканей у больных в исследуемой группе, уменьшению ды-

хательной недостаточности уже к 4 суткам лечения. Отмечено что эффективность ДП была выше при применении на 1-2 сутки с момента поступления, когда $CM > 0,8$, а индекс распределения $> 1,0$, точном соблюдении показаний и методики проведения ДП.

Эффективность ДП тем выше, чем больше осуществлено эксфузий крови и больше заменено плазмы.

Выполненное у 7 пациентов отмывание эритроцитов повышает детоксицирующее действие ДП, но увеличивает время проведения процедуры в 1,5-2 раза. Существенные изменения на фоне ДП произошли в системе гемокоагуляции. Уже после первого сеанса ДП отмечено снижение гиперфибриногенемии в 1,5-2 раза, уменьшение тромбоцитопении, улучшение параметров тромбоэластограммы, уменьшение признаков ДВС-синдрома.

Таким образом, полученные данные позволили нам отметить положительное влияние ДП на некоторые основные параметры гомеостаза у детей с полиорганной недостаточностью. Мы считаем, что ДП должен широко применяться в комплексной интенсивной терапии у детей с синдромом эндогенной интоксикации любого генеза, и особенно при позднем поступлении больных.

Интерес к ДП возрастает в связи с появлением новой технологии – закрытого фильтрационного плазмафереза.

*А.А. Баранов, М.В. Николаев, В.Н. Иванов, О.А. Фефилова,
Е.М. Кашкарова, А.В. Жуйков*

Ижевская государственная медицинская академия,
Детская городская клиническая больница №2,
г. Ижевск

РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОХЛОРИДА НАТРИЯ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Вопрос о выборе метода детоксикационной и антибактериальной терапии у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) остается актуальным.

Целью данной работы явилось изучение влияния гипохлорида натрия NaClO (ГН) на динамику уровня эндотоксикоза и течения воспалительного процесса у детей с сепсисом, остеомиелитом, деструктивной пневмонией, перитонитом в условиях отделения реанимации.

Под наблюдением находилось две группы больных: I группа – больные с ГВЗ, которые получали в комплексе лечения два антибиотика (28 детей), II группа – (25 детей), которые наряду со стандартной антибиотикотерапией получали гипохлорид натрия в дозе 10 мл/кг внутривенно.

Возрастные и нозологические характеристики, а также возбудители ГВЗ в сравниваемых группах различались несущественно.

Гипохлорид натрия получали на установке ЭДО-4. Для внутривенного введения применяли ГН в концентрации 130-150 мг/л. Для местного применения использовали более высокие концентрации ГН до 600-800 мг/л.

Уровень эндотоксикоза оценивали по величине лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) гематологического показателя интоксикации (ГПИ), уровню «средних молекул» (СМ), индексу распределения (IR). Раствор ГН вводили подключичный катетер с интервалами 24-48 часов от 1 до 4 раз. Было отмечено, что в контрольной группе уровень эндотоксикоза (по данным ЛИИ, ГПИ, «СМ», IR) уменьшаются на 30-40% к 3-4 дню лечения. В группе больных, стандартная антибиотикотерапия у которых была дополнена введением ГН, аналогичное снижение уровня эндотоксикоза наблюдали уже на 2-3 сутки. Гипертермия в данной группе больных была менее выраженной и более короткой по продолжительности.

По данным пульсоксиметрии достоверного повышения содержания кислорода в крови нами не выявлено, но признаки дыхательной недостаточности быстрее регрессировали у больных, получивших гипохлорид натрия.

Особенно эффективной терапия ГН была при оптимально дренированных очагах инфекции: перитонит, остеомиелит. Ценным,

на наш взгляд, является тот факт, что гипохлорид натрия эффективно работает в первые 3 дня после операции, когда еще нет результатов чувствительности флоры к антибиотикам. Хорошо зарекомендовал ГН в тех случаях, когда флора обладала полирезистентностью к 8-12 антибиотикам. При местном применении гипохлорида натрия отмечали уменьшение экссудации и отечности краев раны. У девяти пациентов применением ГН заменили курс антибиотиков.

У пяти детей второй группы наблюдали, увеличение времени свертывания крови в течение 4-6 часов. Признаков гемолиза не отмечено.

Мы придерживались противопоказаний по применению гипохлорида натрия, описанных в литературе: анемия, геморрагический синдром. Осложнений, связанных с местным и внутривенным применением гипохлорида натрия мы не наблюдали.

Использование ГН в комплексном лечении ГВЗ позволило в более короткие сроки значительно уменьшить явления эндогенной интоксикации, повысить эффективность антибиотикотерапии, преодолеть полирезистентность отдельных штаммов флоры, сократить сроки госпитализации больных.

Метод лечения гипохлоридом натрия прост, исключительно дешев, хорошо контролируем и может быть рекомендован для широкого применения у детей при ГВЗ и эндотоксикозах различного генеза.

*Ф.Ш. Бахтиозин, П.Н.Гребнев, Ю.И.Фатыхов, Н.А.Минсабирова,
М.Р.Гильмутдинов*

Казанский государственный медицинский университет,
г. Казань

ОСТЕОЛИЗИС ЛУЧЕВОЙ КОСТИ И ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОСОРУКОСТИ У РЕБЕНКА

Спонтанное рассасывание костей у детей является очень редким, но чрезвычайно тяжелым в смысле исхода и лечения страданием. В литературе отдельные наблюдения самопроизвольного

рассасывания одной или нескольких костей описывались под названием спонтанного остеолизиса, прогрессирующего остеолизиса. Этиология заболевания до сих пор остается неизвестной. Клинически спонтанное рассасывание проявляется нередко патологическим переломом, при котором отломки не срастаются. Обычно рассасывание кости происходит на фоне повышенной гиперемии кожных покровов, отека мягких тканей. Приводим клиническое наблюдение девятилетней давности с отдаленными результатами.

Марат Ф., 10 мес. поступил 15.08.1997 г. в отделение гнойной хирургии ДРКБ МЗ РТ города Казани с диагнозом: Сепсис. Септикопиемия. Острое рожистое воспаление левого плеча и левого предплечья. Вторичный лимфостаз. Вторичный остеомиелит дистального метафиза левой лучевой кости. Пневмония. Анемия. Дисбактериоз. Ребенок доставлен санитарной авиацией в тяжелом состоянии с высокой температурой на четвертый день заболевания. Заболел остро, с высокой температуры. Появился отек в области левого предплечья, краснота, которые в дальнейшем стали увеличиваться. По тяжести состояния ребенок госпитализирован в реанимационное отделение. Неоднократно производились поисковые пункции в области левой верхней конечности мягких тканей и лучевой кости, гнойного содержимого не получено. 29.08.1997 г. операция - вскрытие, дренирование инфильтрата верхней трети левого предплечья и верхней трети левого плеча, гноя нет. Проводилась массивная антибактериальная терапия инфузионная терапия, физиотерапия. На рентгенограмме от 24.09.1997 г. - определяются деструктивные изменения в дистальном метадиафизе левой лучевой кости, остеопороз. По улучшению состояния выписан домой в циркулярной гипсовой повязке 10.10.1997 г. Повторная госпитализация в отделение гнойной хирургии 12.11.1997 г. Клинически - варусная деформация левой кисти, укорочение левого предплечья. На рентгенограмме выраженный остеолизис левой лучевой кости с сохранением только дистального эпиметафиза. Повторный курс антибиотиков, гипсовая повязка с исправлением косоруконости. В дальнейшем повторные курсы стационарного лечения в ДРКБ. В связи с прогрессированием косоруконости, недоразвития предплечья и остеолизиса лучевой кости 28.03.2000 г. выполнена операция - остеотомия локтевой кости в нижней тре-

ти и транспозиция ее на дистальный эпиметафиз лучевой кости с фиксацией фрагментов спицами Киришнера. Исправление деформации кисти. Заживление раны первичным натяжением гипсовая иммобилизация. Наблюдение все последующие годы. Деформация кисти устранена, функция ее хорошая, частичное ограничение ротационных движений левого предплечья, и его укорочение. На рентгенограмме выявляется дефект левой лучевой кости на всем протяжении с сохранением дистального эпиметафиза, сросшийся радиоульнарный костный синостоз дистального отдела левого предплечья. В доступной нам литературе мы не встретили такого способа хирургической коррекции при обширном лизисе лучевой кости у ребенка. Активность роста предплечья осуществляется за счет роста дистального эпиметафиза лучевой кости. Наблюдение за ребенком продолжается.

*Ю.В. Бендерский, О.П. Попова, Г.В. Нуреева, С.А. Калинина,
Г.А. Пикас, Е.И. Иванова, Т.С. Неделько*

Республиканский клинический кардиологический диспансер,
г. Ижевск

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ

Цель исследования: оценить клинико-функциональное состояние сердечной деятельности в предоперационном периоде и исходы хирургической коррекции у детей с ДМПП.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 87 историй болезни детей с вторичным центральным ДМПП, в том числе 20 – с сочетанным АДЛВ, которым было выполнено хирургическое лечение за период 2001-2005 гг. В предоперационном периоде проводились общеклинические исследования и ЭхоКГ на аппарате *Sonos 100CF*. Оценивались размеры ПП и ПЖ, а также расчетное систолическое давление в легочной артерии (СДЛА). В 40 случаях выполнена пластика заплатой, в 47 – ушивание дефекта. 79 пациентов (91 %) оперированы в условиях ИК с использованием детского оксигенатора фирмы *Dideco*, 8 (9%) – в условиях гипотермической защиты.

Результаты. Во всех случаях ведущими клиническими проявлениями были одышка, повышенная утомляемость, систолический шум на основании сердца, гиперволемиа (по данным рентгенографии легких). Анализ ряда параметров ЭхоКГ показал, что средний диаметр предсердного септального дефекта был в пределах $14,37 \pm 0,89$ мм, а средние размеры ПП и ПЖ до операции – соответственно $28,37 \pm 0,89$ мм и $28,06 \pm 0,81$ мм; среднее расчетное систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) – $39,83 \pm 1,48$ мм рт. ст. Полученные результаты исследования свидетельствовали о том, что хирургическое лечение данного ВПС приводит к достоверному уменьшению размеров правых камер сердца; средние значения этого показателя после операции составляли ПП – $26,1 \pm 0,8$ и ПЖ $25,37 \pm 0,7$ мм, $p < 0,05$. В случаях наблюдавшейся мягкой легочной гипертензии (23%) произошла достоверная нормализация РСДЛА. Наряду с этим в 63% исследований был достигнут полный регресс клинических проявлений СН_{IIA} ст., а в 37% - требовалась комбинированная медикаментозная терапия (гликозиды + диуретики или препараты группы АПФ + диуретики). 98,9% детей выписались домой в удовлетворительном состоянии, летальность составила 1,1%. Вместе с тем наблюдались осложнения: постперикардотомный синдром – в 8 случаях (9,2%), пневмоторакс – в 3 (3,4%), пневмония – в 2 (2,5%), умеренный гидроторакс – в 3 (3,4%), гнойный медиастинит – в 1 (1,1%), нестабильность грудины – в 1 (1,1%). В 10 наблюдениях выявлены такие нарушения ритма сердечной деятельности как фибрилляция предсердий, суправентрикулярная тахикардия, узловой ритм, СССУ. При этом у 9 пациентов медикаментозная коррекция была успешной, в одном случае (СССУ) пришлось выполнить временную ЭКС.

Выводы. 1. Хирургическая коррекция ДМПП оказала благоприятное влияние на геометрию правых отделов сердца и гемодинамические показатели. 2. Наиболее частыми нефатальными осложнениями были нарушения ритма сердца и постперикардотомный синдром; летальность составила 1,1%.

axborot-resurs markazi

С.Н. Гисак, Г.С. Большева, Н.В. Глаголев, А.В. Кутина,
А.И. Злобин, В.М. Гаглоев

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

ГРИБЫ РОДА *CANDIDA* – ПАТОГЕНЫ В ЧИСЛЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

В последние годы заметно изменились микробные ассоциации, вызывающие тяжелые гнойно-септические заболевания у детей. В их числе следует обратить особое внимание на участвовавшие высева грибов рода *Candida* из различных гнойных очагов и полостей организма ребенка. В течение 2004-2005 годов мы провели углубленные бактериологические исследования микробного спектра возбудителей хирургической инфекции у детей различных возрастных групп. В их числе, у 43 детей возраста от нескольких дней до 13 лет с различной хирургической патологией, в микробных ассоциациях возбудителей гнойной инфекции обнаруживались грибы рода *Candida*, выявлявшиеся в динамике лабораторного обследования пациентов. Это были дети дошкольного возраста, среди них преобладали мальчики в возрасте до 3 лет (79%). Следует отметить, что эти дети родились у матерей преимущественно городских жителей, возраста от 20 до 30 лет. У 14 (32,5%) из них роды были самостоятельными, а сопутствующая патология наблюдалась у 10 (23,3%) других матерей. Дети, у которых в составе возбудителей гнойной хирургической микс-инфекции обнаруживались грибы рода *Candida*, находились в хирургическом стационаре в среднем 22,7 койко-дня. Наибольшее число больных 24 (56%) составили дети с обширными термическими ожогами 2-3 степени. С гнойными заболеваниями мягких тканей и костей было 12 (29%) детей и 4 (9,3%) больных грудного возраста с врожденными пороками развития и в единичных случаях – пациенты с травмой мягких тканей. Грибы рода *Candida* высеивались: из ран и гнойных полостей – у 22 (51%) пациентов, при термических

ожогах с последующей некрэктомией и кожной пластикой – у 12 (27,8%); у остальных 9 (21,2%) пациентов - из материала, взятого во время операций по поводу гнойного перитонита, кишечной непроходимости, гидроцефалии. Грибы рода *Candida* высевались в бакпосевах у 28 (65%) больных уже в первую неделю их лечения в стационаре, у остальных 15 (35%) детей – в конце второй недели болезни. Следует отметить, что вместе с различными штаммами грибов рода *Candida* из гнойных очагов больных детей высевались *Staphylococcus aureus* – у 16 (37%) пациентов, *Streptococcus viridans* – у 9 (21%) больных, *Pseudomonas aerogenosae*, *Klebsiellae pneumoniae*, *Enterococcus* – у 7 (16%) детей. В единичных случаях грибы рода *Candida* у больных детей сочетались в бакпосевах со следующими микроорганизмами: *Enterobacter*, *E. coli*, *Moraxella*, *Micrococcus*, *Corinebacterium xerosis*, *Moraxella*.

В комплексном лечении анализируемой группы детей с микстинфекцией широко использовались антибиотики широкого спектра действия, с учетом установленной в бакпосевах чувствительности гноеродного микроорганизма и противогрибковые препараты, с учетом штамма грибов рода *Candida* (*Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida pseudotropicalis*, *Candida crusei* и др.).

Г.А. Гаджимирзаев, Я.М. Яхъяев, Г.М. Гитинов,
И.А. Алиев, П.А. Шихабудинова

Дагестанская государственная медицинская академия,
г. Махачкала

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ВЫВИХ БЕДРА У ДЕТЕЙ

Патологический вывих бедра у детей представляет одну из наиболее актуальных проблем ортопедии и сопровождается тяжелыми нарушениями функции опорно-двигательного аппарата, приводящих не только к косметическому дефекту, но и инвалидности. Нами проведен анализ результатов лечения 59 детей, перенесших остеомиелит проксимального отдела бедра, осложненного патологическим вывихом и находившихся на лечении в отделениях орто-

педии Детской республиканской клинической больнице г. Махачкалы за последние 10 лет. Возраст детей колебался от 7 дней до 3 лет. Мальчиков было 28 (47,5%), девочек 31 (52,5%). Для диагностики эпифизарного остеомиелита бедренной кости использованы новейшие достижения медицинской техники: РКТ, МРТ, тепловидение и микробиологическое исследование пунктата, что способствовало своевременной диагностике и позволяло приступить к раннему адекватному лечению коксита.

Больные были разделены на 2 группы: с острым гематогенным остеомиелитом и ранним вывихом бедренной кости (20 больных) и поздним патологическим вывихом (39 больных). Больные первой группы лечились консервативно, а второй – консервативно и оперативно. Проведено 24 различных оперативных вмешательств.

К «ранним» отнесены вывихи, развившиеся на протяжении первых 3 месяцев заболевания. К «поздним» – более 3 месяцев от начала заболевания. При рано начатом лечении острый период сокращался до 4-5 недель, после чего больные носили стремена Павлика, а при необходимости накладывали шину Виленскую или гипсовые распорки по Гернгиазарову на 6-8 месяцев. Иммобилизацию применяли дольше, чем при лечении врожденного вывиха бедра, что предупреждало релюксацию. Наш опыт показал также, анкилозы у маленьких детей не развивались даже при длительной иммобилизации конечностей.

Оперативная реконструкция проксимального конца бедра осуществлена с помощью корригирующих остеотомий, направленных на устранение антеторсии, коррекцию шейечно-диафизарного угла, уравнивание длины конечностей. Наиболее часто использовалась дисторсионно-варизирующая остеотомия. При недостаточности свода вертлужной впадины применяли остеотомию таза типа Солтера с хорошим результатом лечения.

В заключение следует подчеркнуть что в лечении патологического вывиха бедра у детей и их последствий остается еще много недостаточно изученных вопросов. Тяжесть и многообразие пора-

жений обуславливают трудности в диагностике и лечении данного контингента больных. Они требуют длительного, многоэтапного оперативного лечения и постоянного наблюдения ортопеда.

Л.П. Гришанов, Е.Р. Барсегян

Нижегородская областная детская клиническая больница,
г. Нижний Новгород

ОПУХОЛЬ БАРРЕ–МАССОНА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА, ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ХИРУРГА И ВРАЧА СТАЦИОНАРА

Панариций, в том числе костный, является наиболее частой патологией, встречающейся в практике амбулаторного врача и хирурга стационара. Боли, инфильтрация мягких тканей, костные поражения часто служат поводом к неправильно выбранной тактике оперативного лечения, не приносящей облегчения больному, и является диагностической ошибкой, как у молодых, так и у врачей со стажем. Надо помнить, что кроме воспалительных поражений фаланги могут быть редко встречающиеся формы заболевания, протекающие с поражением кости. Как писал В.А. Оппель: «чтобы вспомнить, надо знать». Одним из таких заболеваний является опухоль Барре-Массона, которая является своеобразной опухолью, развивается из артерио-венозных анастомозов гломусного типа. была описана в 1920 г. *Barre*. Клинико-морфологическая характеристика опухоли впервые описана в 1924 г. *I. Barre* и *Masson*. [Н.Е. Маргорин, 1986].

Микроскопически опухоль состоит из мелких сосудов, выстланных эндотелием, окруженных муфтами из эпителиальных клеток, напоминающих гломусные клетки; богато снабжена нервными волокнами.

Опухоль «гломус-ангиома» относится к редким опухолям. Возникает чаще на конечностях под ногтями, в мякоти пальцев, на ладонях, подошвах, реже на лице, туловище, твердом небе, в почках, костях, желудке [А.Г. Костин, 1993; Ф.К. Папазов, 1988; Д.Р. Штульман, 1995]. Размеры переменны – от 0,2 мм до 4-5 см. Важным

признаком гломус-ангиомы является их одиночность [Б. Петерсон, 1964]. По своей структуре и течению относятся к доброкачественным новообразованиям. В результате прорастания опухоли вторично поражается кость фаланги. При четко выраженной клинической картине рентгенологическое исследование требуется лишь для подтверждения диагноза. На рентгенограммах в дистальной фаланге соответственно локализации опухоли обнаруживается либо груботрабекулярный рисунок костной ткани, либо округлые, иногда со склеротическим ободком дефекты кости [В.В. Кузьменко, 1987].

Опухоль Барре–Массона чаще возникают у женщин. При расположении под ногтем опухоль имеет вид синюшного пятна, в котором при надавливании на ноготь появляется белесоватое ядро просовидной формы. Другой клинической особенностью опухоли являются интенсивные боли, усиливающиеся от охлаждения, согревания, возможна иррадиация в шею, плечо, голову, область сердца. Полагают, что описываемые болевые приступы вызываются сдавлением большого количества нервных окончаний. Лечение - оперативное. По нашему мнению, оптимальный доступ с удалением ногтевой пластинки.

В доступной литературе мы не встретили случаев опухоли Барре–Массона у детей, поэтому приводим два наших наблюдения:

Вася Н., 12 лет, госпитализирован в I хирургическое отделение НОДБ 22 июня 1979 г. с жалобами на боли в течение последних 2-х месяцев в первом пальце левой кисти. Визуально концевая фаланга первого пальца без особенностей. При рентгенологическом обследовании костей – полость. Операция – разрез типа Клаппа – обнажена ногтевая фаланга, имеется образование типа запонки, перфорирующая кость. Удаление и выскабливание краев дефекта металлической ложкой. Швы.

Юрий Ж., 14 лет, госпитализирован 17 июля 2001 г. с диагнозом: хронический остеомиелит второго пальца правой кисти. Боли в течение недели. Пальпация фаланги умеренно болезненна. На рентгенограммах – овальный костный дефект ногтевой фаланги. Операция 17 июля – удаление ногтевой пластинки, имеется круговой дефект ногтевой фаланги, выполненный сырообразной массой. Экскохлеация металлической ложкой, губка, повязка. При гистопатологическом исследовании – микроскопическое строение гломус-ангиомы с острым и хроническим воспалением.

*С.Н. Гисак, А.В. Тищенко, Н.Д. Нейно, Н.В. Глагольев,
В.И. Руднев, В.М. Гаглоев, С.З. Заскин*

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

На протяжении более двух десятилетий в клинике хирургии детского возраста Воронежской Государственной медицинской академии имени Н.Н.Бурденко успешно используется гипербарическая оксигенация (ГБО) в этапном восстановительном лечении детей с различной врожденной и приобретенной хирургической патологией. В комплексном лечении детей с тяжелыми токсико-септическими и септико-пиемическими формами острой гнойной хирургической инфекции, включая больных острым гематогенным остеомиелитом (72), разлитым гнойным перитонитом (86), обширной некротической флегмоной новорожденных (23), обширными гнойными ранами мягких тканей (146), в том числе с явным сепсисом (34), острой гнойной деструктивной пневмонией (87), другими гнойно-септическими заболеваниями (456) гипербарическая оксигенация была обязательной и эффективной.

Сеансы гипербарической оксигенации (ГБО) больным гнойно-септическими заболеваниями, выполнялись в зависимости от возраста и тяжести заболевания, в режиме 1,7-2 атм., с экспозицией 40-60 минут. Следует отметить отчетливую эффективность каждого последующего, повторно проводившегося сеанса ГБО детям, больным острой гнойной хирургической инфекцией, отмечавшуюся на фоне этиопатогенетической, комплексной интенсивной терапии. Это проявлялось значительным улучшением общего состояния больных, в связи со снижением интоксикации, гипоксии, уменьшением метаболических нарушений. Особенно выраженной была эффективность сеансов ГБО у детей в возрасте до 3 лет, что указывало на особую целесообразность включения гипербаричес-

кого кислорода в комплекс лечебных мероприятий при септическом течении острого гематогенного остеомиелита в этой возрастной группе больных детей.

Анализ результатов применения ГБО в комплексном лечении детей с острым гематогенным остеомиелитом, разлитым гнойным перитонитом, а так же в целом, в этой большой разнородной группе детей больных острой гнойной хирургической инфекцией различной локализации, позволил разработать индивидуальный подход к выбору режимов применения гипербарического кислорода в зависимости от возраста ребенка, тяжести течения патологического процесса.

Так, детям в возрасте до 1 года больным гнойно-септической инфекцией, оказалось наиболее эффективным и рациональным проводить сеанс ГБО в режиме 1,3-1,6 атм., экспозицией 35-45 минут, а детям возраста от 1 до 3 лет – в режиме 1,8-2 атм., экспозицией 45 минут, больным возраста старше 3 лет – в режиме 2 атм., экспозицией 45-60 минут.

В целом, получаемый значительный положительный результат использования гипербарического кислорода в комплексном лечении детей с тяжелой гнойно-септической патологией, сопровождающейся гипоксией, интоксикацией, дисфункцией внутренних органов, обусловленной тяжелыми метаболическими нарушениями, свидетельствует о необходимости использования ГБО в широкой клинической практике в лечении этой частой и грозной патологии детского возраста.

А.А.Гумеров

Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа

РОЛЬ МАГНИТНОРЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И АРТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНОВИИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Диагностика и лечение заболеваний суставов у детей, сопровождающихся синовитом, является проблемой, требующей учас-

тия специалистов различного профиля. Нозологическая дифференциальная диагностика синовитов коленного сустава у детей весьма трудна, особенно в амбулаторных условиях.

Общепринятые клинико-рентгенологические методы диагностики для распознавания синовита коленного сустава у детей малоинформативны.

Обладая высокой возможностью получения контрастного изображения мягких тканей, в частности, синовиальной жидкости, магнитно-резонансная томография (МРТ) широко применяется для диагностики травматических изменений коленного сустава (КС) у взрослых пациентов. Однако в педиатрической практике для диагностики синовита коленного сустава МРТ используется недостаточно.

Целью исследования явилось изучение возможностей магнитно-резонансной томографии и артроскопии в диагностике и лечении синовита коленного сустава у детей.

В основу данного исследования положен анализ результатов лечения 87 пациентов в возрасте от 3 до 17 лет, находившихся в отделении травматологии Республиканской детской клинической больницы по поводу синовита коленного сустава.

При изучении анамнеза выявлены следующие жалобы: боль в коленном суставе при длительной ходьбе и максимальном сгибании, ограничение объема движений, хромота, наличие припухлости преимущественно в верхнем завороте сустава. При обследовании выявлены: симптом баллотирования надколенника, при пальпации в проекции менисков и мышечков бедра – болезненность в области суставной щели.

До поступления в клинику больные в течение продолжительного времени (от 1 до 5 лет и более) получали лечение в различных лечебных учреждениях с диагнозом ушиб, артрит коленного сустава, растяжение связок и т.д. У всех детей в анамнезе отмечалась травма, в том числе у 21 пациента установлена повторная травма коленного сустава.

Всем обследованным больным проводилась полипозиционная рентгенография, магнитно-резонансная томография и артроскопия.

Обследование детей проводилось на магнитно-резонансном томографе «*Magnetom Open*» фирмы «*Siemens*» (Германия), с напряженностью магнитного поля 0,2 Тесла в аксиальных, сагиттальных, коронарных и косых проекциях, в режимах T1 и T2-взвешенных изображений (ВИ), а так же *STIR*-импульсной последовательности (с подавлением сигнала от жировой ткани).

На МРТ определялось изменение интенсивности магнитно-резонансного сигнала в полости сустава, преимущественно в верхнем и латеральном заворотах за счет выраженного скопления жидкости, со стандартной девиацией сигнала (гиперинтенсивный на T2 ВИ и гипоинтенсивный на T1 ВИ). Однако данная картина может быть обусловлена не только синовитом, но также и другой патологией КС. Для уточнения характера процесса нами проводилось контрастное усиление сигнала препаратами Гадолиния. На постконтрастных T1-взвешенных изображениях в аксиальной проекции отчетливо выявлялось усиление интенсивности сигнала от синовиальной оболочки сустава, а также разрастания синовии, свободно свисающие в просвет верхнего заворота. Ограниченное скопление синовиальной жидкости в подколенной ямке (киста Беккера) в пространстве между медиальной и латеральной головками двубрюшной мышцы выявлено у 6 детей, в том числе у 2 пациентов определялась ножка, соединяющая кисту с полостью сустава.

При МРТ в ходе исследований выявлены различные патологии коленного сустава, на фоне которых развился синовит: повреждения менисков КС – у 25 пациентов, болезнь Гоффа – у 19 детей, хондропатия мышелка бедренной кости со свободными костно-хрящевыми фрагментами – у 11 пациентов, повреждения суставного хряща – у 4 детей, виллезно-нодулярный синовит – у 8 пациентов, реактивный синовит – у 13, травматический синовит – у 7.

Одним из редких и трудных в диагностике поражений коленного сустава является виллезно-нодулярный синовит. На МРТ при

диффузной форме наблюдается расширение суставного пространства, разрастание синовиальной оболочки с образованием узлов, схожих с другими заболеваниями синовиальной оболочки.

На МРТ при узловом виллезно-нодулярном синовите определяется масса округлой формы в инфрапателлярной области, с интенсивными характеристиками МР-сигнала на T1 ВИ и T2 ВИ из-за присутствия гемосидерина, эрозия кости, образование костных кист с геморрагией.

С целью уточнения локализации и глубины повреждений элементов коленного сустава всем больным на заключительном этапе проводилась диагностическая и лечебная артроскопия., а также прицельная биопсия наиболее измененных участков синовиальной оболочки и патологических структур сустава. Проведенное гистологическое исследование биопсийного материала подтверждало выявленную патологию коленного сустава.

Для артроскопии коленного сустава использовалось стандартное оборудование фирмы "Karl Storz GmbH" с набором для операционной артроскопии. Операции проводились под общим обезболиванием и жидкостным заполнением сустава (физиологическим 0,9% раствором от 3 до 6 литров).

Во время артроскопии коленного сустава обнаруженная на МРТ патология верифицирована интраоперационно.

Длительное нахождение инородного тела (стекло, кусочек иглы и щепки) в суставе явилось причиной синовита у 5 детей. У трех пациентов диагностирован синовит хламидийной, у одного – туберкулезной этиологии, и у 6 больных – постравматический синовит. Во время артроскопии в подавляющем большинстве случаев выявлено наличие мутного синовиального выпота, гипертрофия, гиперемия, инъектирование и утолщение сосудов синовиальной оболочки. В половине наблюдений (47 детей) в различных отделах полости сустава обнаружены массивные спайки. Во всех случаях спайки были иссечены. У 12 пациентов выявлена фиксация гипертрофированного жирового тела к поврежденной части мышечка

бедренной кости и суставного хряща или к надрыву связок. В 11 случаях в коленном суставе отмечено ущемление тел Гоффа, вызывающее клинику блокады сустава, а также кровоизлияние в жировое тело.

Лечебная артроскопия включала в себя парциальную менискэктомию, удаление свободных внутрисуставных тел, обработку и шейвирование области повреждения хряща, туннелизацию костей спицей, частичную резекцию жирового тела, рассечение спаек (артролиз), биопсию синовиальной оболочки и т.д.

При артроскопии выявлены характерные признаки виллезно-нодулярного синовита: синовиальная оболочка имела желтый цвет и была несколько гипертрофированной. Сосудистый рисунок ее практически отсутствовал. Ворсинки во всех отделах сустава были извитой формы и ярко выражены (картина напоминала водоросли). Цвет ворсинок варьировал от темно-желтого до коричневого. Сосудистый рисунок отсутствовал. Изменений со стороны суставного хряща и наличие фибрина в полости сустава нами не обнаружено.

Таким образом, применение МРТ и артроскопии при синовитах коленного сустава у детей позволяет верифицировать диагноз и определять адекватную тактику лечения и необходимый объем оперативного вмешательства.

А.Г. Грибанов, А.Д. Ефременко, М.Н. Дардина,

А.М. Тропивской, Е.А. Баженов

Детская краевая клиническая больница,

г. Хабаровск

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАНЗИТОРНОГО КОКСИТА У ДЕТЕЙ

Транзиторный коксит (ТК) – относительно частое заболевание у детей этиология и сущность которого до настоящего времени остаются не расшифрованными. В патогенезе заболевания основную роль играет повышение давления в полости сустава, вследствие накопления внутрисуставной жидкости, приводящее к ише-

мии и дегенеративным изменениям тазобедренного сустава. Отсутствие чётких представлений об этиологии и патогенезе приводит к выбору различных методов в лечении. Большинство врачей придерживаются беспункционной методики включающей постельный режим, противовоспалительную терапию, курс антибиотиков, стабилизирующее вытяжение за бедро. Другие в комплекс лечебных мероприятий включают пункцию сустава для декомпрессии. У 3,4% пациентов в отдалённый период после перенесённого ТК, диагностируется болезнь Пертеса. В ДККБ г Хабаровска проведён анализ лечения 202 детей в возрасте от 6 мес до 15 лет находившихся в детском хирургическом отделении в 2001-2005 гг. По возрасту дети распределились следующим образом: 6 мес. – 3 года – 40 (19,8%), 4-7 лет – 96 (47,5%), 8-15 лет – 66 (32,7%). Девочек – 74 (36,6%), мальчиков – 128 (63,4%). Наблюдалась сезонность в заболевании: большая группа детей (60,7%) заболели в период декабря-апреля, что совпадало с пиком заболеваемости острыми респираторно-вирусными инфекциями (ОРВИ). Поводом для госпитализации в хирургическое отделение являлось подозрение на гнойный процесс в суставе. Большинству детей (86%) проводилась пункция сустава, микроскопия выпота. Осложнений не отмечено. Показания к пункции выставлялись при сочетании следующих факторов: сомнительная клиническая картина и невозможность исключения гнойного процесса, расширение суставной щели при рентгенографии, данные ультразвукового исследования (УЗИ). Метод УЗИ проводится всем детям с подозрением на воспаление в суставе и является одним из самых достоверных. Сонографическими симптомами являются: расширение суставной щели, наличие избыточной жидкости с измерением её количества, утолщение синовиальных оболочек. Клиническая симптоматика нивелировалась на 2-4 сутки с момента начала лечения. Таким образом, прослеживается связь сезонного подъёма заболеваемости ОРВИ с транзиторными кокситомы. В структуре заболеваемости преобладают дети в возрасте до 7 лет. Мальчики болеют почти в

2 раза чаще. Метод УЗИ в настоящее время является обязательным и приобретает ведущее значение. Пункция сустава, является лечебно-диагностическим мероприятием и создаёт условия для улучшения микроциркуляции и трофики тазобедренного сустава, снижает риск развития асептического некроза головки бедра. Микроскопия пунктата является достоверным диагностическим тестом для исключения гнойного артрита, острого гематогенного остеомиелита.

А.А. Гумеров, А.А. Абзалилов

Республиканская детская клиническая больница,

г. Уфа

МАГНИТОРЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ И АРТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Лечение гнойного артрита у детей вызывает определенные трудности. Благоприятный результат лечения указанной патологии зависит от ранней диагностики и своевременного комплексного лечения (В.П. Росин и др., 2003; А.Ю. Мушкин и др., 2003).

Целью нашей работы явилось определение эффективности магнитно-резонансной томографии (МРТ) и артроскопии в диагностике и лечении гнойного артрита коленного сустава у детей.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели нами анализированы результаты диагностики и лечения гнойного артрита у 28 детей в возрасте от 7 до 15 лет. Мальчиков было 11, девочек – 17.

Всем больным проводились клинико-рентгенологическое исследование и магнитно-резонансная томография с помощью "Magnetom OPEN" фирмы SIEMENS (Германия) с напряженностью магнитного поля 0,2 Т в трех проекциях (сагитальной, коронарной, аксиальной) в режимах T1, T2 взвешенных изображений (ВИ) STIR ИП.

На МРТ при гнойном артрите коленного сустава определялось увеличение объема сустава за счет скопления гноя преимущественно в верхнем и латеральном заворотах, имеющего неоднород-

ную интенсивность сигнала гиперинтенсивную на T2 ВИ и STIR ИП и гипоинтенсивную на T1 ВИ.

У 9 детей гнойный артрит диагностирован при остром гематогенном остеомиелите (ОГО) дистального метадиафиза бедренной кости. У 3 пациентов гнойный артрит отмечен как проявление септикопиемической формы (ОГО) плечевой кости и костей таза.

В результате комплексного исследования детей с гнойным артритом были выявлены различные причины заболевания. У 3 детей гнойный артрит был связан с проникающим ранением коленного сустава, а у 4 пациентов гнойный артрит развился как самостоятельное заболевание. У 9 больных гнойный артрит явился следствием остеомиелита дистального метафиза бедренной кости, у 12 – как проявление септикопиемической формы ОГО различной локализации.

Для лечения гнойного артрита в 15 случаях проводилась традиционная операция повторной пункции, при отсутствии эффекта дренирование сустава, а в 4 наблюдениях – миниартротомия. У 13 детей проводилась артроскопия коленного сустава с целью санации гнойного очага. Артроскопия проводилась с использованием стандартного оборудования фирмы "Karl Storz GmbH" с операционным набором. Исследование осуществлялось под общим обезболиванием и проточным заполнением сустава физиологическим 0,9% раствором хлорида натрия (от 3 до 6 литров).

При артроскопическом вмешательстве проводилась механическая очистка сустава от гноя, фибрина и некротических масс, а также рассечение множественных массивных спаек между мышелками бедра и капсулы сустава. Осуществлялось промывание полости сустава изотоническим раствором натрия хлорида. Операция завершалась дренированием коленного сустава для последующего промывания раствором антисептиков и введения антибиотиков.

Таким образом, МРТ является высокоинформативным неинвазивным методом для диагностики гнойного артрита у детей. Артроскопическая диагностика и лечение данной патологии у детей является эффективным и малотравматичным методом.

В.А. Дашиев, А.Б. Айтжанов

Научный центр педиатрии и детской хирургии,

г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ РЕОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ НАРУШЕНИЯ КРОВОТОКА ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ

Из функциональных исследований кишечного кровотока применяли метод внутрикишечной эндоскопической реографии, которая позволяет дать характеристику артериального кровенаполнения, состояние тонуса артериальных сосудов, венозного оттока, микроциркуляции.

Проведено 26 реографии илеоцекальной зоны толстой кишки. Из них у 16 детей с признаками недостаточности илеоцекального запирающего аппарата (НИЦЗА). Они составили основную группу. Оставшихся 10 детей составили контрольную группу.

Данные реограмм у детей контрольной группы показали на возрастную динамику количественных показателей. Выявленные изменения указывают на то, что по мере роста ребёнка повышается тонус артериальных сосудов кишечника. Об этом свидетельствовал как количественный, так и качественный анализ реоволн. Показатели реограмм контрольной группы мы сравнили с результатом реографии полученных у детей, страдающих НИЦЗА.

Анализ полученных результатов реографии говорил о том, что в случае наличия у детей НИЦЗА, наблюдаются изменения в гемодинамике кишечника, свидетельствующие о наклонности к повышению тонуса артериальных сосудов и снижения их эластичности, что выражалось в снижении реографического индекса, увеличении длительности анакроты и реографического коэффициента. Качественно реографическая кривая при НИЦЗА характеризовалась закруглением вершины и смещением дикротического зубца к вершине, что определяло увеличение дикротического индекса. В некоторых случаях (2-12,5%) у больных детей регистрировался вазодилатационный тип кривой, свидетельствующий о

снижении тонуса сосудов кишечника. Это проявлялось в нарастающей крутизне подъёма, укорочения длительности анакроты, увеличении амплитуды основной волны, заострении её вершины, смещением увеличенного дикротического зубца к основанию реоволны.

Установленные различия в гемодинамике кишечника, связаны с определённой этапностью изменений реографических показателей при наличии НИЦЗА. С течением патологического процесса и присоединением илеита тонус сосудов, обеспечивая уровень кровотока, начинает повышаться, перерастая в отдельных случаях (3 - 18,8%) в патологический артериальный спазм. Затем компенсаторные возможности сосудов начинают истощаться и наступает дилатация сосудов, что подтверждается тем, что данное нарушение гемодинамики фиксировалось лишь у детей старшего возраста, у которых диагностированы заболевания толстого кишечника с поражением ИЦЗА органического генеза.

Таким образом, нами было выявлено 3 типа нарушения регионального кровотока у детей с заболеваниями толстого кишечника, сопровождающихся недостаточностью баугиниевой заслонки. Выявленные изменения в состоянии сосудистого кровотока позволяют в каждом отдельном случае, формировать показания к хирургическому, либо консервативному лечению детей с заболеваниями толстого кишечника, сопровождающихся НИЦЗА.

В.А. Дашиев, А.Б. Айтжанов, Л.Ю. Джунусова

Научный центр педиатрии и детской хирургии,

г.Алматы

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

В последние годы с целью выявления патологических состояний толстой кишки всё чаще стал применяться ультразвуковой метод исследования (УЗИ).

УЗИ высоко информативно при диагностике врождённых аномалий толстого кишечника. Так, при проведении эхографии дис-

тальных отделов толстой кишки у 26 детей в возрасте от 5 до 15 лет, в 21 случае (80,7%) была выявлена УЗ картина долихосигмы. При заполнении кишки жидкостью отчётливо определяются петли сигмовидной кишки. Особенно чётко они визуализируются в момент заполнения кишечника, когда вода переходит из одной петли в другую, это хорошо видно при продольном сканировании. Петли кишки чаще всего соприкасаются друг с другом и расположены в сагиттальной плоскости, но могут быть и горизонтальные S-образные петли, которые можно распознать только при перемещении датчика вдоль кишки.

Наряду с данной патологией толстой кишки, был отмечен случай у больного 14 лет неспецифического язвенного колита, сочетавшегося с недостаточностью баугиниевой заслонки, подтверждённого во время проведения колоноскопии. Эхографически это выглядело следующим образом: толщина стенки достигала 12-14 мм, нарушалась послойность стенки, исчезала гаустрация, внутренняя поверхность приобретала бугристый вид из-за полипообразных разрастаний слизистой, контуры её были неровными, отмечались эхонегативные дефекты вплоть до мышечного слоя. При этом можно было оценить наличие сужения просвета толстой кишки до 10-15 мм.

По данным некоторых авторов, УЗИ не показательно при диагностике полипов толстой кишки, так как при этом часты диагностические ошибки (до 40%). Однако, при эхографии толстого кишечника у ребёнка 5 лет, поступившего на обследование с подозрением на опухоль брюшной полости и хроническими запорами, впервые были выявлены полиповидные образования в проекции поперечно-ободочной кишки и петель тонкой кишки размерами 4,0 x 4,5 см, контур их был неровный, структура неоднородная. В последствии, при проведении колоноскопии, а затем и интраоперационно, данный диагноз был полностью подтверждён.

Таким образом, УЗИ является довольно перспективным методом диагностики заболеваний толстого кишечника, однако он ещё не нашёл своего достойного применения в детской практике.

С.Л. Дручкова, Е.И. Яцеева, О.П. Максимова, Т.А. Чебанова.

Е.П. Иванова, С.Г. Яцеев

Читинская государственная медицинская академия

Областная детская клиническая больница №1,

г. Чита

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ БЦЖ-ОСТИТА

За последние 2 года отмечается увеличение числа детей раннего возраста с осложнениями БЦЖ вакцинации. Для детских хирургов данное осложнение представляет интерес в плане дифференциальной диагностики с метаэпифизарным остеомиелитом. Установление правильного диагноза важно для своевременного назначения специфической терапии.

По литературным данным частота БЦЖ оститов по Санкт-Петербургу составила 9,9 случаев на 100000 вакцинированных новорожденных, что соответствует европейским данным (Швеция, Финляндия, Чехия) и в 30 раз превышает статистические данные по России (0,3 на 100000).

Наиболее характерные клинические данные для этой патологии: возраст ребенка до 2-х лет, вакцинация БЦЖ при рождении, нормоэргическая чувствительность к туберкулину, отсутствие туб-контакта. Длительный анамнез заболевания от 1 до 2-х месяцев, удовлетворительное состояние ребенка при выраженных изменениях со стороны конечности в виде мягкотканого компонента без воспалительных изменений кожи, обширных очагов костной деструкции в метаэпифизарной зоне.

Сложность диагностики заключается в низкой частоте выделения микобактерий туберкулеза, как в пункционной биопсии, так и в операционном материале. Трудности этиологической диагностики специфических костных поражений позволяют поставить диагноз и без бактериологического подтверждения. После установления диагноза и консультации тубостеолога и фтизиатра детей переводят в специализированный стационар для проведения комплексного лечения: химиотерапии с оперативным лечением.

По нашим наблюдениям за 2003 год выявлено 2-е больных, за 2004 год – 4 в возрасте от 9 месяцев до 1,5 лет (4 мальчика и 2 девочки). 5 детей поступали с диагнозом острый гематогенный остеомиелит, 1 с подозрением на опухоль бедренной кости. Клиническая картина на начальных этапах была довольно скудная: температура тела на нормальных цифрах, изредка субфебрильная. Дети щадили конечность, возникала хромота, ограничение движений. С развитием заболевания, в области очага поражения появлялся мягкотканый компонент без четких границ малоболлезненный, кожа над ним не изменена. Уже при первичной рентгенографии в отличие от остеомиелита определялся очаг деструкции костной ткани в эпиметафизе с четкой границей. Чаще процесс локализовался в большеберцовой кости – 4 детей, бедренной – 2 детей.

Всем детям по экстренным показаниям выполнялась санация гнойного очага в кости и мягких тканях. Во всех случаях гистологическая картина соответствовала специфическому поражению. Микобактерия была выделена в одном случае. В последующем у 3 детей проведена повторная санация гнойного очага. При контрольном обследовании детей через год произошло полное восстановление костной структуры в очаге поражения, на фоне специфического лечения.

А.Д. Ефременко, А.М. Тропивской, М.Н. Дардина, А.Г. Грибанов
Детская краевая клиническая больница,
г. Хабаровск

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ШВА

С 1998 года в отделении хирургии Детской краевой клинической больницы г. Хабаровска применяется методика лечения костного панариция дистальных фаланг кисти с наложением первичного шва без дренирования.

Краткое описание методики операции: под жгутом, наложенным на основную фалангу пальца, производился дугообразный раз-

рез мягких тканей в апикальной части дистальной фаланги пальца. Удалялись некротические мягкие ткани, свободно лежащие костные секвестры и резецировалась дистальная часть костной фаланги в пределах здоровой ткани. Уровень резекции предварительно определялся по рентгенограмме. Полость заполнялась порошком ампициллина или цефазолина. Кожная рана наглухо ушивалась узловыми капроновыми швами. Всего с 2000 по 2005 год на лечении в хирургическом отделении, по поводу костного панариция дистальных фаланг кисти, находилось 115 детей. Из них мальчиков было 71 (61,5%), девочек 44 (38,5%). По возрасту: от 1 года до 3 лет - 5, от 3 до 10 лет - 31, с 10 до 15 лет - 79. Все дети оперированы. Всего проведено 133 операции. В 38 случаях под местной анестезией по Оберсту-Лукашевичу, в 77 случаях применялся внутривенный и масочный наркоз. У 18 пациентов потребовалась повторная операция, в связи с продолжающимся воспалительным процессом (под общим обезболиванием). Все пациенты нами были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 65 больных у которых проводилось вскрытие панариция с дренированием раны без наложения швов. Во вторую группу - 50 больных, у которых была проведена остеонекрэктомия с наложением первичного шва без дренирования раны. В первой группе средние сроки госпитализации составили 14,4 дня, повторные операции потребовались в 15 (23%) случаях. Перевязки проводились ежедневно с применением водорастворимых мазей на основе полиэтиленгликоля. Раны заживали вторичным натяжением. Сроки заживления раны отмечались к моменту выписки. Во второй группе средние сроки госпитализации составили 7,8 дней, повторные операции у них потребовались в 6 (12%) случаях. Перевязки проводились через день, применялись сухие асептические, либо полуспиртовые повязки. Раны заживали первичным натяжением. Во всех случаях второй группы больных отмечен хороший косметический и функциональный результат. Таким образом, методика лечения костного панариция путём остеонекрэктомии, с применением первичного

шва позволила добиться скорейшего заживления послеоперационной раны с одномоментным купированием гнойного процесса, уменьшить сроки стационарного лечения и экономические затраты.

А.А. Ерекешов, К.К. Медеубаева, К.Т. Турсунов,

А.Е. Ерекешов, А. Жунусов

Казахский национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова,

г. Алматы

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕПРЯМОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЯХ С ПЛЕВРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ У ДЕТЕЙ

Работа основана на анализе и изучении 87 больных с различными воспалительными заболеваниями плевры получавших лечение в ДГКБ №1 г. Алматы за период с 2003 по 2005 г.

В соответствии с поставленными задачами с учетом клинической характеристики, и главным образом в зависимости от примененного метода лечения 87 больных с плевритами были разделены на 2 клинические группы: В первую (контрольную) группу вошли 40 больных, которые получали антибиотикотерапию традиционным способом. В основную группу вошли 47 больных, которые получали регионарную лимфатическую антибиотикотерапию по разработанной в клинике методике.

Комплексная терапия детей с плевритами включала в себя общепринятые принципы лечения гнойно-воспалительных заболеваний легких и плевры. В процессе лечения больным основной и контрольной групп выполнялись плевральные пункции, дренирование плевральной полости и другие методы лечебного воздействия в виде физиотерапевтических процедур. Интенсивная терапия была направлена на коррекцию дыхательных расстройств, нарушений сердечно-сосудистой деятельности, кислотно-основного равновесия, дезинтоксикацию, борьбу с гипертермией.

Плевральные пункции были применены во всех случаях. Пункцию плевральной полости проводили 1 раз в сутки. Частота пункции и интервала между ними определялись по клинико-рентгенологическим данным: 8 больным детям была произведена пункция 1 раз на курс лечения; 15 больным – 2 раза; 29 больным – 3 раза; 27 больным 4 раза и 8 пациентам, из-за накопления в плевральной полости обильного вязкого экссудата решено было применить дренирование плевральной полости по Бюлау. Летальных исходов не наблюдалось.

Регионарная непрямая лимфатическая антибиотикотерапия проведена в клинике у 47 больных основной группы, с различными формами плевритов. Этот способ антибактериальной терапии проводился у больных от 3 до 5 раз в зависимости от клиники и данных рентгенологического исследования. Каких либо осложнений во время ее проведения не наблюдалось.

Анализ динамики течения заболевания у этих больных проводился на основании учета положительных сдвигов в температурной кривой, снижение интоксикации, купирования симптомов поражения легких и плевры (кашель, одышка, физикальные данные) и нормализации рентгенологической картины. При применении НРЛАТ нормализация клинико-рентгенологической картины наступала в среднем со вторых суток с полным купированием на 7-10 дней, а также отмечалось снижение количества плевральных пункции без проведения дренирования в среднем до 3-х раз на курс лечения.

Таким образом, результаты проведенных наблюдений показывают, что включение в комплексную терапию регионарного лимфатического введения антибиотиков в за грудинное пространство в лечении плевритов у детей, приводит к более быстрому улучшению общего состояния, нормализации общеклинических показателей, значительному сокращению времени пребывания в стационаре, что говорит о высокой эффективности данного метода.

А.А. Жидовинов, П.И. Чупров, М.П. Чупров

Астраханская государственная медицинская академия.

г. Астрахань

РОЛЬ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ И ИММУНОГЛОБУЛИНА М В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Одной из наиболее частых причин развития осложнений послеоперационного периода является острый аппендицит, особенно его деструктивные формы. Так внутрибрюшные осложнения при остром аппендиците составляют 0,06-1,9%, что связано с большей заболеваемостью аппендицитом у детей по сравнению с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Кроме этого наибольшее количество релапаротомий приходится на осложнения после аппендэктомий, составляя 14,2-39,1% (2).

Согласно современным взглядам на проблему воспаления в основе клинических проявлений синдрома системного воспалительного ответа при осложненном течении острого аппендицита (аппендикулярном перитоните) лежит образование большого количества биологически активных веществ — цитокинов, оказывающих патогенное влияние на эндотелий, что нарушает микроциркуляцию и увеличивает проницаемость микрососудов, в частности стенки тонкой кишки. Указанные нарушения приводят к развитию энтеральной недостаточности (вторично), являющейся основным звеном в патогенезе синдрома эндогенной интоксикации. Прогрессирование энтеральной недостаточности на фоне аппендикулярного перитонита, в т.ч. и послеоперационного, сопровождается бактериальной транслокацией через измененную стенку тонкой кишки в брюшную полость с последующим нарастаем эндотоксикоза и развитием интраабдоминальных осложнений.

С целью ранней диагностики возможных послеоперационных осложнений и своевременной их коррекции, было проведено исследование в сыворотке крови содержания ведущих цитокинов

(ФНО- α , *IL-1 ρ* , *IF-gamma*, *IL-10*) и *Ig M* отвечающего за первичный иммунный ответ у 62 больных с распространенным аппендикулярным перитонитом в послеоперационном периоде.

Определение концентрации сывороточных цитокинов осуществлялось методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью стандартных наборов реагентов производства ООО «Протеиновый контур», г. Санкт-Петербург. Определение *Ig M* в сыворотке крови проводили по методу Манчини. Нормальные показатели цитокинов и *Ig M* исследованы у 50 фактически здоровых доноров.

В результате проведенных исследований установлено что, на фоне гнойного воспаления происходит накопление в кровотоке избыточных количеств регуляторных цитокинов с разнонаправленными эффектами, причем их пик (ФНО- α , *IL-1 ρ* , *IL-10*) отмечается на 3-4 сутки послеоперационного периода, что приводит к запуску патологического механизма системной воспалительной реакции («цитокиновой бури») и альтернативному изменению органов и систем организма с развитием полиорганной несостоятельности и гнойно-септических осложнений (табл. 1).

Изменение концентраций цитокинов и иммуноглобулина M в послеоперационном периоде при распространенном перитоните

Показатель	Контроль, (n=50)	Послеоперационный период M \pm m (n=62)		
		1-2 сутки	3-4 сутки	5-6 сутки
ФНО- α , пкг/мл	4.3 \pm 1.2	192.1 \pm 50.7	122.5 \pm 21.1	203.4 \pm 54.8
<i>IL-1 (3)</i> , пкг/мл	17.5 \pm 1.9	214.7 \pm 44.3	246.3 \pm 55.8	216.6 \pm 49.7
<i>Ifgamma</i> , пкг/мл	12.7 \pm 1.5	10.01 \pm 1.9	10.5 \pm 1.9	8.8 \pm 0.9
<i>IL-10</i> , пкг/мл	13.9 \pm 0.7	210.7 \pm 61.0	218.0 \pm 58.8	211.3 \pm 48.5
<i>Ifgamma/IL-10</i>	0,9	0,04	0,04	0,04
<i>Ig M</i> , г/л	0.98 \pm 0.1	1.36 \pm 0.1	1.21 \pm 0.06	1.09 \pm 0.03

Низкие концентрации *Ifgamma* сохраняющиеся на всем протяжении послеоперационного периода говорят о подавлении клеточного звена иммунитета, так как согласно литературным данным *Ifgamma* является основным регулятором клеточных реакций иммунной системы. Данный факт подтверждается и снижением соотношения *Ifgamma/IL-10*, что указывает на подавление при-

мата клеточных реакций. Высокая концентрация *Ig M* на 1-2 сутки послеоперационного периода и повышенные концентрации его в последующие сутки заболевания свидетельствуют о сохраняющемся воспалении, «готовности» иммунной системы к гуморальному иммунному ответу и риску развития гнойно-воспалительных осложнений.

Проведенные исследования позволяют сделать вывод, что из ряда ведущих регуляторных цитокинов участвующих в реализации системного воспалительного ответа и развитии абдоминального сепсиса основная роль принадлежит ФНО- α , *IL-1p* и *IL-10*. Участие *IFgamma* в развитии воспалительной реакцией является опосредованным, дополняющим клинические эффекты последних, а в совокупности с *Ig M* определяющим путь развития иммунной реакции, приводя к формированию вторичного иммунодефицита. Поэтому, использование в качестве маркеров воспаления определение концентраций ФНО- α , *IL-1p* и *IL-10* в сыворотке крови в комплексе с *IFgamma* и *Ig M* позволяет в ранние сроки послеоперационного периода у больных аппендикулярным перитонитом прогнозировать течение заболевания (развитие абдоминального сепсиса, полиорганной несостоятельности), эффективность проводимого лечения (хирургической санации, иммунореабилитации), развитие интра- и экстраабдоминальных осложнений.

А.В. Жуйков, А.А. Баранов, Д.В. Кошечев, М.В. Николаев, С.В. Михайлов
Ижевская государственная медицинская академия
Детская городская клиническая больница №2,
г. Ижевск

МОНИТОРИНГ БИОМЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Адекватное проведение механической вентиляции легких у новорожденных невозможно без объективного мониторинга биомеханики дыхания.

Цель работы: улучшить диагностику дыхательных нарушений у новорожденных, нуждающихся в респираторной поддержке.

Для контроля изменений механики дыхания регистрировали три группы показателей:

1) растяжимость системы легкие/грудная клетка (комплаинс (C)), сопротивление дыхательных путей воздушному потоку (R), временная постоянная респираторной системы (ТС), коэффициент легочного растяжения C_{20}/C_{rs} ;

2) расчетные показатели: индекс оксигенации (ИО), $ИО = FiO_2 / PaO_2$ (В.А. Корячкин, 2003), индекс агрессии (О1) : $О1 = (MAP \times FiO_2 \times 100\%) / PaO_2$ (В.А. Любименко, 2002), индекс повреждения легких: $(FiO_2 \times PIP / PaO_2) \times 10$, (R. Tharrat, 1988).

Для оценки инвазивности аппаратной вентиляции, состояния биомеханики дыхания и влияния ее на гемодинамику малого круга кровообращения мы предложили индекс биомеханики дыхания MAP/C (у.е.), где MAP - среднее давление в дыхательных путях, а "C" - растяжимость легочной ткани.

3) графический мониторинг: диаграмма давление/объем, диаграмма поток/объем, пневмотахограмма, спирограмма, волюмометрия.

Исследование выполнено у 120 новорожденных с декомпенсированной дыхательной недостаточностью (пневмония, респираторный дистресс-синдром), которым проводилась механическая вентиляция легких от 4 до 21 суток.

Сравнивая информативную и прогностическую ценность респираторных показателей мы пришли к выводу, что индекс MAP/C является наиболее информативным для прогноза развития осложнений ИВЛ, а также для оценки вероятности летального исхода. Если индекс составлял более 15 у.е., синдром утечки воздуха (СУВ) развивался у 8 больных из 40, если MAP/C составлял от 10 до 15 у.е. – у 2 новорожденных из 40, если индекс составлял ниже 10 у.е., то СУВ развивался у 2 пациентов из 40.

При значениях индекса MAP/C более 15 у.е. умерло 9 новорожденных из 40, от 10 до 15 у.е. – 4 из 40, ниже 10 у.е. – 2 из 40.

При значениях МАР/С выше 15 у.е. бронхолегочная дисплазия развилась у 13 больных из 40, при значениях индекса от 10 до 15 у.е. у 2 детей из 40, при МАР/С ниже 10 у.е. БЛД не развилась ни у одного больного. Длительность ИВЛ при МАР/С выше 15 у.е. составила, в среднем, $15,0 \pm 7,8$ суток, при МАР/С от 10 до 15 у.е. срок ИВЛ составил $14,8 \pm 2,8$ суток, при МАР/С менее 10 у.е. ИВЛ продолжалась $5,4 \pm 2,0$ суток. При этом у погибших средняя длительность ИВЛ составила 2-3 дня. Повышение показателя МАР/С более 20 у.е. в течение 2 суток значительно увеличивает риск развития синдрома утечки воздуха, что чаще всего проявляется пневмотораксом.

Отмечена сильная корреляционная связь МАР/С с показателями центральной (АД, ЧСС, ЦВД) и периферической гемодинамики, поэтому мониторинг респираторных показателей имеет большое значение в диагностике и лечении гемодинамических нарушений у новорожденных находящихся на ИВЛ.

Таким образом, применение респираторных индексов позволило прогнозировать развитие осложнений ИВЛ со стороны легочной ткани. Комплексное изучение респираторных индексов и графического мониторинга позволяет максимально объективно оценить состояние биомеханики дыхания у больных на ИВЛ.

Респираторные индексы позволяют количественно оценить степень воздействия механической вентиляции на кардиореспираторный комплекс новорожденного и своевременно корректировать параметры респираторной поддержки.

В.Н. Иванов, В.В. Иванова

Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой,
г. Астрахань

ЛЕЧЕНИЕ СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИИ ХОНДРОПРОТЕКТОРАМИ

В основе нарушения метаболизма хряща лежат количественные (уменьшение) и качественные изменения протеогликанов —

основного вещества хряща, обеспечивающего стабильность структуры коллагеновой сети. Изменения в матриксе сопровождаются также ультраструктурными изменениями хондроцитов, разрывами коллагеновой сети.

Хондропротекторы – это группа противоартрозных препаратов: алфлутоп, структум, глюкозамин. Их действие направлено не столько на устранение симптомов артроза, сколько на патогенетические механизмы, лежащие в основе данного заболевания.

Основным действующим компонентом хондропротекторов являются гликозамингликаны и хондроитинсульфат, обладающие патогенетическим действием.

Хондропротекторы стимулируют метаболизм хондроцитов (увеличивают синтез гликозаминогликанов и протеогликанов); повышают резистентность хондроцитов к воздействию ферментов, повреждающих суставной хрящ; активируют анаболические процессы матрикса хряща; ингибируют энзимы, вызывающие дегенерацию суставного хряща.

В клинике детской ортопедии в 2003 г. внедрён в лечебную практику алфлутоп, препарат, созданный на основе морских организмов, для лечения дегенеративных заболеваний.

Алфлутоп обладает выраженным противовоспалительным, хондропротективным и анальгезирующим действием. Препарат содержит мукополисахариды, аминокислоты, хондроитинсульфат, пептиды и ионы Na, K, Ca, Mg, Fe, Cu, Zn.

Алфлутоп угнетает активность гиалуронидазы, предотвращает разрушение макромолекулярной структуры основного вещества соединительной ткани, стимулирует процессы восстановления в интерстициальной ткани и в ткани суставного хряща, нормализует биосинтез гиалуроновой кислоты. Препарат обладает структурно-модифицирующей способностью – благоприятно воздействует на структуру сустава, препятствует развитию артроза. Алфлутоп даёт симптомо-модифицирующий эффект – уменьшает боль и снижает ограничения функции, стимулирует синтез хондроцитами полноценных гликозаминогликанов и в 2 раза увеличивает уровень гиалуроновой кислоты в синовиальной жидкости.

Препарат более чем на 90% уменьшает боли в покое и при движении, повышает двигательную активность и объём движений в поражённом суставе. Снижает содержание серомукоида в синовиальной жидкости. Противопоказания к применению этого лекарства отсутствуют, однако применять его беременным женщинам и кормящим матерям не рекомендуется.

В нашей клинике алфлутоп был применён в лечении 18 детей, среди которых мальчиков было 15, а девочек – 3. Возрастная группа – от 7 до 17 лет, 3 мальчика были в возрасте 7 и 10 лет, остальные больные – от 12 до 17 лет.

Нозологическая группа:

- коксартроз – 8;
- остеохондропатии – 6;
- болезнь Гоффа коленного сустава – 1;
- юношеский эпифизиолиз головки бедра – 1;
- сакроилеит – 1;
- теносиновиит – 1.

Препарат вводился интра- и параартикулярно, внутримышечно, или в точки наибольшей болезненности через день или 2 раза в неделю.

Курс составлял 5 инъекций.

Уменьшение болей обычно отмечалось после 1-2 инъекций.

Лечение хондропротектором осуществлялось на фоне адекватного ортопедического, медикаментозного и физиолечения, включавшего в себя разгрузочный режим, иммобилизацию поражённой конечности, вытяжение.

Для 13 больных одного курса лечения алфлутопом было достаточно для стойкого купирования болевого синдрома и восстановления объёма движений.

Однако 5 детям с тяжелой патологией: коксартроз (3), болезнь Пертеса (1) для достижения эффекта потребовался повторный курс введения препарата.

Вместе с тем у ребенка с болезнью Пертеса, принятому на курацию со 2-й стадией остеохондропатии, удалось менее чем за год добиться без оперативного вмешательства, перехода заболевания в 4-ю, репаративную стадию.

Побочных эффектов и случаев непереносимости препарата за 2 года наблюдения не было отмечено. Большим достоинством алфлутопа является отсутствие в его составе гормональных компонентов, что позволяет применять его в практике, не опасаясь осложнений в детском организме.

С 2004 г. начато применение в клинике перорального препарата глюкозамин. Глюкозамин – естественный компонент суставного хряща, физиологически присутствующий в организме человека. Это аминмоносахарид, с низкой молекулярной массой, очищенный от макромолекулярных компонентов. Он полностью восполняет эндогенный дефицит глюкозамина сульфата. Глюкозамин – ключевая молекула биохимических процессов в хряще подавляет энзимы (коллагеназу, фосфолипазу), вызывающие деструкцию хрящевой ткани, препятствует образованию супероксидных радикалов, подавляет активность лизосомальных ферментов, инициирует процесс фиксации серы в синтезе хондроитинсерной кислоты и способствует нормальному отложению кальция в костной ткани. Препарат применялся, как дополнительный компонент в консервативном лечении болей в позвоночнике: цервикалгии, дорзалгии и люмбагии, кокцигодинии, некоторых остеохондропатий: болезнь Шейермана-Мау, болезнь Осгуд-Шляттера, болезнь Шинца, при лечении артралгий. В сочетании с полноценным ортопедическим и физиотерапевтическим лечением, глюкозамин давал хороший эффект: купирование болевого синдрома, восстановление статической и динамической функций конечности. Положительным свойством препарата является, по сравнению с алфлутопом, вводимым парентерально, возможность его широкого амбулаторного использования.

Обезболивающий и противовоспалительный эффект хондропротектора в синергизме дают хороший результат, ускоряя процесс выздоровления или стойкого улучшения у детей с суставной патологией.

К.Ш. Ибраимов, О.С. Масалиев, М.Т. Байзаков, Н.А. Амираев
Национальный центр педиатрии и детской хирургии,
г. Бишкек

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА

С 1996 по 2005 г. в НЦПидХ были оперированы 22 больных. Из них мальчиков – 18, девочек – 4. Возраст больных до 1 мес. – 2, от 1 до 2 мес – 17, старше 2 мес. – 3. В обследовании детей кроме характерной клинической картины, изменений биохимических показателей крови, «пальпаторной диагностики» ультразвукового исследования основными методами являются рентгенодиагностика и фиброгастроскопия.

Рентгенологическое исследование начинается натощак. После обзорной рентгеноскопии грудной клетки и брюшной полости ребенку дают 5% взвесь бария в грудном молоке – в объеме, равном однократному кормлению. Для пилоростеноза характерны следующие рентгенологические симптомы, 1) увеличение желудка, в котором натощак содержится жидкость; 2) глубокая сегментирующая перистальтика желудка ; 3) замедление первичной эвакуации контрастной взвеси из желудка (от 2 до 5ч); 4) сужение привратника при исследовании в правом косом положении – «симптом клюва», 5) заметное уменьшение содержания газов в кишечнике и 6) задержка бария в желудке до 24 ч.

Также мы выполнили фиброгастроскопию при пилоростенозе 12 больным. При эндоскопии у всех больных не выявлялся просвет пилорического канала, привратник не раскрывался при раздувании воздухом и введении атропина.

УЗИ позволяет видеть пилорическую оливу в продольном и поперечном срезе, определить характер перистальтики желудка и наблюдать продвижение желудочного содержимого через пилорический канал.

Таким образом, на основании анализа методов исследования при врожденном пилоростенозе все большую актуальность имеет

применение фиброгастроскопии, которая значительно сокращает время диагностики, дает дополнительную информацию о состоянии слизистой оболочки пищевода, желудка и пилорического отдела, и позволяет ограничить показания к рентгенологическим исследованиям.

И.Ю.Карпова

Нижегородская государственная медицинская академия,
г. Нижний Новгород

СИНДРОМ ОСТРОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

До последнего времени диагностике и лечению «неспецифического орхита» у детей не уделялось должного внимания. Тревогу вызывали лишь пациенты с поздно установленным заворотом яичка, у большинства из которых атрофия его была неизбежной. Воспалительный генез «орхита» предопределяет использование шаблонной терапии, обеспечивающей лишь временный эффект. Поэтому несостоятельными оказались конечные результаты его консервативного лечения, приводящие к необратимым атрофическим изменениям яичка в 57–77% случаев.

Понятие «неспецифический орхит» включает в себя различные заболевания рудиментарных образований, так называемых гидатид, примыкающих к яичку и придатку, орхоэпидидимит.

В Нижегородской государственной медицинской академии на базе МЛПУ «Детская городская клиническая больница №1» с 2001 по 2005 гг. с синдромом острой мошонки наблюдались 353 ребёнка, из них: перекрут гидатиды яичка (ПГЯ) отмечен у 294 (83,2%) больных, орхоэпидидимит, выявленный во время операции, в 31 (8,7%) случае, посттравматическая гематома мошонки у 11 (3,2%) детей и заворот яичка был устранен 17 (4,9%) пациентам.

Давность заболевания варьировала от нескольких часов (при травматических повреждениях) до нескольких суток. У большей части госпитализированных пациентов в анамнезе были выявлены острые респираторно-вирусные инфекции и переохлаждение.

Данная патология наблюдалась у мальчиков разных возрастных групп - от 2 часов жизни до 18 лет.

Во всех случаях преобладала локальная симптоматика: отмечался выраженный отек, гиперемия, болезненность половины мошонки, т.к. процесс, как правило, носит односторонний характер.

С учетом современных тенденций лечения данной патологии, всем пациентам в экстренном порядке было выполнено хирургическое вмешательство с устранением причины заболевания. У 17 больных с заворотом яичка, некротические изменения в паренхиме органа наблюдались в 8 случаях, что привело к удалению последнего.

В послеоперационном периоде проводили курс антибактериальной терапии цефалоспоридами II поколения и симптоматическое лечение. Осложнений не было, дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, расширение показаний к операции при острых заболеваниях яичка у детей патогенетически обосновано, а лечебная тактика по сравнению с ранее существующей более эффективна.

И.Ю. Карпова, Г.Б. Батанов, В.А. Николайчук

Нижегородская государственная медицинская академия

Детская городская клиническая больница №1,

г. Нижний Новгород

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

В структуре хирургической патологии новорожденных 80% занимают врожденные пороки развития (ВПР), из них 30% пациентов имеют множественные аномалии.

Наиболее часто встречаются ВПР пищеварительного тракта (атрезия пищевода, аномалии желудочно-кишечного тракта).

В клинике Нижегородской государственной медицинской академии на базе МЛПУ «Детская городская клиническая больница №1» с 2001 по 2005 г. наблюдались 6 новорожденных с сочетан-

ными аномалиями: атрезия пищевода (АП), атрезия прямой кишки (АПК) и заднего прохода. Мальчиков было 5, девочек – 1. Вес при рождении варьировал от 2400 г до 3350 г.

В родильных домах детям выполняли интубацию трахеи для проведения ИВЛ и санации дыхательных путей. Перевод пациентов в специализированный хирургический стационар был произведен в сроки от 3 часов до 3 суток после рождения.

При поступлении в отделение реанимации (ОРИТ) параллельно со стабилизацией функции жизненно важных органов проводили рентгенографию с целью подтверждения атрезии пищевода (АП) и уровня атрезии прямой кишки (АПК).

При сочетании пороков в экстренном порядке одновременно проводили торакотомию, ликвидацию трахеопищеводного свища с выполнением анастомоза «конец-в-конец» и формирование противоестественного заднего прохода.

В послеоперационном периоде пациенты находились в ОРИТ, где проводилась адекватная инфузионная программа, антибактериальная терапия. Дренаж из плевральной полости удаляли на 6 сутки. Заведенный в желудок во время операции назогастральный зонд не меняли до заживления анастомоза (10–12 сут.). Всем детям на 21 сутки после операции производили фиброгастродуоденоскопию и «калибровочное» бужирование пищевода (буж №22-24).

Колостомы у всех больных функционировали хорошо. Сроки выполнения промежуточной проктопластики были строго индивидуальны (от 4-х месяцев жизни до года).

Умер 1 больной, причиной явилась сердечно-легочная недостаточность на фоне тяжелого порока сердца.

После выписки из стационара за детьми устанавливали диспансерное наблюдение, в процессе которого были выявлены разные степени стеноза ануса и энкопреза, эффективно устраняемые с помощью этапного физиолечения и бужирования.

Своевременное выявление ВПР имеет важное значение для

выбора оптимальной тактики и определения прогноза заболевания. Большую роль в диагностике врожденных аномалий играет антенатальное обследование, которое позволяет определить основные виды порока задолго до рождения ребенка.

Таким образом, проблема ВПР желудочно-кишечного тракта требует дальнейшего совершенствования диагностической и лечебной базы, что несомненно улучшит качество хирургического вмешательства и результат выхаживания новорожденных.

И.Ю.Карпова, В.А.Николайчук

Нижегородская государственная медицинская академия

Детская городская клиническая больница №1,

г. Нижний Новгород

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Синдром болей в животе у детей имеет весьма разнообразную клиническую картину. С одной стороны, классическая симптоматика позволяет быстро и точно поставить диагноз, с другой стороны, нечеткость, расплывчатость клиники заболевания вызывает определенные затруднения и приводит к диагностическим ошибкам. По литературным данным, гипердиагностика отмечена у 30% пациентов разных возрастных групп.

В клинике Нижегородской государственной медицинской академии на базе МЛПУ «Детская городская клиническая больница №1» с 2001 по 2005 г. выполнено 1338 лапаротомий по поводу острого аппендицита, из них катаральные формы отмечены у 138 больных (10,3%), пельвиоперитонит у 51 (3,8%), неспецифический мезаденит, вторичный аппендицит у 25 (1,8%) пациентов.

Большая часть детей (68%) была доставлена в хирургический стационар бригадами скорой помощи.

Девочек было 72 (52,2%), мальчиков – 66 (47,8%). Давность заболевания варьировала от нескольких часов до 1-2 суток. У 90% госпитализированных заболевание имело бурное начало: отмеча-

лась фебрильная температура (38-39°C), тошнота, однократная рвота съеденной пищей. В анализе крови выявлялся лейкоцитоз ($15-20 \times 10^9 / \text{л}$). При осмотре живота определялись резко положительные перитонеальные симптомы. После предоперационной подготовки всем пациентам выполнена экстренная лапаротомия. Доступ МакБернея был выполнен 83 (60,1%), Шпренгеля – 55 (39,9%) больным. В послеоперационном периоде проводили курс антибактериальной терапии цефалоспоридами I–II поколения и симптоматическое лечение. Осложнений не было, дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, внедрение в повседневную практику современных диагностических методов (лапароскопия, УЗИ органов брюшной полости) позволит более точно и своевременно поставить правильный диагноз и назначить адекватное лечение.

Г.В.Клевцова

Новосибирский государственный медицинский университет.

г. Новосибирск

ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Одной из характерных особенностей современного этапа развития хирургии, несомненно, является широкое внедрение различных малоинвазивных эндоскопических методик в клиническую практику. Сутью метода является уменьшение травматизма хирургического доступа и всех манипуляций без какого-либо ухудшения визуализации операционного поля и качества хирургической техники. Напротив, использование в процессе вмешательства мощного освещения, широкое поле обзора, интраоперационное увеличение, прецизионные инструменты позволяют любую лапароскопическую операцию превратить в своего рода микрохирургическую с достижением высокой точности и атравматичности манипуляций.

В послеоперационном периоде больные не нуждаются в применении наркотических анальгетиков, появляется возможность активизации пациентов в первые часы после операции, значительное

сокращение сроков послеоперационной госпитализации и реабилитации, отличные косметические результаты. Все эти факторы имеют наибольшее значение именно в детской хирургической практике.

Целью нашей работы является оценка необходимости применения лапароскопических операций в неотложной абдоминальной хирургии.

Было обработано 20 историй болезни детей поступивших в отделение неотложной хирургии МУЗ ДКБСП № 3 г. Новосибирска в течении 2005 года с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы: 75% лапароскопически прооперированных детей, поступивших в клинику с подозрением на острый аппендицит, составляют девочки; из них у 60% интраоперационно выявлена гинекологическая патология. А это означает, что более чем у половины детей удалось избежать лапаротомии с возможными осложнениями.

Таким образом, лапароскопический метод значительно расширяет диагностические и лечебные возможности. Он позволяет определить характер патологии и лечебную тактику, уменьшив тем самым число лапаротомий.

В частности, своевременная диагностика и правильное лечение девочек с острой гинекологической патологией значительно уменьшают число негативных последствий в детородном возрасте.

Н.В.Козулина, В.В.Паршиков, Ю.П.Бирюков, А.М.Горохов
Нижегородская государственная медицинская академия
Нижегородская областная детская клиническая больница,
г. Нижний Новгород

ПРИЧИНЫ ИНФИЛЬТРАТОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Аппендэктомия – одна из самых часто выполняемых экстренных операций в детском возрасте. Среди наиболее серьезных её

осложнений можно назвать послеоперационный инфильтрат брюшной полости.

За последние 2 года в отделении гнойной хирургии Нижегородской областной детской клинической больницы находилось 18 пациентов с данным диагнозом, из которых 5 детей были в возрасте от 1 года до 4 лет, 3 ребенка - 8 лет и 10 человек от 10 до 15 лет. Продолжительность стационарного лечения послеоперационного инфильтрата составила от 9 до 34 суток (в среднем 22 дня). В 2 случаях потребовалась госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии, где дети находились в течение 3 и 10 дней.

Послеоперационные инфильтраты брюшной полости наблюдались у больных, оперированных по поводу деструктивных форм аппендицита. У 1 пациента констатирована флегмонозная форма воспаления червеобразного отростка. В остальных случаях первичные диагнозы были следующими: гангренозный и гангренозно-перфоративный аппендицит (ГПА) (у 5 детей); гангренозно-перфоративный аппендицит, осложнённый местным или диффузным гнойным перитонитом (в 6 случаях), разлитым гнойным перитонитом (у 5 пациентов) и периаппендикулярным абсцессом (у 1 ребёнка). В подавляющем большинстве случаев (16 операций) аппендэктомии проводились хирургами ЦРБ.

По данным анамнеза отмечено, что у большинства детей с послеоперационным инфильтратом брюшной полости аппендэктомия была выполнена несвоевременно. Срок от начала заболевания до момента операции составил от 1 дня до 6 суток (в среднем 3 дня). Причинами отсроченного хирургического вмешательства служили поздняя обращаемость больных за медицинской помощью (от 1 до 3 суток) и ошибки диагностики острого аппендицита. В частности, при первичном осмотре были поставлены следующие диагнозы: отит, ОРВИ, энтеровирусная инфекция, кишечная инфекция, ветряная оспа. У 2 детей при первичном осмотре хирургом диагноз острого аппендицита был снят.

Не менее важными факторами, способствующими возникновению инфильтрата, служили неадекватная антибактериальная терапия в послеоперационном периоде (короткий курс антибиотиков – до 5 дней при ГПА, низкие дозы препаратов), а также неоправданно ранняя выписка домой на фоне сохраняющихся болей в животе и субфебрильной температуры. В некоторых случаях можно предположить недостаточную санацию брюшной полости во время аппендэктомии как причину последующего инфильтрата.

Таким образом, риск возникновения послеоперационного инфильтрата брюшной полости наиболее высок у детей школьного возраста после деструктивных и осложнённых форм аппендицита. Профилактикой этого осложнения служит ранняя диагностика и своевременная аппендэктомия, полноценная санация и дренирование брюшной полости и адекватная антибиотикотерапия.

Н.В. Козулина, В.В. Паршиков, Ю.П. Бирюков, Т.Ю. Яшина, С.С. Степанов
Нижегородская государственная медицинская академия
Нижегородская областная детская клиническая больница,
г. Нижний Новгород

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ИНФИЛЬТРАТОМ, У ДЕТЕЙ

Аппендикулярный инфильтрат – одно из часто встречающихся осложнений острого аппендицита, требующее длительного стационарного лечения и многократных госпитализаций. В случае поздней диагностики и ошибок в лечебной тактике возможно абсцедирование инфильтрата с дальнейшим развитием гнойного перитонита.

Необходимо отметить, что в последние годы частота аппендикулярных инфильтратов значительно увеличилась. Так, если в 1999–2003 гг. ежегодно в Нижегородской детской областной клинической больнице (НОДКБ) получали лечение от 1 до 3 детей с таким диагнозом, то в 2004 г. было госпитализировано 7 человек, а в 2005 году – 5 детей. Среди 12 пациентов, находившихся за после-

дние два года в отделении гнойной хирургии НОДКБ с данным диагнозом, два мальчика были в возрасте 2 и 7 лет, остальные дети — от 10 до 16 лет (средний возраст составил 11,8 лет). Из 12 детей было 9 девочек и 3 мальчика. У трех пациентов констатирован аппендикулярный абсцесс, в остальных случаях имел место плотный инфильтрат.

Отмечено, что в подавляющем большинстве случаев имели место ошибки в диагностике аппендикулярного инфильтрата — у 10 из 12 детей. При этом двое детей осматривались педиатром амбулаторно, ещё два ребенка получали лечение в педиатрическом отделении ЦРБ, трое пациентов находились в инфекционных стационарах с подозрением на кишечную инфекцию (в дальнейшем у них диагностирован аппендикулярный инфильтрат с локализацией в малом тазу). 4 девочки получали лечение у гинеколога. 7 из 10 пациентов с поздней и ошибочной диагностикой инфильтрата осматривались хирургами ЦРБ или стационаров Нижнего Новгорода, при этом острая хирургическая патология исключалась, дети были отпущены домой или получали лечение в педиатрических отделениях. Ряд детей осматривался несколькими специалистами, но правильный диагноз все же не был установлен. При этом в выписках таких пациентов отсутствовали указания на то, что детям проводился ректальный осмотр.

Необходимо отметить, что из 10 детей с поздней диагностикой аппендикулярного инфильтрата только у одного мальчика локализация процесса была в типичном месте — правой подвздошной области. У 8 девочек-подростков инфильтрат располагался в малом тазу, что симулировало гинекологические заболевания, а у одного мальчика 2 лет было высокое подпеченочное расположение отростка, что затруднило диагностику, несмотря на осмотр ребенка хирургом. Полученные результаты говорят о необходимости самого тщательного осмотра детей с болями в животе. С другой стороны, они подтверждают тезис о трудности диагностики и variability клинической картины острого аппендицита

у детей, особенно при атипичном расположении червеобразного отростка.

Таким образом, проблема диагностики и лечения аппендикулярного инфильтрата в настоящее время весьма актуальна. Преимущественно это осложнение встречается у девочек подросткового возраста. Принципиальное значение в успехе лечения имеет своевременная диагностика, поэтому всем детям с подозрением на острый аппендицит необходимо выполнять бимануальное ректальное обследование и шире использовать ультразвуковое исследование брюшной полости.

В.В. Корепанов, Е.В. Корепанова, В.В. Корепанова, М.В. Корепанова
Детская городская клиническая больница №2,
г. Ижевск

ОПЫТ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ АМБУЛАТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ТРАВМАТОЛОГИИ – ОРТОПЕДИИ

Все раны являются первично инфицированными. Развитие инфекции происходит в первые 3-6 часов после травмы. Когда возбудители проникают в рану, происходит их адаптация и размножение. В это время идет развитие инфекционного процесса в ране.

В детское травматолого-ортопедическое амбулаторно-поликлиническое отделение ДГКБ №2 г.Ижевска (ДТО АПО) ежегодно обращаются до 900 детей с ранами различной локализации.

В течение 2004-2005 гг. в ДТО АПО обратились 1815 детей с ранами опорно-двигательного аппарата. 830-и больным после промывания ран произведена пластика по С.Я.Долецкому. 985-и больным произведена первичная хирургическая обработка раны с наложением швов. Из них 297 больным во время проведения местной анестезии был введен цефазолин. Суточную дозу цефазолина разводили в суточной дозе 0,5 или 1% раствора новокаина. В ходе работы мы совместили инфильтрационную местную анестезию и антибиотикопрофилактику.

у 293 больных из 297 (0,99%) заживление ран было первичным натяжением, тогда как из 688 больных без применения антибиотикопрофилактики у 18 (2,6%) заживление проходило вторичным натяжением. 8 из них были госпитализированы в специализированное отделение, где проводилась антибиотикотерапия в полном объеме. Подобная тактика обезболивания и антибиотикопрофилактики нами проводилась при удалении инородных тел в период первичного обращения (47 больных), осложнений не было.

Таким образом проведение антибиотикопрофилактики при проведении первичной хирургической обработки ран и удалении инородных тел в амбулаторных условиях позволяет снизить процент гнойно-воспалительных осложнений, сокращает срок лечения больных с ранами опорно-двигательного аппарата.

А.Н.Котляров

Челябинская государственная медицинская академия,
г. Челябинск

ОСТЕОГЕННЫЙ СЕПСИС КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ

Согласно современным представлениям сепсис является системной воспалительной реакцией организма (*SIRS*) в ответ на развитие инфекции и характеризуется совокупностью процессов эндотоксикоза и мультиорганной дисфункцией (*MOD*). Характер ее основных клинических и лабораторных проявлений делает эту реакцию универсальной при многих нозологических формах хирургической инфекции.

За последние 20 лет в клинику поступило 674 ребенка с острым гематогенным остеомиелитом. В разработку включено 150 пациентов. Идентификация сепсиса и органной дисфункции осуществлялась согласно *IPSCC* (2005), тяжесть состояния по шкале *PRISM*. Среднее число пораженных органов $2,2 \pm 0,24$. Средняя

длительность *MOD* $10,9 \pm 1,31$ суток. Шок отмечался у 17 (11,3%). Чаще *MOD* и инфекционно-токсический шок развивался в группе детей до 3-х лет (53,1%). Обобщенный вариант последовательности формирования синдрома *MOD* у больных с острым гематогенным остеомиелитом: иммунологическая, респираторная, кардиоваскулярная, гематологическая дисфункции, энцефалопатия, почечная и печеночная дисфункции. Отмечена зависимость развития *MOD* ($p < 0,05$) от длительности существования неконтролируемого интра- или экстрамедуллярного гнойного очага и начала интенсивного лечения, в связи с поздним поступлением больных в стационар.

В соответствии с критериями *SIRS* и сепсиса распределение больных по клиническим симптомам позволило выделить 4 группы больных (сепсис – *SIRS* 3, сепсис – *SIRS* 4, тяжелый сепсис, инфекционно-токсический шок). Это распределение дано в сопоставлении с летальностью в выделенных группах. Учитывали летальные исходы в течение 28 суток – период оценки летальности определен комиссиями Европейского общества интенсивной терапии в качестве специального критерия эффективности лечения. Среди больных, состояние которых оценивали в соответствии с вышеприведенными критериями, не было ни одного, имевшего менее 3 признаков *SIRS*. *SIRS* 3 в первые сутки поступления отмечен у 49 (33,4%) обследованных больных. При этом лишь у 6 (12,2%) из больных группы *SIRS* 3 эта симптоматика сохранялась до выздоровления. У 16 (32,3%) пациентов из этой группы при динамическом наблюдении было отмечено развитие 4 – симптомного синдрома *SIRS*, у 27 (55,1%) – тяжелого сепсиса, при котором впоследствии 2 ребенка погибли. Нами установлено, что наличие 3 – симптомного *SIRS* может быть одним из признаков генерализации воспалительного процесса и нередко фатального развития сепсиса.

У большей части обследованных нами больных клиническая симптоматика в 1-е сутки соответствовала синдромам «сепсис»

(46,2%) и тяжелый сепсис (53,8%). У больных с исходной клинической симптоматикой, укладывающейся в синдром «сепсис», дальнейшее течение патологического процесса включало развитие сепсиса у 55,1% пациентов и у 11,3% инфекционно-токсического шока, что и объясняет высокую летальность (16,1%) в этой группе больных. При исходном тяжелом сепсисе в процессе наблюдения, несмотря на интенсивное лечение, у 37% больных развился шок.

Таким образом, наши наблюдения показывают клиническую целесообразность использования современной классификации сепсиса, поскольку критерии, лежащие в основе их определения, позволяют оценить тяжесть состояния, прогностические ориентиры и динамику патологического процесса.

А.Н. Краснов, В.А. Останина

Новосибирская детская клиническая больница скорой помощи №3,
г. Новосибирск

КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕВОРАНА, ПРОПОФОЛА И ФЕНТАНИЛА

Выбор методов анестезиологического пособия, обеспечивающих эффективную и безопасную защиту и гладкое течение послеоперационного периода у детей при операциях в челюстно-лицевой области, сохраняют актуальность до настоящего времени.

Севоран обладает характеристиками, более предпочтительными, по сравнению с другими средствами для наркоза.

Проанализирована 21 анестезия с использованием севорана у пациентов с челюстно-лицевой патологией. Возраст детей: до 1 года – 7, от 1 года до 3 лет – 14. Было проведено 6 хейлопластик и 15 уранопластик.

В премедикации у всех детей использовали атропин, димедрол, промедол и реланиум в возрастных дозировках.

Индукцию проводили севораном до 5 об% с газотоком 4,5 л/мин (1,5 л кислорода и 3 л закиси азота). Через 2 минуты, по достижении уровня наркоза III проводили пункцию и катетеризацию периферической вены, вводили пропофол в дозе 1,5 мг/кг и ребёнка интубировали. Управляемое дыхание обеспечивали аппаратом «*Drager-Fabius*».

На основном этапе анестезию поддерживали севораном 1,5-2 об% с фентанилом в дозе не более 2 мкг/кг/час.

Интраоперационно мониторировали АД, ЧСС, SatO₂, EtCO₂, Peak аппаратами «*Philips*» и «*Vamos*».

На этапе индукции АДсист снижалось на 11%, АДдиаст на 22%, АДпульс увеличивалось на 1,4%, ЧСС увеличивалась на 2,4%. На этапе интубации АДсист повышалось на 3,5% от показателя предыдущего этапа, но оставалось ниже исходного значения на 8,2%, АДдиаст было выше показателя предыдущего этапа на 8,6%, но ниже исходного на 14,6%, АДпульс уменьшалось на 1,8% от предыдущего и было на 0,5% ниже исходного, ЧСС увеличивалась от исходного на 15,4%.

На основном этапе АДсист было ниже исходного показателя на 9,6%, АДдиаст – на 15%, АДпульс – на 10,8%, ЧСС выше на 18,2%. SatO₂ была стабильной (99-100%), EtCO₂ снижалась на 5,3%, Peak не превышало 18 см H₂O.

Время от отключения севорана до экстубации 7,8±2,2 минуты, время до пробуждения 9,25±3,0 минуты.

Таким образом, использование севорана в сочетании с пропофолом позволяет отказаться от релаксантов, а дозу фентанила снизить до 2 мкг/кг/час, что обеспечивает быстрое пробуждение ребёнка без риска депрессии дыхания в послеоперационном периоде.

Стоимость 1 минуты анестезии севораном составила 29,4 рубля (1 час – 1784 рубля).

М.В. Крицкая, С.А. Саяпина

Северный государственный медицинский университет,

г. Архангельск

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Острая инвагинация кишечника — частая патология раннего детского возраста, методы диагностики, клинические проявления и лечение которой достаточно подробно изложены в руководствах по детской хирургии, но остаются далеко не бесспорными.

Целью данного исследования является анализ причин инвагинации и наиболее рациональные методы диагностики и лечения.

Исследование проводилось на базе Архангельской областной детской клинической больницы (ОДКБ). В течение 2004-2005 годов в ОДКБ пролечено 35 пациентов с острой инвагинацией кишечника в возрасте от 2 месяцев до 6 лет. Средний возраст детей составил 17 месяцев. Клинические проявления включали периодическое беспокойство, боли в животе, рвоту, фебрилитет, жидкий стул, выделение крови из прямой кишки, пальпируемое образование в брюшной полости. 27 детям (77%) диагноз подтвержден эхографически. Ультразвуковое исследование брюшной полости проводилось на аппарате *Aloka-1700* датчиками 3,5–10 МГц. 8 детям (23%) диагноз поставлен только клинически.

У 26 детей (96%) на фоне клиники инвагинации были выявлены увеличенные лимфатические узлы брыжейки, при этом увеличенные лимфоузлы определялись также в области головки, внутри инвагината (это составило 74% от общего числа детей с диагнозом острой инвагинации кишечника). У всех детей, обследованных эхографически, диагноз инвагинации кишечника подтвержден.

У 30 детей (86%) инвагинация расправлена консервативно (из них 19 детям под контролем лапароскопа, 7 — под контролем ЭОП, 4 — под контролем ультразвука, методом гидроэхоколонографии). 5 детям проведена лапаротомия, одному ребенку с резекцией киш-

ки. У 33 детей (94%) была подвздошно-ободочная инвагинация и у 2 детей (6%) – тонко-тонко кишечная инвагинация.

Таким образом, средний возраст детей, с диагнозом острая инвагинация кишечника, составил 17 мес., т.е. старше, чем средний возраст, указываемый в классической литературе. Чаше заболевание возникало не на фоне полного здоровья, имелись явления острой респираторной вирусной инфекции, кишечной инфекции, признаки мезаденита. Наиболее оптимальным методом диагностики явилась эхография, т.к. практически всегда инвагинация кишечника выявлялась при ультразвуковом исследовании. В подавляющем большинстве случаев можно было выявить причину инвагинации – увеличение лимфатических узлов брыжейки. Расправление инвагинации под контролем ультразвука методом гидроэхоколонографии считаем наиболее целесообразным, безопасным и перспективным методом. Метод не инвазивный и не несет лучевой нагрузки.

В.И.Круглый, А.И.Медведев

Медицинский институт Орловского государственного университета
Детская областная больница,
г. Орел

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

Острый аппендицит – одно из наиболее часто встречающихся в хирургической практике заболеваний. Число больных острым аппендицитом в хирургических стационарах общего профиля составляет до 20-50% от всех пациентов, а количество аппендэктомий по отношению к другим неотложным операциям достигает 70-80%. Общая частота осложнений после аппендэктомии составляет 4,2-16,2%. Вот почему проблема осложнений острого аппендицита остается актуальной и сегодня.

Многими исследователями убедительно доказано, что однократное назначение антибиотиков широкого спектра действия перед

аппендэктомией снижает риск развития нагноений. Наиболее рациональным является назначение цефалоспоринов II или III поколения, что позволяет «перекрыть» спектр наиболее распространённых инфекций. При неосложнённом аппендиците нет необходимости назначать антибиотики в послеоперационном периоде.

В настоящее время применяются разные способы обработки культи червеобразного отростка. Наиболее широкое распространение получил метод аппендэктомии, с погружением в кисетный шов перевязанной культи червеобразного отростка. Однако этот метод имеет серьёзный недостаток, заключающийся в образовании замкнутой инфицированной полости в стенке слепой кишки. Прогрессирование воспаления в этой полости служит источником большинства осложнений аппендэктомии. В связи с этим, для уменьшения количества гнойных осложнений, ряд исследователей предлагают вернуться к способу обработки культи аппендикса, предложенному П.И. Дьяконовым в 1901 году, лишённому этого недостатка. Суть его состоит в погружении в стенку слепой кишки неперевязанной культи отростка.

В Орловской областной детской больнице в период с 1999 по 2003 г. применялась комплексная профилактика гнойных осложнений при открытой аппендэктомии, включающая однократное дооперационное введение антибиотика цефалоспоринового ряда и обработку культи червеобразного отростка по методу П.И. Дьяконова. Проведено 216 аппендэктомий при различных формах острого аппендицита. В послеоперационном периоде антибиотики назначались только у больных с перитонитом I или II стадии (по С.Я. Долецкому, 1982). Ни в одном случае не зафиксировано инфекционных осложнений. Кровотечений в просвет кишки не отмечено.

Таким образом, однократное дооперационное введение антибиотика цефалоспоринового ряда в сочетании с обработкой культи отростка по П.И. Дьяконову является эффективной профилактикой гнойных осложнений аппендэктомии у детей.

В.И.Круглый, А.И. Медведев

Медицинский институт Орловского государственного университета

Детская областная больница,

г. Орел

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ТАХОКОМБ» В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Тахокомб – поглощающее гемостатическое средство для местного применения используется в хирургическом отделении детской областной больницы в течение года. Препарат применялся в различных клинических ситуациях. Наиболее часто при кровотечениях из паренхиматозных органов. Общеизвестно, что у детей раннего возраста отдельные величины, отражающие гемостатические свойства кровяного сгустка значительно отличаются от таковых у детей старшего возраста и взрослых. Внутрибрюшное интранатальное и раннее постнатальное кровотечение у детей этой возрастной группы возникает от минимального травмирующего фактора и характеризуется массивностью и отсутствием тенденции к самопроизвольной остановке. Не редкими в хирургии новорождённых являются двухмоментные разрывы. В нашей практике мы применяли «тахокомб» в 3 случаях внутрибрюшных кровотечений у недоношенных детей с массой тела от 1 240 граммов до 1650 граммов. Во всех случаях источником кровотечения были разрывы печени. После наложения пластин «тахокомба», возник стойкий гемостаз, дети выздоровели. Таким образом, исходя из нашего небольшого опыта, можно констатировать, что препарат тахокомб является эффективным гемостатическим средством не только у взрослых, но и у новорождённых детей, в том числе у недоношенных с малой массой тела и незрелой системой гемостаза.

Кроме случаев кровотечения из паренхиматозных органов, у 4 больных мы использовали «Тахокомб» для защиты кишечных швов и кишечного анастомоза в неблагоприятных ситуациях при перитоните и кишечной непроходимости. Во всех случаях был достигнут положительный эффект. В двух случаях препарат применялся для

укрывания ограниченных участков десерозированной кишечной стенки так же с положительным результатом.

Наш первый опыт клинического применения "Тахокомба" показывает, что данный препарат является эффективным гемостатическим средством и ценным пластическим материалом. Его можно использовать у детей любого возраста, включая новорождённых.

А.Е. Курманбеков

Казахский национальный медицинский университет,

г. Алматы

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

На стационарном лечении находилось 308 больных с внутричерепными гематомами нетравматического генеза. Дети в возрасте до 1 года – 243 (78,9%), 1-5 лет – 22 (7,1%), 6-10 лет – 20 (6,5%), 11-15 лет – 23 (7,5%) больных.

Субарахноидальные кровоизлияния выявлены у 31 (10,1%) больных, субдуральные гематомы у 63 (20,5%), внутримозговые гематомы у 39 (12,7%), внутрижелудочковые кровоизлияния у 23 (7,5%), внутримозговые гематомы с прорывом в желудочки мозга у 88 (28,6%). множественные внутричерепные гематомы обнаружены у 64 (20,8%) больных.

Хирургическое лечение произведено 158 (51,3%) детям, консервативное лечение 150 (48,7%). Операциями выбора у нейроинсультных больных в возрасте первых месяцев жизни явились малоинвазивные методики: ограниченная краниотомия, субдуральные и вентрикулярные пункции с последующим наружным гемоликвора дренажом.

Объективным показанием к оперативному удалению нейроинсультных внутричерепных гематом посредством малотравматичных операций была прогрессирующая клиничко-неврологическая

декомпенсация, обусловленная компрессией головного мозга с дислокацией стволовых структур и формированием дислокационной гидроцефалии.

В результате проведенного оперативного лечения с использованием традиционных радикальных методов у 86 (27,9%) больных, умеренный неврологический дефицит отмечен у 32 (37,2%) больных, выраженный нейродефицит определялся у 28 (32,6%) больных, летальный исход наступил в 26 (30,2%) случаев. Высокий уровень летальных исходов, обусловлен крайне тяжелым исходным состоянием, массивностью поражения мозга с выраженным отеком вещества головного мозга во время операции, а также травматичностью операций вызывавших глубокую клиническую декомпенсацию.

После проведенного оперативного лечения с использованием малотравматичных методов операций у 72 (23,4%) больных, выявились лучшие показатели: благоприятный исход у 58 (80,6%) пациентов, выраженный нейродефицит определялся только у 4 (5,6%) больных, процент летальных исходов составил (6,3%).

Консервативное лечение проведенное 150 (48,7%) больным, обусловило умеренный неврологический дефицит у 72 (48%) больных, выраженный нейродефицит у 44 (29,3%) больных, летальный исход наступил в 34 (22,7%) случаев.

Для оценки эффективности внедренной схемы лечения произведен сравнительный анализ процента летальности в 1994-1999 и в 2000-2005 годы. При растущей заболеваемости нейроинсультной патологии с отягощением клинического течения, благодаря разработанным методам диагностики и лечения доля смертных случаев снижена на 16%.

Таким образом, малоинвазивное хирургическое лечение внутричерепных гематом нетравматического генеза у детей снизило уровень летальности и степень инвалидизации больных реконвалесцентов.

Б.А. Кудибаев, Б.М. Муканов, Н.Н. Нугманов
Алматинская многопрофильная клиническая больница,
г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Чрез- и надмышцелковые переломы плечевой кости у детей являются одним из наиболее частых и тяжелых повреждений плечевой кости, которые практически сопровождаются повреждением капсулы локтевого сустава. Они составляют около 8% всех стационарных больных, 16% – от перелома костей скелета и 80% – перелома костей локтевого сустава и плечевой кости. Многие авторы отмечают трудности репозиции и удержание в правильном положении небольших по размеру дистальных отломков мышцелка плеча. При общепринятых методах лечения детей с этими повреждениями наблюдаются угловые деформации в 24 - 100% случаев (В.Ф. Куксов, 1974; В.Л. Барский, 1975).

Более совершенными, обеспечивающими не только устойчивость отломков, но и обездвиженность, необходимую для первичного сращения, являются аппараты Илизарова и Калиберза.

По данным нашей клиники с 2001 по 2004 г. поступили с чрезмышцелковым переломом плечевой кости 40 больных. Из них 16 больных с неправильно консолидированными чрезмышцелковыми переломами после «костоправа» и после репозиций в районных больницах, 7 больных после неоднократных закрытых репозиций. Этим 23 больным был наложен аппарат Илизарова по разработанной в клинике методике чрезкостного остеосинтеза. На контрольной рентгенографии у всех больных отмечали удовлетворительное положение отломков. После наложения аппарата Илизарова дети выписывались домой на 2 сутки.

Важным условием успеха при применении чрезкостного внеочагового остеосинтеза является поддержание стабильности в течение всего периода лечения. Постоянный контроль в послеопе-

рациональном периоде необходим в связи с возможностью нарушения фиксации отломков в аппарате.

Наш опыт применения чрезкостного внеочагового остеосинтеза у больных с переломами костей локтевого сустава позволяет рекомендовать его как перспективный метод для использования в практике.

При острой травме у детей показания к применению аппаратов ставятся крайне редко, именно этим, прежде всего, объясняется, малочисленность публикаций на данную тему.

Показанием к применению дистракционного аппарата служили смещение костных отломков при травме, неудачная закрытая репозиция или вторичное смещение костных отломков в гипсовой повязке, а также переломы дистального конца плечевой кости при политравме. Остеосинтез чаще всего производился в экстренном порядке в день поступления пострадавшего в стационар.

Применение внеочагового, чрезкостного, дистракционного метода лечения с использованием компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова при чрез- и надмышцелковых переломах плечевой кости у детей позволяет получить хорошие результаты и рекомендуется для широкого использования в практике детской травматологии.

А.Е. Курманбеков, К.С. Ормантаев, С.И. Сыдыкова, Г.Т. Султанкулова
Казахский национальный медицинский университет,
г. Алматы

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОИНСУЛЬТНЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

В катамнезе нами изучены результаты лечения у 179 детей в резидуальном периоде геморрагического инсульта, получавших стационарное лечение в клинике кафедры детской хирургии ДГКБ № 1. Клинико-неврологический мониторинг составлял основу диагностики. Эхоэнцефалография в качестве скрининг-обследования

проведена всем детям на аппарате ЭХО-11. Ультразвуковое исследование головного мозга проведено детям в возрасте до 16 месяцев, на аппарате "Aloka-260" (Япония) с датчиками частотой 3,5; 5,0; 7,5 МГц. Компьютерную томографию осуществляли на компьютерном томографе 3-го поколения голландской фирмы "Siemens" (томоскан) с матрицей 512x512. Магнитно-резонансная томография выполнена на магнитно-резонансном томографе "Sonata" с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла фирмы "Siemens" в порядке дифференциальной диагностики с очаговыми поражениями структур головного мозга не связанными с сосудистой патологией. Комплекс обследования дополнялся офтальмоскопией и электроэнцефалографией.

У всех больных находившихся на диспансерном учете, наблюдались резидуальные явления различной степени выраженности, проявляющиеся в виде психоневрологических синдромов, среди которых доминировали: синдром двигательных нарушений у 47 (26,3%), гипертензионно-гидроцефальный синдром у 43 (24%), церебрастения у 36 (20,1%), эписиндром у 22 (12,3%), церебральный арахноидит у 18 (10,1%), диэнцефальный у 7 (3,9%), психопатологический у 6 (3,4%) больных. У 62 (34,6%) больных наблюдались сочетания психоневрологических синдромов.

Комплекс консервативно-восстановительной терапии в этот период являлся последовательным продолжением терапии начатой в остром периоде и состоял из медикаментозной терапии: дегидратационной, препаратов с метаболическим, вазоактивным, нейротрансмиттерным, нейротрофическим, нейромодуляторным и ноотропным действием, рассасывающей, противосудорожной, активаторов биоэнергетического метаболизма, биогенных стимуляторов, витаминов группы «В», антиоксидантов и препаратов антихолинэстеразного действия; лечебной физкультуры, массажа и физиотерапевтических процедур. В зависимости от состояния больных и динамики процесса, под контролем нейрохирурга и невропатолога проводилась длительная реабилитация — курсо-

вое лечение 2-4 раза в год в стационаре и территориальной поликлинике. В результате реабилитационных мероприятий заболевание приняло благоприятное регрессирующее течение в 94 (52,5%), ремиттирующее в 62 (34,6%) наблюдениях. Полноценная компенсация достигнута у 72 (40,2%), субкомпенсация у 93 (52%) больных.

Таким образом, в катамнезе у всех детей, перенесших геморрагический инсульт, отмечаются психоневрологические изменения различной степени с превалированием синдрома двигательных нарушений у (26,3%), гипертензионно-гидроцефального синдрома у (24%) больных и сочетания клинических синдромов у (34,6%) больных. Комплексная реабилитация в резидуальном периоде геморрагического инсульта позволяет достигнуть благоприятного регрессирующего течения заболевания у (52,5%) и полноценной компенсации у (40,2%) больных.

А.Е. Курманбеков, С.И. Сыдыкова, Г.П. Макеева, Г.Т. Султанкулова
Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ФОРМИРОВАНИЕМ МНОЖЕСТВЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ

В исследуемой группе наблюдалось 64 больных. Субдуральные гематомы, сочетающиеся с внутрижелудочковыми кровоизлияниями – у 7 (11%) больных, субдуральные кровоизлияния количеством более 2 гематом – у 6 (9,4%) больных, внутримозговые кровоизлияния количеством более 2 гематом – у 5 (7,8%), субдуральные гематомы сочетающиеся с внутримозговыми – у 13 (20%) больных, гематомы, занимающие все пространства головного мозга (внутрижелудочковые, внутримозговые и субдуральные количеством более 3 гематом) – у 31 (48%) больного. Наиболее тяжелыми были 2 (3,1%) больных с предрешенным летальным исходом, у которых одновременно происходили кровоизлияния в ствол мозга, мозжечок и желудочковую систему.

Оперативное лечение проведено 42 (65,6%) детям, 22 (34,4%) больных получили комплекс консервативного лечения. Удаление внутримозговых гематом произведено посредством декомпрессивной трепанации 12 (18,7%) больным, при этом одновременное удаление субдуральной и внутримозговой гематом производилось в 2 (3,1%) случаях, субдуральной гематомы в 10 (15,6%) случаях. Декомпрессивная трепанация сочетанная с ограниченной костно-пластической краниотомией с удалением 2 субдуральных гематом одномоментно проведено 1 (1,6%) больному. Костная декомпрессия во всех случаях дополнялась пластикой твердой мозговой оболочки надкостничным лоскутом. Костно-пластическая трепанация с удалением субдуральной и внутримозговой гематом проведена 9 (14,1%) больным, с удалением субдуральной гематомы 6 (9,4%) больным. КРТ ограниченная с одновременным удалением 2 оболочечных гематом проведены 3 (4,7%) больным. Этапные повторные вентрикулярные и субдуральные пункции до санации ликвора и полного опорожнения субдуральной гематомы проведено 3 (4,7%) больным. 8 больным после аналогичных операций в связи с нарастающей внутренней окклюзионной гидроцефалией проведено вентрикулоперитонеальное шунтирование. Этапные чрезродничковые субдуральные пункции с дренированием субдурального пространства позволили удалить гематомы 3 (4,7%) детям. Комплексное консервативное лечение проведено 22 (34,4%) больным.

После хирургического лечения, проведенного 42 (65,6%) больным, умеренные неврологические изменения отмечены у 24 (37,5%), выраженные остаточные явления у 6 (9,4%) детей. Летальный исход последовал в 12 (18,8%) случаях. После проведенного консервативного лечения умеренный неврологический дефицит отмечен у 5 (7,8%) больных и выраженные неврологические расстройства у 8 (12,5%) детей. Летальный исход был в 9 (14,1%) случаях.

Таким образом, при множественных гематомах показания к оперативному лечению возникают у 65,6% больных.

Выбор оперативных вмешательств ориентирован в пользу сочетания малотравматичных методов операций: краниотомии с удалением гематом и наружного вентрикулярного дренирования и отсроченными ликворошунтирующими операциями.

Течение нейроинсульта с множественными гематомами неблагоприятное, полного выздоровления не происходит, у оперированных больных отмечаются выраженные неврологические расстройства в 9,4%, при консервативном лечении в 12,5%. Летальный исход при хирургическом лечении отмечен в 18,8% случаях, при консервативном 14,1%.

А.Е. Курманбеков, С.И. Сыдыкова, Г.Т. Султанкулова, П.А. Кирьянов
Казахский национальный медицинский университет,
г. Алматы

ДИАГНОСТИКА НЕЙРОИНСУЛЬТНЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ

В группе детей с геморрагическим инсультом, осложненным формированием субдуральных гематом, обследовано 63 детей. Общесоматическая симптоматика была представлена клиникой инфекционного процесса у 37 (58,7%) больных, перинатального поражения центральной нервной системы у 15 (23,8%), опухолью головного мозга у 1 (1,6%) больного. Артериовенозная мальформация сосудов головного мозга у 1 (1,6%) ребенка клинически в предгеморрагическом периоде не проявлялась. У 9 (14,3%) больных генез инсульта остался неизвестным. В связи с тяжестью поражения ЦНС преобладают нарушения сознания по коматозному типу, чаще 1-2 степени, выявленные у 29 (46%) больных. У 24 (38,1%) больных – сопор, у 10 (15,9%) – глубокое оглушение. Рвота или частые срыгивания у грудных детей являются одним из наиболее частых проявлений объемного внутричерепного процесса. У всех больных вегетативные дисфункции проявлялись в виде бледности, мраморности кожных покровов, похолоданием и цианотичностью конечностей, умеренным гипергидрозом. Стволовая сим-

птоматика детей с субдуральными гематомами проявилась у 40 (63,5%) детей спонтанным тоничным горизонтальным и вертикальным нистагмом, парезом взора по вертикали и снижением корнеальных рефлексов у всех 63 детей, фиксированным взором у 29 (46%), плавающими движениями глазных яблок у 24 (38,1%) детей. Среди очаговых полушарных симптомов с заметным постоянством у 57 (90,5%) больных выявлялись парезы взора по корковому типу. При нарушениях функции черепно-мозговой иннервации, чаще определялись парезы 3 и 6 пары у 59 (93,7%) детей, и парезы 7 пары по центральному типу у всех 63 детей. Пирамидный гемисиндром обнаружен у всех 63 детей. Оболочечные симптомы проявились у всех детей общей гиперестезией, запрокидыванием головы, ригидностью затылочных мышц, симптомами Лессажа, Кернига. Судорожный синдром отмечен у 51 (81%) ребенка. При офтальмоскопии у 15 (23,8%) больных отмечалось сужение артерий глазного дна и расширение вен сетчатки, побледнение и начальный отек диска зрительного нерва у 48 (76,2%) больных. Выявлены ретинальные кровоизлияния у всех 63 детей. У всех больных во время операции и в послеоперационном периоде посредством люмбальной пункции подтверждалось наличие массивного субарахноидального кровоизлияния. Эхоэнцефалография выявила у всех больных смещение срединных структур от 4,0 мм до 8,0 мм, что достоверно свидетельствовало о наличии объемного внутричерепного процесса.

Таким образом, в этиологической структуре нейроинсульта с формированием субдуральных гематом доминируют последствия инфекционной патологии (58,7%) и перинатальной энцефалопатии (23,8%) с развитием церебрального васкулита. Клинико-неврологическая симптоматика представлена нарушениями сознания: оглушение (15,9%), сопор (38,1%), кома (46%). У детей грудного возраста превалирует синдром угнетения центральной нервной системы. У всех больных отмечаются выраженные общемозговые расстройства, грубый гемолатеральный парез глазодви-

гательного нерва, контралатеральный гемипарез и менингеальный симптомокомплекс. Общесоматическая симптоматика позволяет выявить фоновую инфекционную патологию, перинатальные поражения ЦНС, заболевания крови, опухоли оболочек мозга и другие заболевания. В анализах крови отмечена анемия 2-3 степени, воспалительная реакция. В гемостазиограмме – гипокоагуляция и угнетение фибринолиза.

А.Д. Лазарь, В.В. Паршиков

Нижегородская государственная медицинская академия
Нижегородская областная детская клиническая больница,
г. Нижний Новгород

СТРУКТУРА СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Была проанализирована структура сочетанной черепно-мозговой травмы у детей, прошедших курс лечения в нейрохирургическом и травматологическом отделениях Нижегородской областной детской клинической больницы (НОДКБ) в течение 2000-2005 гг.

Всего за указанный период в клинику были госпитализированы с диагнозом черепно-мозговая травма (ЧМТ) 3838 детей, из них с сочетанной черепно-мозговой травмой (СЧМТ) наблюдалось 295, что составило 7,7%. Среди пациентов с сочетанными повреждениями оказалось 203 (69%) мальчиков, 92 (31%) девочки.

Структура СЧМТ у детей по возрастным группам выглядела следующим образом: от 1 до 3 лет – 16 наблюдений, 4–6 лет – 27, 7-11 лет – 112, 12-15 лет включительно – 140 наблюдений. Отмечено лишь 2 наблюдения СЧМТ у детей в возрасте до 1 года. Наибольшее количество пострадавших приходится на школьный возраст.

Наиболее часто отмечалось сочетание черепно-мозговой травмы с повреждениями конечностей и таза (104 случая). Сочетание ЧМТ с повреждениями лицевого скелета отмечалось в 86 случаях, с повреждениями ключиц – в 29, позвоночника – в 26, органов брюшной полости и забрюшинного пространства – в 10, грудной

клетки – в 7. Сочетание ЧМТ с множественными внечерепными повреждениями имело место в 36 случаях.

Сотрясение головного мозга диагностировано у 169 больных, ушиб головного мозга легкой степени – у 56, ушиб головного мозга средней степени тяжести – у 29, ушиб головного мозга тяжелой степени – у 26, вдавленные переломы черепа – у 5, эпидуральные гематомы – у 10, внутримозговые гематомы – у 2.

Проведен анализ сочетаний клинических форм ЧМТ с локализацией внечерепных повреждений. Все случаи СЧМТ были классифицированы в 4 группы соответственно соотношению степени тяжести черепного и внечерепного слагаемых травмы: тяжелая ЧМТ и тяжелое внечерепное повреждение – 22 наблюдения, тяжелая ЧМТ и менее тяжелое внечерепное повреждение – 36 наблюдений, менее тяжелая ЧМТ и тяжелое внечерепное повреждение – 19 наблюдение, менее тяжелая ЧМТ и менее тяжелое внечерепное повреждение – 218 наблюдений.

Частота и многообразие сочетанных черепно-мозговых повреждений у детей диктует необходимость углубленного изучения этого вида патологии, выработки единой лечебно-диагностической тактики, направленной на улучшение результатов лечения данной группы пациентов.

В.К. Литовка, В.Н. Грона, И.П. Журило, К.В. Латышов, С.В. Весёлый
Областная детская клиническая больница,
г. Донецк

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ БЦЖ-ИЗМЕНЕНИЯ КОСТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Значение вакцины БЦЖ как основного метода профилактики туберкулёза не подвергается сомнению, т. к. удалось снизить заболеваемость детей туберкулёзом во многих странах мира, в том числе и в Украине. В связи с остаточной вирулентностью вакцины БЦЖ иногда возникают поствакцинальные осложнения, частота которых колеблется от 0,004 до 2,5%. У детей раннего возраста

частота поствакцинальных осложнений превышает заболеваемость туберкулёзом. В большинстве случаев осложнения после БЦЖ носят местный характер с поражением подмышечных, надключичных или подключичных лимфоузлов слева с развитием казеозного некроза (реже с формированием “холодных абсцессов”).

В клинике детской хирургии за последние 20 лет находилось на лечении 179 детей с осложнениями после вакцинации БЦЖ. У 17 пациентов вследствие диссеминации микобактерий штамма БЦЖ возникли поствакцинальные туберкулёзные оститы. Поражение ребер выявлено у 6 детей, большеберцовой кости — у 6, бедренной кости — у 3, плечевой кости — у 2 больных. В пользу поствакцинального осложнения свидетельствовали поражения костей в течение 1-3 лет после вакцинации у подавляющего числа больных (15 детей), а также отсутствие контактов с больными туберкулёзом и поражения других органов и систем. Лишь 2 пациентов были старшего возраста (7 и 9 лет), в анамнезе которых была ревакцинация. Больные направлялись в клинику с самыми разными диагнозами: остеомиелит, саркома Юинга, эозинофильная гранулема, кистозно-фиброзная дисплазия, посттравматический периостит. После дообследования в клинике только у половины больных, наряду с хроническим остеомиелитом и необластическим процессом, не исключался туберкулёзный остеомиелит. В зоне поражения во всех случаях определялись отёчность и припухлость тканей, ограничения функции, гиперемии кожи и флюктуации не отмечалось. “Холодные абсцессы” в зоне пораженной кости во время операции обнаружены у 9 детей. Анализируя группу больных с поражением ребер, мы выявили, что, в основном, поражались III-VII ребра, одинаково часто справа и слева, что согласуется с данными других авторов. Причем, как правило, поражалась как костная, так и хрящевая часть ребер преимущественно по передней поверхности. В одном случае отмечен прорыв туберкулёзного натёчника в плевральную полость с развитием плеврита.

Во всех случаях проводилась биопсия надкостницы, кортикального слоя и костного мозга, а в ряде случаев и прилежащих мягких тканей. После операции больным, как правило, назначали изониазид и рифампицин, а также проводили витаминотерапию и иммунотерапию. После верификации диагноза и консультации фтизиатра больные переводились в туберкулёзный диспансер.

Т.о., туберкулёзный БЦЖ-остит у детей протекает под маской первично-хронического остеомиелита или опухолеподобного поражения костей. Из-за редкости заболевания и низкой фтизиатрической настороженности БЦЖ-остит до операции диагностировали редко. Любое поствакцинальное осложнение следует рассматривать как локальный специфический процесс, который требует обязательного обследования и лечения под наблюдением фтизиатра. Квалификация медицинского персонала оказывает значительное влияние на частоту и характер поствакцинальных осложнений. В этой связи чрезвычайно актуальной представляется работа с медицинским персоналом по улучшению техники внутрикожного введения вакцины и контроль за проведением вакцинопрофилактики.

С.Б. Лапиров, С.В. Полесовщиков, Н.Н. Шарипов, А.Е. Неудачин
Башкирский государственный медицинский университет
Республиканская детская клиническая больница,
г. Уфа

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОСТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Костно-суставной туберкулёз составляет 8-12% от общего числа туберкулёзных заболеваний. Костный туберкулез - это болезнь растущего организма. Чаще болеют дети в возрасте от 1 года до 8 лет. Туберкулез костей у детей раннего возраста редкая патология.

Цель: изучить особенности течения костного туберкулеза у детей для ранней диагностики и полноценного комплексного лечения.

За период с 2000 по 2005 г. в РДКБ находилось 22 ребенка с туберкулезным оститом в возрасте от 2-х месяцев до 2-х лет. Дети

поступали с подозрением на острый гематогенный остеомиелит или опухолевый процесс. Сроки заболевания от 3-х недель до 3-х месяцев. По локализации отмечалось поражение следующих костей: бедренная – 6, большеберцовая – 2, плечевая – 2, лучевая – 2, плюсневая – 1, грудина – 4, ребро – 4, позвоночник – 1. По данным анамнеза дети контакта с больными туберкулезом не имели, прививка БЦЖ сделана в родильном доме (рубчик 2-3 мм). При обследовании показатели иммунограммы и общего анализа крови без признаков острого гнойного воспаления, на обзорной Р-грамме органы грудной клетки без патологии. На Р-грамме пораженных костей выявлены изменения, характерные для специфического процесса. Окончательный диагноз туберкулеза костей был установлен только после цитологического и патогистологического исследования материала, полученного во время открытой биопсии, некрэктомии.

Таким образом, туберкулезный остит у детей раннего возраста клинически протекает под маской различных заболеваний. Дифференциальная диагностика чаще всего проводится с острым гематогенным остеомиелитом, а так же с опухолями и костными кистами (при отсутствии свищей), рахитической деформацией костей, врожденным сифилисом. Оперативное лечение туберкулеза костей -некрэктомия, на фоне антибактериальной и специфической терапии является радикальным и, как правило, приводит к полному выздоровлению.

Туберкулезный остит у детей достаточно редкая патология, особенно у детей раннего возраста, поэтому необходима такая же настороженность, как и при онкопатологии, чтобы своевременно установить диагноз, оказать необходимую квалифицированную помощь. Задача детского хирурга в первую очередь заключается в гистологическом подтверждении диагноза, радикальном хирургическом лечении, своевременном переводе в противотуберкулезный стационар для проведения специфической терапии и дальнейшего диспансерного наблюдения у фтизиатра, а при необходимости и у фтизиоортопеда.

И.О. Макарова
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая
медицинская академия,
г. Санкт-Петербург

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СФИНКТЕРМИОЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ

Актуальность проблемы. При использовании стандартных методов исследования причина хронического колостаза может быть установлена у очень не большого количества детей-2-3%. Это болезнь Гиршпрунга, эктопия анального канала, анальная трещина, неврологические нарушения. При исключении этих причин ставится диагноз функциональный запор. Новые данные о функциональных особенностях прямой кишки и структуре анального канала были получены с внедрением в практику колонодинамического исследования, гистохимического определения активности ацетилхолинэстеразы (АХЭ) слизистой прямой кишки и эндоректальной сонографии. При помощи этих методов исследования из числа детей с функциональными запорами были выделены две группы пациентов, которые не отвечали на консервативную терапию. 1-я группа- дети с нарушенным ректоанальным рефлексом и повышенной активностью АХЭ. Причиной запоров являлась анальная ахалазия. 2-я группа- дети с утолщением внутреннего сфинктера заднего прохода (ВСЗП) - гипертрофией ВСЗП. У пациентов 1-й и 2-й групп отмечалось стойкое повышение давления в анальном канале. С целью снижения анального давления была использована операция внутренняя сфинктеромиоэктомия.

Цель исследования. Оценить эффективность сфинктеромиоэктомии ВСЗП через 3-10 лет после операции, у детей с анальной ахалазией и гипертрофией ВСЗП.

Материалы и методы. Работа основана на анализе 60 архивных историй болезни и обследовании детей с анальной ахалазией (40 чел.) и гипертрофией ВСЗП (20 чел.) в период от 3-х до 10 лет

после оперативного лечения. Обследование включало: клиническое, рентгенологическое (ирригография), колонодинамическое исследование и эндоректальную сонографию. Расчет эффективности оперативного лечения проводился при помощи электронной системы вычисления.

Результаты. У 32 (80%) детей 1-й группы результат оперативного лечения был оценен как хороший, у 6 детей (15%) как удовлетворительный и у 2-х (5%) пациентов неудовлетворительный. Во 2-й группе эффект оперативного лечения был признан хорошим у 19 (95%) детей и удовлетворительным у 1-го (5%) ребенка.

Выводы. Сфинктеромиоэктомия ВСЗП является эффективным методом лечения у детей с анальной ахалазией и гипертрофией ВСЗП.

Е.С. Малышев, И.Е. Малышева

Нижегородская государственная медицинская академия
Нижегородский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии,
г. Нижний Новгород

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ПНЕВМОНИЙ

Известные способы лечения осложнённых пневмоний характеризуются большой длительностью, невозможностью быстро улучшить дыхательную экскурсию грудной клетки и тем самым обеспечить оксигенацию организма, недостаточной эффективностью купирования воспалительного процесса.

Нами предлагается способ, используемый при лечении осложнённой пневмонии, сокращающий процент летальных исходов, уменьшающий сроки выведения из критического состояния, характеризующегося дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью, сокращающий сроки лечения, заключающийся в введении в остистые отростки грудного отдела позвоночника антибиотика на 0,5% растворе новокаина.

С целью обоснования данного способа проведен эксперимент на 10 кроликах породы шиншилла, которым вводился масляный раствор йодлипола в мягкие ткани, внутривенно и в остистые отростки грудного отдела позвоночника. По времени наступления летального исхода от жировой эмболии можно было оценить скорость поступления контрастного вещества к сосудам лёгких и сердца в зависимости от пути его введения. Рентгенографическое исследование позволяло определить место накопления контрастного вещества. Всем кроликам с целью обезболивания проводилась премедикация 1% раствором промедола в дозе 1,0 мл.

В результате проведённого эксперимента было установлено, что накопление контрастного вещества в сосудах лёгких и сердца при его введении в остистые отростки грудного отдела позвоночника ускоряется по сравнению с внутривенным, в 12 раз и более.

О.С. Масалиев, Н.А. Амираев, К.Ш. Ибраимов, М.Т. Байзаков
Национальный центр педиатрии и детской хирургии.
г. Бишкек

ВОРОНКООБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВВДГК) - тяжелое врожденное заболевание, которое проявляется западением грудины и хрящевой части ребер, уменьшением объема грудной клетки, сдавлением жизненно важных органов – сердца, легких и нарушение их функции.

С 1993 г. нами применялось, для торакопластики металлическое устройство из нержавеющей стали марки 11,08-ХА 18 Н, которое имеет ступенчатые площадки по краям для упора в концы резецированных ребер, изгибаемое соответственно направленной форме грудной клетки. Ширина пластинки равна от 1 до 1,5 см, толщина от 0,2 до 0,3 мм, размер площадки от 0,5 мм до 1 мм, длина пластины выбирается по возрасту ребенка и степени ВВДГК.

Во время проведения металлического устройства за грудину возникали технические трудности и осложнения: пневмоторакс,

повреждение межреберных сосудов, соскальзывание пластины. Особенные трудности возникали во время удаления металлического устройства через 6-7 месяцев после коррекции грудины реберного каркаса, когда сердце становится на свое место, так как пластина плотно срастается с ребрами и во время операции трудно выделить конец пластины, поэтому возникали пневмоторакс, кровотечение.

С 2000 года начали применять специальный проводник для металлической пластины и устройство «пуговку» для точного определения конца пластины для его удаления. Оперировано 115 больных. Проводник имеет ручку и корпус с желобоватыми краями для пластины. Размеры соответствуют размеру пластины.

Пуговка имеет круглую или квадратную форму с двумя отверстиями в центре для фиксации.

В подготовленный туннель слева вводили проводник и по нитке протягивали металлическую пластину строго по проводнику. Пластина слева фиксируется к ребру проволокой и в подкожной клетчатке к проволоке фиксируется «пуговка» для отметки металлической пластины. Таким образом, применение специального проводника и «пуговки» предотвращает осложнения во время операции, ускоряет ход операции, а «пуговка» на втором этапе операции без затруднения позволяет находить конец пластины.

К.С. Мацук

Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМ У ДЕТЕЙ

Целью нашей работы было изучение отдалённых результатов оперативного лечения больных с остеобластокластомами.

Задачи исследования: определить эффективность метода оперативного лечения больных с остеобластокластомами; определить наиболее оптимальный способ замещения дефектов костной ткани;

выявить наиболее эффективный метод оперативного лечения больных с остеобластокластомами.

В ДОТО НМДКБСП №3 за период с 1985 по 2005 год прооперированно 72 пациента в возрасте от 1 года до 15 лет с остеобластокластомами различной локализации.

Остеобластокластомы чаще всего локализовались в метафизарных, реже метадиафизарных отделах длинных трубчатых костей. Чаще всего поражались плечевая и бедренная кости, несколько реже большеберцовая и ещё реже встречались опухоли остальных костей.

По возрастным группам больные распределились таким образом: 1-4 года – 8 человек; 5-9 лет – 28 человек; 10-15 лет – 36 человек. По полу: мальчиков – 41, девочек – 31.

Все диагнозы подтверждены гистологически.

При диагностике новообразований скелета использовались клиническое обследование, Р-графия.

Лечение остеобластокластом осуществлялось хирургическим путем. Больным выполнялась резекция кости с опухолью в пределах здоровой костной ткани. Дефекты после сегментарной резекции заполнялись «костной соломкой» по типу «вязанки хвороста».

Нами изучены отдаленные результаты оперативного лечения остеобластокластом у детей, лечившихся в отделении в сроки от 1 года до 8 лет. Возникновение рецидивов заставило искать новые методы обработки остаточных костных полостей. С 1996 года в отделении применяется криохирургический метод обработки остаточных костных полостей по методике Т.А. Гассан. Отдаленные результаты изучены у всех больных в сроки от 1 до 5 лет, рецидивов патологических процессов не было.

Таким образом, обобщая 20 летний опыт работы отделения травматологии и ортопедии ДКБСП №3 по оперативному лечению остеобластокластом у детей можно сделать следующие выводы:

1. Оперативный метод лечения больных с остеобластокластомами является эффективным методом лечения, в 95,9% позволяет получить хороший результат.

2. Основным методом замещения дефектов костной ткани является костная аллопластика.

3. Использование криохирургической методики лечения доброкачественных костных новообразований, предложенный Т.А. Гасан, является наиболее эффективным методом лечения и позволяет практически в 100% случаев избежать рецидивов опухоли.

Д.Д. Мельник, В.П. Бабич, Д.В. Колмаков, Е.В. Чугуй, И.П. Троян
Сибирский государственный медицинский университет,
МЛПМУ №4,
г. Томск

ЛЕЧЕНИЕ УКУШЕННЫХ РАН У ДЕТЕЙ

Укушенные раны занимают особое место среди других открытых повреждений в связи с наличием дополнительных факторов, отягощающих течение раневого процесса. Содержащиеся в слюне животных вирулентные микроорганизмы, ферменты способствуют активизации воспалительного процесса с образованием некротического детрита, препятствующего заживлению. Эти раны часто заживают вторичным натяжением с образованием патологических рубцов.

Острота проблемы подчеркивается статистическими данными. Показатели МЛПМУ №4 свидетельствуют об отсутствии тенденции к снижению количества этих пациентов. За 2003-2005 гг. количество укушенных по травмпункту составило 1615 человек в возрасте от 6 месяцев до 15 лет (дети до 3-х лет составили 18%, старше 3-х лет – 82%). Укусы наносились в основном собаками, имеющими владельцев, или бродячими.

В стационаре получили лечение 33 пациента, имевших раны лица и раны других участков, осложнившиеся нагноением. По локализации наиболее часто раны наносились в области нижних конечностей (41,6%), верхних конечностей (31,0%), головы (22,4%), туловища (5%). Тяжесть поражения варьировала от ссадин, нанесенных зубами, до откусывания ушных раковин, носа, нижней конечности (у грудного ребенка).

Локализация ран в области головы заслуживает особого внимания хирургов, поскольку важно не только заживление, но и косметическая проблема, которая может стать трагическим фактором в жизни человека. Одним из важнейших моментов является восстановление нарушенных участков лица, возвращение надкушенных или откушенных тканей. Последние не всегда доставляются вместе с пострадавшими, а разыскиваются на улице, в мусорном ведре и т.д. После тщательного промывания, обработки 3% раствором перекиси водорода, антибиотиков проводилась фиксация фрагментов на укушенные раны различными способами (швами, лейкопластырными скобками, давящими повязками и пр.). Качественное приживление аутотрансплантатов (первичным натяжением) обеспечивается состоянием иммунитета, вирулентностью инфекции, наличием аллергических факторов и адекватностью лечения. Своевременная коррекция патологического течения раневого процесса (нагноение, расхождение швов) предполагает образование нормотрофических рубцов, обозначенных линиями на поверхности кожи, сохраняющимися на протяжении всей жизни.

Но даже такое первичное приживление огорчительно для укушенных пациентов и их родителей. Эта проблема решается с помощью разработанного нами способа криолечения рубцов покровных тканей с использованием жидкого азота и инструментов из пористого никелида титана. Лечение рубцов лица проведено 22 пациентам в возрасте 2-12 лет (у 15 имелись визуализирующиеся линии, в 7 случаях — деформация кожных покровов). Клинические наблюдения показали, что проведение криораскатывания покровных тканей в области лица улучшает внешний вид рубцов до полного их исчезновения. Оптимальный срок криовоздействия на рубцовую ткань через 2 недели после заживления раны, курс — 10-15 процедур с повторением через 2-3 месяца. Гистологические исследования: превращение грубоволокнистой соединительной ткани в нежную, с упорядоченным расположением волокон — коррелировало с улучшением видимой части и размягчением рубцов.

Таким образом, лечение укушенных ран, особенно на открытых участках тела, требует очень внимательного отношения и своевременной коррекции раневого процесса на этапе их заживления. Дополнительное использование криолечения рубцов после заживления ран позволяет реализовать и эстетический фактор, который для многих пациентов приобретает особую остроту не столько для здоровья, сколько для качества жизни.

*А.Г. Момотов., Г.А. Литвинов, О.А. Яровая, И.А. Высоцкий,
Мамдох Аль Масри*

Луганский государственный медицинский университет,
г. Луганск

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ

Совершенствование оперативных приемов и способов хирургического лечения, улучшение методов диагностики, интенсивной терапии и обезболивания, внедрение широкого спектра антибактериальных препаратов не решило проблему лечения аппендикулярных перитонитов у детей в целом.

Несмотря на достигнутые успехи в комплексном лечении данной патологии, количество послеоперационных осложнений остается высоким и не имеет тенденции к снижению.

Существенный прогресс в решении данной задачи может быть достигнут путем решения проблем эндогенной интоксикации и использования адекватных методов дренирования и санации брюшной полости, а также тактики ведения раннего послеоперационного периода.

Нами разработан и внедрен в практику метод управляемой лапаростомии, обоснованы показания к наложению лапаростомы, кратность проведения лаважей брюшной полости, сроки и критерии закрытия послеоперационной раны.

Мы имеем опыт лечения 226 детей с перитонитом аппендикулярного генеза, которые находились в клинике хирургии детского

возраста на базе Луганской областной детской клинической больницы, за период с 2001 по 2005 года.

На основе ретроспективного анализа нами изучено развитие послеоперационных осложнений в зависимости от характера микрофлоры перитонеального экссудата, степени эндогенной интоксикации и глубины нарушений метаболических процессов.

Учитывая вышеизложенное, нами определены показания к лапаростомии: перитонит с выраженной эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью, множественные межпетельные абсцессы.

При распространенном перитоните в токсической и терминальной стадиях метод управляемой лапаростомии в комплексном лечении является методом выбора. Данную группу составили 15 детей.

Кроме общепризнанных методов лечения распространенного перитонита с обязательной декомпрессией кишечника, мы использовали лапаростомию в сочетании с забрюшинной продленной новокаиновой блокадой и интраоперационным лазерным облучением брюшной полости.

Учитывая массивный выброс токсинов, показатели уровня эндогенной интоксикации и данные экспресс диагностики микрофлоры (основываясь на тот факт, что репродукция микробных тел происходит в течение 24 часов) первую санацию брюшной полости мы проводили через сутки с момента операции.

Последующие лаважи и заключительная санация осуществлялись через 24-48 часов, в зависимости от ведущих клинических проявлений, количества и характера отделяемого из брюшной полости, контаминации микрофлоры и показателей эндогенной интоксикации.

Разработанная программа комплексного лечения распространенных аппендикулярных перитонитов у детей позволила снизить количество послеоперационных осложнений и избежать летальности. В этом свете необходимо подчеркнуть ведущую роль мето-

да лапаростомии как принципа ранней профилактики послеоперационных осложнений, частота которых практически сводится к нулю.

Таким образом, наш опыт лечения подтвердил правильность выбранной тактики.

М.В. Николаев, В.А. Палагин, Н.В. Александрова,

А.А. Баранов, В.Н. Иванов

Ижевская государственная медицинская академия

Детская городская клиническая больница №2,

г. Ижевск

СЛУЧАЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА У НОВОРОЖДЕННОГО

Инфаркт миокарда у новорожденных – редкая казуистика даже в зарубежной литературе. За период с 1988 по 1997 г.г. по данным ГМАПО г. Москвы не найдено ни одной работы, посвященной данной патологии в неонатальном периоде. Термин «инфаркт миокарда» до настоящего времени не используется в качестве диагноза при коронарной недостаточности у новорожденных. Ишемию миокарда в структурно неизмененном сердце в современной отечественной литературе определяют термином «транзиторная дисфункция миокарда». В зарубежной литературе используют термин «ишемическая дисфункция миокарда». В большинстве случаев инфаркт миокарда этиологически связан с врожденным пороком сердца, обструктивными кардиомиопатиями, аномалиями коронарных артерий в изолированном виде или в сочетании с врожденным пороком сердца, с перинатальной гипоксией. Влияние ЦНС на сердечно-сосудистую систему Н.А. Белоконь называет цереброкардиальным синдромом или энцефалопатической кардиомиопатией, а изменение данных кардиограммы – «инфарктоподобными».

Приводим наблюдение:

Новорожденный Н., родился 06.11.1998 г. в 13-00, поступил в отделение реанимации ДГКБ № 2 г. Ижевска 06.11.1998 г в 19-00. Акушерский анамнез: мате-

ри 25 лет, 1-я беременность в 19 лет, 2 искусственных аборта, 4-я беременность, настоящая, протекала с угрозой прерывания, токсикозом первой половины. Роды вторые, преждевременные, 34 недели. в переднем виде затылочного предлежания. I период – 9 часов. II период – 40 мин, безводный промежуток – 3 часа, околоплодные воды светлые. Масса при рождении – 2800 г, длина – 48 см, по Апгар – 7–8 баллов. С диагнозом – Атрезия прямой кишки? Высокая кишечная непроходимость? Постгипоксическое поражение ЦНС. Отечный синдром. Риск на ВУИ – переведен в хирургический стационар. Состояние при поступлении тяжелое, тяжесть обусловлена неврологической симптоматикой. Показатели мониторинга основных функций организма при поступлении: ЧСС – 118 в мин, ЦВД – 110 мм вод.ст., SpO₂ – 92%, диурез – 0,3 мл/кг/ч, край печени на 2 см ниже реберной дуги. Ухудшение состояния спровоцировано общей анестезией (катетеризация центральной вены под фторотановым наркозом). В последующем при нарастании сердечной недостаточности наступила смерть. На вскрытии обнаружена дисплазия левой коронарной артерии с разрастанием мышечных клеток внутрь просвета сосуда в виде сосочков и уменьшением его просвета на 2/3. Выявлен красный инфаркт миокарда (1,5x1,0x0,2 см) заднебоковой стенки с переходом на ее переднюю область левого желудочка: кардиогенный шок.

Урок, извлеченный нами из этого случая, позволил сделать следующие выводы:

1. Ишемию и инфаркт миокарда можно достоверно диагностировать только на ЭКГ при регистрации «инфарктоподобных» изменений и расценивать состояние пациента как развивающийся инфаркт миокарда для обоснования необходимой терапии.

2. Прослеживается тесная связь между PaCO₂ и содержанием CO₂ в выдыхаемом воздухе. Показания капнометрии способны дифференцировать изменения EtCO₂ сердечного, легочного и центрального происхождения.

В.П. Обрядов, В.В. Паршиков

Нижегородская государственная медицинская академия,

г. Нижний Новгород

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

До настоящего времени все существующие методы лечения подпеченочной формы портальной гипертензии у детей направлены на профилактику кровотечений из варикозно расширенных вен

пищевода и ликвидацию синдрома гиперспленизма, обусловленного нарушением функции селезенки.

Радикальным способом снижения портального давления в системе воротной вены при ее блокаде и предупреждения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, а также устранением явлений гиперспленизма, является портосистемное шунтирование в сочетании с органосохраняющими операциями на селезенке. Однако в ряде случаев это не позволяет ликвидировать варикозное расширение вен пищевода и исключить рецидивы кровотечений.

В клинике НижГМА используется методика двухэтапного хирургического лечения внепеченочной формы портальной гипертензии: 1-й этап — эндоскопическое склерозирование варикозных вен пищевода; 2-й этап — ликвидация гиперспленизма.

Под наблюдением находилось 17 детей в возрасте от 3-х до 13 лет, мальчиков — 10, девочек — 7.

Клиническая картина характеризовалась наличием варикозного расширения вен пищевода II-IV степени с кровотечением из них (6) или без него (11), спленомегалией с явлениями гиперспленизма.

Эндоскопическое склерозирование варикозных вен пищевода осуществляли 3% раствором тромбовара, в объеме от 1 до 2 мл на вкол до 10 мл на процедуру. Препарат вводили внутривенно после пункции варикозного узла, начиная с кардиальной части пищевода. Эндоскопический контроль состояния варикозных вен проводили через 7 дней после склерозирования. В 6 случаях, когда первая процедура склеротерапии выполнялась на высоте кровотечения, в последующем периоде потребовалось проведение дополнительных сеансов склерозирования от 2 до 3. Промежутки между сеансами составили 1 месяц.

Второй этап лечения выполняли спустя 1-2 месяца после склерозирования. Он включал органосохраняющее хирургическое вмешательство на селезенке в виде резекции 2/3 последней, с оставлением верхнего полюса на коротких желудочных сосудах. При этом, если имел место достаточный диаметр селезеночной вены

(более 0,5 см), формировали проксимальный спленоренальный анастомоз (9 случаев).

Динамическое наблюдение за состоянием детей осуществлялось в сроки от 3 месяцев до 10 лет. У 15 детей отмечена стойкая положительная динамика в виде уменьшения степени варикозного расширения вен пищевода вплоть до полного его исчезновения. у 2 больных при отсутствии рецидива кровотечения, сохранялось варикозное расширение, что потребовало проведения повторного сеанса склеротерапии.

Во всех наблюдениях отсутствовали рецидивы кровотечения и признаки спленомегалии.

Таким образом, двухэтапная методика хирургического лечения подпеченочной формы портальной гипертензии способствует стойкому снижению варикозного расширения вен пищевода и купирует явления вторичного гиперспленизма.

К.С. Ормантаев, А.Е. Курманбеков, С.И. Сыдыкова, Г.Т. Султанкулова
Казахский национальный медицинский университет,
г. Алматы

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

В клинике кафедры детской хирургии ДГКБ № 1 на стационарном лечении наблюдалось 23 больных с изолированными внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Вентрикулярная геморрагия выявлена у 8 (34,8%) больных, парциальная гематоцефалия у 10 (43,5%), тотальная гематоцефалия у 5 (21,7%) больных. Парциальная и тотальная гематоцефалия сопровождались внутренней окклюзионной гидроцефалией с соответствующей умеренной и глубокой степенью клинической декомпенсации. Отягощение состояния больных происходило за счет сочетания грубых неврологических расстройств с активно текущей тяжелой фоновой патологией.

При поступлении состояние всех больных было крайне тяжелым. По степени тяжести, определенной соответственно шкале *Hunt-Hess*, больные распределились следующим образом: 4 степень – у 17 (73,9%) больных и 5 степень – у 6 (26,1%) больных. В коматозном состоянии поступило 6 (26,1%) больных, сопорозном 17 (73,9%), в оглушении больных не наблюдалось.

Оперативное лечение в экстренном порядке проведено 13 (56,5%) детям в связи с тотальной гематоцефалией с тампонадой желудочков и вторичной острой нарастающей гидроцефалией, им выполнены этапные вентрикулярные пункции и промывание желудочковой системы с наложением наружного вентрикулярного дренажа. После полной санации спинномозговой жидкости больным произведено вентрикулоперитонеальное шунтирование. Консервативное лечение с лечебными разгрузочными люмбальными пункциями и введением стерильного воздуха до полной санации проводилось 10 (43,5%) больным с вентрикулярной геморрагией и компенсированной гидроцефалией.

Полного выздоровления после перенесенного внутрижелудочкового кровоизлияния у детей не происходило. Умеренный неврологический дефицит отмечен у 12 (52,2%) детей после ликворшунтирующих операций, у 5 (21,7%) после консервативного лечения. Выраженные неврологические расстройства остались у 2 (8,7%) больных после консервативного лечения, что связано с декомпенсированной гидроцефалией и опухолью ствола мозга. Летальный исход наступил у 4 (17,4%) детей с массивной тампонадой желудочков, оперативное лечение не проводилось ввиду позднего поступления в состоянии крайней декомпенсации с полиорганной недостаточностью 3 больным и гемофилии типа А у 1 ребенка.

Таким образом, при изолированных внутрижелудочковых кровоизлияниях показания к оперативному лечению возникают у 56,5% больных. Острая прогрессирующая окклюзионная гидроцефалия определяет показания к наружному вентрикулярному дре-

нированию. При шунтозависимой внутренней гидроцефалии с санированным ликвором выбор оперативного вмешательства происходит в пользу вентрикулоперитонеального шунтирования. Консервативно-восстановительная терапия эффективна и показана в 43,5% случаев.

Течение нейроинсульта с внутрижелудочковыми гематомами неблагоприятное, полного выздоровления не происходит. Умеренный неврологический дефицит удерживается у 12 (52,2%) детей после ликворошунтирующих операций, у 5 (21,7%) после консервативного лечения.

*В.А. Палагин, М.В. Николаев, В.Н. Иванов, Д.В. Кощев,
Н.И. Шумилова, С.В. Михайлов*

Ижевская государственная медицинская академия
Детская городская клиническая больница №2,
г. Ижевск

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЖИМОВ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Перитонеальный диализ (ПД) представляет альтернативу гемодиализу (ГД), как метод замещения функции почек при острой почечной недостаточности (ОПН) у детей. Однако ПД значительно уступает ГД в производительности, поэтому для максимальной эффективности и предотвращения осложнений необходимо выработать критерии выбора оптимальных параметров ПД.

Целью данной работы явилось повышение эффективности ПД при ОПН у детей.

Наблюдали 16 детей в возрасте от 8 месяцев до 13 лет с ОПН, развившейся в результате гемолитико-уремического синдрома, острого тубулоинтерстициального нефрита (1), острого гломерулонефрита (1), геморрагической лихорадки с почечным синдромом (1). Анурия во время курса перитонеального диализа продолжалась от 4 до 18 суток. Для диагностики использовали клиничес-

кие, лабораторные методы исследования, ежедневно измеряли массу тела (МТ), артериальное (АД) и центральное венозное давление (ЦВД). Показания к заместительной терапии определяли по общепринятым критериям. В условиях операционной в брюшную полость хирургическим путем устанавливали катетер Тенкхоффа. В ходе диализа определяли содержание азотистых шлаков в сыворотке и диализате, соотношение азотистых шлаков в диализате и крови (D/P). В качестве маркера азотемии выбрали мочевины, как более диализабельный метаболит. Исходя из МТ, рассчитывали объем распределения мочевины и относительный объем разовой заливки. Измеряли объем слитого диализата за сутки, затем определяли суточную производительность диализа (индекс Готча или Kt/V) по формуле $Kt/V = D/P * E_{eff} / V$ (где E_{eff} – объем слитого за сутки диализата, V – объем распределения азотистых шлаков). Статистическая обработка включала сравнение содержания мочевины в плазме (U_p) и диализате (U_d) по t-критерию Стьюдента и корреляцию параметров ПД, показателей АД, содержания азотистых шлаков в крови и диализате и их соотношения ($p < 0,05$).

Тяжесть состояния больных при поступлении была обусловлена уремической интоксикацией и гипергидратацией. При исходном лабораторном исследовании наблюдали анемию, лейкоцитоз, тромбоцитопению, гипопротейнемию. В биохимических анализах было выявлено критическое повышение уровня мочевины и креатинина. Разовый объем вводимого диализата составлял 7,3-22 (в среднем – $17,3 \pm 0,8$) мл/кг. Исходя из общепринятых рекомендаций, идеальным суточным Kt/V считали 0,28. Соотношение D/P по мочеvine в среднем было равно $0,93 \pm 0,03$, уровни U_p и U_d не отличались статистически достоверно. Фактический индекс Готча равнялся $0,25 \pm 0,02$. При проведении корреляции выявлена сильная положительная связь между соотношением D/P по мочеvine и экспозицией ($r = +0,536$) и отрицательная корреляция между объемом заливки и U_p ($r = -0,56$). Наблюдали следующие осложнения: подтекание диализата (8), обструкция катетера сальником

(1), кровавый диализат (2), боли в животе (4), дислокация катетера (1). Объем заливки и другие параметры ПД не влияли достоверно на частоту осложнений.

Таким образом, для определения оптимальных параметров ПД необходим ежедневный расчет производительности ПД и коррекция ее по предложенной формуле, применение которой позволит повысить эффективность и безопасность этого метода в лечении ОПН у детей.

О. Папеш

Ростовский государственный медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону

НОВЫЙ СПОСОБ СОЕДИНЕНИЯ ПИЩЕВОДА И ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ШЕЕ ПРИ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ

В 2002 г. в клинике детской хирургии профессором Г.И. Чепурным с сотрудниками был разработан оригинальный способ анастомозирования пищевода и толстой кишки на шее при эзофагопластике, выполняемой у детей при атрезии и рубцовых сужениях пищевода. Он состоит в следующем.

После извлечения конца толстокишечного трансплантата на шею рассекаем поперечно заднюю стенку кишки на расстоянии 20 мм от ее ушитого конца соразмерно с диаметром просвета пищевода. Сшиваем стенки кишки и пищевода непрерывным викриловым швом на атравматической игле (*Vicryl 4/0*), формируя нижнюю губу анастомоза. Нити угловых швов используем в качестве держалок. По центру одним швом прошиваем верхние края пищевода и кишки (вкол и выкол со стороны слизистой); этот шов не завязываем, берем в зажим. Распускаем нить с культи толстой кишки и открываем ее просвет. В него через поперечный разрез, созданный для анастомоза, пропускаем нити угловых и центрального швов. Центральный шов завязываем в кишечном просвете. Через кишечный просвет формируем верхнюю губу анасто-

моза, используя также непрерывный шов. Далее заново формируем культю толстой кишки, накладывая 2-рядный шов на ее конец. Нити центрального серозо-мышечного шва не срезаем, а ими прошиваем параэзофагеальную ткань выше соустья и затем завязываем. Таким образом, этим швом достигается фиксация купола толстой кишки над анастомозом.

На наш взгляд, это самый простой и самый крепкий вид анастомоза. Новизна способа документирована решением на выдачу патента на изобретение №2004113883 / 14 (014771) от 03.08.2005 г.

Путем сравнения двух групп больных: с традиционными способами шейного соустья (65 больных) и с новым способом анастомозирования (29 детей) установлены преимущества последнего перед остальными известными методиками. Основным критерием достоинств примененных способов была несостоятельность швов анастомоза с развитием свища. В первой группе больных свищи соустья встретились у 35% больных, во второй группе свищей не было, все анастомозы зажили с первичным натяжением.

Контрольное обследование детей в отдаленные сроки (1-3 года) послеоперационного периода выявило следующее: у 18 больных первой группы обнаружены рубцовые стриктуры соустьев, требовавшие хирургической коррекции; во второй группе больных отмечена хорошая функция шейного анастомоза, без признаков стенозирования.

Таким образом, новый способ создания пищеводно-толстокишечного анастомоза на шее может быть признан идеальным и должен занять приоритетное место в эзофагопластической хирургии.

В.В.Паршиков, В.П.Смирнов, Е.С.Кроль, А.Р.Катмарчиев

Нижегородская государственная медицинская академия,
г. Нижний Новгород

МОРФОЛОГИЯ НЕОРЕКТУМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНУСА

Светооптически исследованы биоптаты анального канала и прямой кишки у 18 детей в сроки от 2 до 7 лет после оперативного

лечения по поводу АПКИ А, оперированных в клинике с 1993 по 2004 г.

Брюшно-промежностная проктоанопластика по *Romualdi* выполнена 12 пациентам, 6 оперированы задне-сагиттальным доступом по *Pena*. В первой группе больных структура слизистой оболочки была деформирована, имела складчатость, отмечено большое количество сосудов капиллярного типа, полиморфизм колоноцитов. Покровный эпителий в отдельных участках имел 2-3-х слойное строение, а местами клетки его лежали рыхло. В составе крипт преобладали бокаловидные клетки, концевые отделы желез местами отсутствовали, слизиобразование умеренно снижено. В межучасточной ткани на фоне диффузной инфильтрации круглоклеточными элементами обнаруживали скопления лимфоцитов, не формирующие фолликулы. В отдельных зонах имелись явления интерстициального отека. Собственная пластинка слизистой была резко утолщена за счет избыточного развития коллагеновых волокон, с выраженной инфильтрацией лимфоцитами и макрофагами, единичными эозинофилами. Отмечены участки атрофии собственной пластинки с уменьшением глубины крипт, снижением пролиферации колоноцитов.

В подслизистом слое на фоне выраженного межучасточного и периваскулярного отека отмечено диффузное распределение фиброзных элементов, обильная васкуляризация, развитие грануляционной ткани, проникающей в мышечный слой. Встречающиеся сосуды имели толстую стенку, в части капилляров отмечены явления эритроцитарного стаза.

Непосредственно к подслизистой оболочке был «подтянут» мышечный слой, фрагментированный на отдельные пучки прослойками грубоволокнистой соединительной ткани. В субсерозном отделе доминировали кровеносные сосуды с резко утолщенной стенкой, просвет которых был сужен и имел форму «гофры». У 6 детей после задней сагиттальной анопроктопластики при морфологическом исследовании выявлено, что строение слизистой обо-

лочки соответствует норме: сохранен покровный эпителий, в более глубоких структурах видны концевые отделы желез, имеющие обычное строение, отчетливо определяются бокаловидные клетки с сохраненной структурой. Слизеобразование в норме. В межуточной ткани отмечено диффузное накопление круглоклеточных элементов, незначительный интерстициальный отек. Собственная пластинка слизистой сформирована правильно, с умеренной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией.

В подслизистом слое имели место повышенное капиллярообразование, незначительный межуточный и периваскулярный отек, скопления рыхло расположенных коллагеновых волокон, незначительная круглоклеточная инфильтрация.

Мышечная оболочка представляла собой два слоя волокон циркулярного и продольного расположения, без выраженных дистрофических изменений и соединительнотканного замещения.

Таким образом, гистологическое исследование подтверждает предпочтительность задней сагиттальной анопроктопластики при лечении атрезии прямой кишки и ануса перед брюшно-промежностными вмешательствами.

П.Е. Пермяков

Астраханская государственная медицинская академия,

г. Астрахань

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕФЛЮКС-НЕФРОПАТИИ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ У ДЕТЕЙ

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) является одной из наиболее частых форм нарушения уродинамики с развитием рефлюкс-нефропатии (РН). В связи с этим ранняя диагностика этого заболевания остается актуальной и важной задачей для детских хирургов, урологов и нефрологов. До настоящего времени неправильная трактовка диагноза приводила к позднему хирургическому вмешательству.

ПМР очень часто протекает латентно, что может стать причиной возникновения пиелонефрита, устойчивого к антибактериальной терапии и нередко принимающего хроническое течение. На начальном этапе своего развития рефлюкс-нефропатия (РН) при пузырно-мочеточниковом рефлюксе (ПМР) не имеет характерной клинической картины, проявляясь лишь симптомами инфекции мочевыводящих путей. Ранняя диагностика изменений в почечной паренхиме может определить дальнейшую тактику в лечении больных с этой патологией и предотвратить в дальнейшем развитие вторичного сморщивания почки.

В настоящее время ультразвуковое исследование (УЗИ) почек является распространенным видом обследования у детей. Появление новых технических возможностей ультразвуковой диагностики, связанных с использованием эффекта Допплера, позволяет изучить ренальный кровоток и более объективно оценить тяжесть поражения почек. Проводя с помощью доплерографии качественную и количественную оценку кровотока по всем доступным сосудам почки, косвенным образом можно оценить функциональную сохранность почечной паренхимы, характер патологического процесса, его прогноз и эффективность терапии. Изменения характеристик почечного кровотока часто опережают клиническую манифестацию заболевания, и, следовательно, анализ показателей почечной гемодинамики позволяет на ранних этапах заболевания выявить тенденции развития процесса, предоставляя возможность для прогнозирования его течения. Применение новых методик ультразвукового исследования почек позволило получить дополнительную информацию и значительно повысить точность диагностики.

По сравнению с другими методами, ультразвуковая доплерография обладает следующими преимуществами: неинвазивность, проведение неоднократных повторных исследований для динамического наблюдения, возможность проведения исследования у постели больного, контроль в процессе диспансерного наблюдения за больными с патологией почек, отсутствие возрастных ограничений.

Цель настоящего исследования: ультразвуковая оценка характера почечной гемодинамики у детей.

Определялись количественные характеристики, наиболее распространенными из которых в клинической практике являются: максимальная систолическая скорость, пульсационный индекс - P_i (индекс Геслинга, отношение разности максимальной систолической и конечной диастолической скорости к средней скорости) и индекс резистентности - R_i (индекс Пурсело, отношение разности максимальной систолической и конечной диастолической скорости к максимальной систолической скорости). Данные индексы получили широкое распространение в связи с относительной простотой расчета и достаточной информативностью. Для оценки почечного кровотока использовался метод дуплексного сканирования, цветного картирования потока крови и энергетический доплер. УЗИ проводилось на аппарате *Aloka 5500*, использовался датчик с частотой сканирования 3,5 - 5,0 МГц.

За период с 2002 по 2004 было обследовано 68 детей с ПМР различной степени. В результате исследования получены следующие данные. Максимальная систолическая скорость у детей с ПМР 1-2 степенью без РН составила в сегментарной артерии $49 \pm 1,5$ и выше см/с, у детей с ПМР 3-4 степенью с развитием РН - $46 \pm 1,5$ и ниже см/с. Пульсационный индекс P_i составил соответственно 1,1 и 1,0. Индекс резистентности R_i соответственно был равен 0,61 и 0,69. Допплерография выявила снижение скоростных показателей кровотока (до 25 см/с), достоверное повышение показателей R_i (до 0,78 в сегментарных артериях по сравнению с 0,61 соответственно в группе детей без РН) в группе детей с ПМР 3-4 степенью, рефлюкс-нефропатией и относительной стабильностью пульсационного индекса в обеих группах.

Проведенное исследование показало возможность оценки функционального состояния почки при РН по параметрам ренального кровотока. По мере прогрессирования рефлюкс-нефропатии при ПМР выявляются следующие изменения: снижение размеров и

неровность контуров почки с формированием мелких втяжений и деформаций, фрагментарное истончение паренхимы, диффузное неравномерное увеличение эхогенности паренхимы с исчезновением кортико-медуллярной дифференцировки, а также обеднение интратрениального сосудистого рисунка в местах деформации.

Таким образом, можно говорить о том, что существует связь между наличием РН, требующей оперативного вмешательства и выраженностью нарушений почечной гемодинамики. Полученные результаты позволяют считать метод доплерографии чувствительным и объективным, позволяющим своевременно определять показания к оперативному лечению.

Г.А. Плеханов, И.К. Харимов, Ю.М. Хван

Республиканская детская клиническая больница «АКСАЙ»,
г. Алматы

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

Патологический вывих бедра как осложнение гематогенного остеомиелита часто формирует тяжелые деформации костно-суставной системы, которые в позднем периоде требуют многократных оперативных вмешательств, длительной реабилитации, являются основной причиной инвалидности детей и подростков (М. Кадыров и др., 1989; П.А. Шихабутдинова, 2000).

По данным Г.Н. Акжигитова и др. (1986), Л.Б. Новокрещенова и др. (1989) результаты лечения патологического вывиха бедренной кости остаются неудовлетворительными, а возможности консервативного и оперативного лечения недостаточно изучены и использованы.

По нашему глубокому убеждению, консервативное лечение патологического вывиха бедра начинается с момента выявления эпиметафизарного остеомиелита

Ортопедическая коррекция хирургического лечения эпиметафизарного остеомиелита, соблюдение этапности, преемственности

и диспансеризации в лечении таких больных является самым надежным условием для сохранения головки и шейки пораженной конечности в проекции вертлужной впадины.

В нашей клинике больные с последствиями эпиметафизарного остеомиелита разделены на две категории в зависимости от рентгеноанатомической картины структур проксимального отдела пораженной бедренной кости. Соответственно нами разработаны методики консервативного и оперативного лечения для каждой из вышеуказанных категорий больных.

Результаты. При соблюдении всего комплекса разработанных нами лечебных мероприятий удается добиться удовлетворительных рентгеноанатомических и функциональных результатов у больных обеих категорий.

Выводы: 1. Ортопедическая коррекция эпифизарного остеомиелита позволяет избежать патологического вывиха бедра у детей.

2. Выбранные нами методики консервативного и оперативного лечения больных обеих категорий позволяет добиться удовлетворительных функциональных результатов.

О.Н. Полтавец, Н.А. Беляева, А.Н. Жаров

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева

Детская республиканская клиническая больница №2,

г. Саранск

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОПОЛИМЕРА DAM+

Проблема пузырно-мочеточникового рефлюкса, несмотря на довольно длительную историю изучения и большое число опубликованных работ, продолжает оставаться актуальной в детской хирургии и урологии. Интерес к ней связан, во-первых, с большой частотой встречаемости ПМР у детей, а, во-вторых, с возможностью возникновения тяжелых осложнений, вплоть до хронической

почечной недостаточности в результате развития рубцово-склеротического процесса в паренхиме рефлюксированной почки.

Целью работы явилось изучение результатов эндоскопической трансуретральной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с использованием биополимера DAM+.

Под нашим наблюдением находилось 299 детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, проходивших стационарное обследование и лечение в отделении урологии ДРКБ № 2 г. Саранска, за 2004-2005 годы. Среди них мальчиков было 101 (33,8%), девочек – 198 (62,2%). По характеру заболевания распределение больных происходило следующим образом. У 90 (48,6%) детей был выявлен двухсторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс, с наибольшей частотой диагностировалась III степень 51 (56,7%), односторонний наблюдался у 95 (51,4%) пациентов, справа – у 41 (43,1%), слева – у 54 (56,8%).

Всем детям проведено комплексное урологическое обследование: ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря с пробой на ПМР, доплерографией, экскреторная урография, микционная цистоуретрография, уродинамическое исследование, лабораторные методы оценки функции почек.

Эндоскопическая трансуретральная коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса биополимером DAM+ произведена у 136 (45,5%) пациентов.

Контрольное обследование в отделении урологии произведено у 127 (93,4%) пациентов через 6 месяцев – 1 год после операции. Ликвидация рефлюкса была достигнута у 117 (92,1%) больных. Полное выздоровление отмечалось у 50 (39,4%) пациентов, выздоровление с сохранением сморщивания почки – у 26 (20,5%), выздоровление на фоне хронического пиелонефрита у 33 (26%), выздоровление с сохранением пиелоектазии – у 8 (6,3%). Пузырно-мочеточниковый рефлюкс после операции сохранялся у 10 (7,9%). Повторная эндоскопическая коррекция произведена 5 (4%), продолжено консервативное лечение у 4 (3,1%), неоимплантация мочеточников по Коэну произведена 1 (0,8%) пациенту.

Таким образом, эффективность эндоскопической трансуретральной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса биополимером DAM+ отмечена в 92,1% случаев. Мы считаем, что данный метод лечения является высокоэффективным, малотравматичным и безопасным, так как позволяет прибегать к повторным оперативным эндоскопическим вмешательствам и сокращает сроки пребывания ребенка в хирургическом стационаре.

В.П. Синюк, О.М. Моторин, И.В. Киргизов

Красноярская государственная медицинская академия,

г. Красноярск

ИЗМЕНЕНИЕ СЦИНТИГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА

Изменение накопления радиофармпрепарата (РФП) в пораженном ТБС и коэффициента, его характеризующего при болезни Пертеса (БП) оценивали у 56 детей в возрасте от 5 до 12 лет при помощи гамма-камеры «Гамма» (ВНР). Больные с двухсторонним поражением не обследовались, так как результаты статической сцинтиграфии в данном случае являются недостоверными. С I стадией было обследовано 10 детей, со II – 16 и с III стадией БП – 30 детей. С целью получения нормальных показателей было обследовано 22 ребенка с опухолями и воспалительными заболеваниями костей другой локализации.

При обследовании детей с I стадией БП было отмечено снижение накопления РФП в пораженном ТБС в 1,2 раза (до $40,2 \pm 1,6\%$), по сравнению с нормой, повышение уровня накопления в непораженном суставе в 1,2 раза (до $59,8 \pm 1,6\%$), при условии, что суммарное накопление РФП в пораженном и контралатеральном суставах соответствует 100%. В результате, отмечалось увеличение асимметрии накопления РФП (дельта С) до $19 \pm 3\%$, при величине дельта С в контрольной группе $0 \pm 6\%$. Данные изменения накопления РФП при I стадии БП косвенно указывали на умеренную гипофиксацию РФП в пораженном ТБС. Это объяснялось, по-ви-

димому, тем, что радионуклид ^{99m}Tc -фосфон обладает тропностью к незрелым волокнам коллагена и кристаллам формирующегося гидроксиапатита кальция, т.е. характеризует активность остеобластических элементов кости и больше отражает пролиферативную фазу репаративного остеогенеза, а в I стадии преобладают процессы ишемии костной ткани головки бедренной кости вследствие местного расстройства микроциркуляции, венозного стаза, повышения внутрисуставного и внутрикостного напряжения, некротические процессы в этой стадии еще не выражены, но костная ткань, находящаяся в состоянии тканевой гипоксии, уже на I стадии заболевания проявляет снижение активности остеобластических элементов кости. Во II стадии заболевания изменения более выражены и проявлялись в снижении уровня накопления РФП в пораженном суставе в 1,6 раза (до $32 \pm 2\%$), уровень накопления РФП в контралатеральном суставе увеличивался в 1,4 раза (до $68 \pm 2\%$) по сравнению с нормой, увеличивалась дельта С до $36 \pm 4\%$. При обследовании детей с III стадией процесса регистрировалась выраженная гипофиксация РФП в пораженном тазобедренном суставе, так как уровень накопления РФП в пораженном суставе был в 1,9 раза ниже (до $27 \pm 2\%$), чем в норме, увеличивался уровень накопления РФП в контралатеральном ТБС в 1,5 раза по сравнению с нормой (до $73 \pm 2\%$). отмечалось резкое увеличение дельта С до $46 \pm 4\%$.

Таким образом, при помощи метода статической сцинтиграфии ТБС у детей с БП была получена достоверная информация о функциональном состоянии костной ткани головки бедра и тяжести его нарушений на I-III стадиях заболевания. Установлены показатели, информативные при БП: относительный уровень накопления РФП в пораженном ТБС (снижался при БП), относительный уровень накопления РФП в контралатеральном ТБС (повышался при БП) и асимметрия накопления РФП (увеличивалась при БП), причем выраженность их изменений коррелировала со стадией патологического процесса. Изменение показателей радиоизотопного исследования в I-III стадиях заболевания, косвенно, указывало на распространенность некротических процессов в ТБС при БП.

В.П. Синюк

Красноярская государственная медицинская академия,
г. Красноярск

ВЛИЯНИЕ ПОНИЖЕНИЯ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ НА СТРУКТУРУ КОСТНОЙ ТКАНИ

В эксперименте по стимуляции регенерации костной ткани исследования проводились на 15 щенках беспородных собак (группа I — 5 собак, группа II — 5 собак, группа III — 5 собак) в возрасте 4-6 месяцев. Результаты добивались путём понижения внутрикостного давления (ВКД) на 15% через иглу-датчик в течении 10 суток. Регистрацию ВКД в послеоперационном периоде и забор головки бедренной кости для гистологического исследования производили на 10, 30 и 60 сутки с момента начала снижения ВКД. С целью получения нормальных показателей ВКД было обследовано 10 здоровых щенков.

В результате проведённого исследования по снижению ВКД для стимуляции регенерации выявлено: в группе I на 10 день тканевое давление снизилось на 15,0% (до $894,2 \pm 9,0$ Па) по сравнению с нормой; понижение тканевого давления на 11,0% (до $936,5 \pm 12,5$ Па) отмечалось на 30 день эксперимента в группе II; понижение тканевого давления на 6,2% (до $987 \pm 14,4$ Па) отмечалось на 60 день эксперимента в группе II. Наибольшие изменения снижения ВКД были выявлены на 10-е сутки после начала эксперимента по понижению ВКД.

При гистоморфологическом исследовании препаратов срезов ГБК щенков в группе I выявлено на 10-е сутки возрастание всех показателей морфометрии: увеличение объема сосудов хряща на 25,0% (до $12,50,3$), размера хондроцитов — на 8,3% (до $6,5 \pm 0,3$ мкм), объема основного вещества хряща — на 6,1% (до $69,0 \pm 2,6$), объема хондроцитов — на 19,1% (до $25,0 \pm 1,5$), толщины замыкательной пластинки ГБК — на 17,4% (до $27,0 \pm 1,6$ мкм), объема костных балок — на 13,1% (до $58,8 \pm 2,0$), объема сосудов кости — на 22,2% (до $11,0 \pm 0,8$), размера сосудов кости — на 16,7% (до

17,5±0,5 мкм), толщины костных балок – на 24,3% (до 14,3±1,4 мкм) и размера остеоцитов – на 37,5% (до 5,5±0,3 мкм).

При гистоморфологическом исследовании препаратов срезов головки бедренной кости щенков в группе II на 30-е сутки и в группе III на 60-е сутки выявлено еще более значительное возрастание всех показателей морфометрии, коррелирующее с увеличением сроков исследования.

Таким образом, отмечено, что при понижении ВКД на 10-е сутки регистрируется наибольшее снижение величин тканевого давления. В последующие сутки (30-е и 60-е) ВКД постепенно стремится к нормальным значениям, но полностью до нормальных цифр не повышается. Это, по-видимому, связано с нарастанием (к 60-м суткам максимально) объема сосудистого русла головки бедра, реваскуляризацией и нормализацией органного кровотока в эпифизе бедра, в результате чего величина ВКД после 60-х суток регулировалась уже на гемодинамическом уровне. Также была отмечена активизация процессов репаративного остеогенеза и регенерации, что, косвенно, указывало на повышение остеобластической функции костной ткани при дозированном снижении ВКД в эксперименте. Причем, наибольшая остеобластическая активность отмечалась от 10 до 30 и 60 суток. Это указывало на то, что активность регенерации коррелировала со сроками исследования, чем более продолжительными они были, тем более выраженные процессы восстановления костной ткани в ГБК регистрировались.

В.П. Синюк

Красноярская государственная медицинская академия,
г. Красноярск

ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ НА СТРУКТУРУ КОСТНОЙ ТКАНИ

С целью изучения влияния повышения внутрикостного давления (ВКД) на гисто-морфологическое состояние костной ткани эпифиза бедра нами было произведено наложение хомута на бед-

ренную кость (моделирование остеохондропатии головки бедренной кости) 10-и экспериментальным беспородным щенкам. В последующем исследования проводились у 5-и щенков (группа I) на 30-е сутки: регистрация ВКД с применением иглы-датчика до снятия хомута, после снятия хомута и морфологическое исследование микропрепаратов срезов ГБК, у 5-и щенков (группа II) – аналогичные исследования на 60-е сутки после наложения хомута. С целью получения нормальных показателей ВКД было обследовано 10 здоровых щенков.

В группе I на 30-е сутки было зарегистрировано повышение ВКД на 15,0% (до $1238 \pm 7,3$ Па) в сравнении с нормой. В группе II на 60-е сутки было отмечено повышение ВКД на 18,5% (до $1291 \pm 7,1$ Па) по сравнению с нормой. После снятия хомута ВКД в головке бедра щенков группы I произвольно снизилось на 5,0% и составило $1176,1 \pm 5,8$ Па, в головке бедра щенков группы II – на 5,1% и составило $12256,3$ Па.

В ходе исследования выявлено на 30-е сутки уменьшение всех показателей морфометрии: уменьшение объема сосудов хряща на 14,0% (до $8,6 \pm 0,3$), размера хондроцитов – на 30% (до $4,2 \pm 0,5$ мкм), объема основного вещества хряща – на 21,5% (до $51 \pm 2,8$), объема хондроцитов – на 19,0% (до $17 \pm 1,2$), толщины замыкательной пластинки ГБК – на 14,8% (до $19,6 \pm 1,3$ мкм), объема костных балок – на 15,4% (до $44 \pm 2,3$), объема сосудов кости – на 17,8% (до $7,4 \pm 0,5$), размера сосудов кости – на 13,3% (до $13 \pm 0,6$ мкм), толщины костных балок – на 20,9% (до $9,1 \pm 0,7$ мкм) и размера остеоцитов – на 20,0% (до $3,2 \pm 0,3$ мкм)

На 60-е сутки выявлено еще более значительное уменьшение всех показателей морфометрии: уменьшение объема сосудов хряща на 30,0% (до $7 \pm 0,2$), размера хондроцитов – на 41,7% (до $3,5 \pm 0,2$ мкм), объема основного вещества хряща – на 33,8% (до $43 \pm 3,8$), объема хондроцитов – на 38,1% (до $13 \pm 0,9$), толщины замыкательной пластинки ГБК – на 34,8% (до $15,0 \pm 1,2$ мкм), объема костных балок – на 26,9% (до $38 \pm 3,1$), объема сосудов кости – на

33,3% (до $6 \pm 0,5$), размера сосудов кости – на 20,0% (до $12 \pm 0,7$ мкм), толщины костных балок – на 34,8% (до $7,5 \pm 0,8$ мкм) и размера остеоцитов – на 37,5% (до $2,5 \pm 0,2$ мкм).

Таким образом, путем повышения ВКД была создана модель остеохондропатии головки бедренной кости. При повышении ВКД в головке бедра на 15,0% от нормы уже на 30-е сутки происходили дегенеративно-дистрофические изменения на клеточном и ультраструктурном уровне, как в костном матриксе, так и в самих костных балках. При увеличении срока до 60-и суток было отмечено повышение ВКД на 18,5%, дальнейшее прогрессирование некротических и дегенеративно-дистрофических процессов в костной и хрящевой ткани эпифиза бедра. При устранении причины, вызвавшей повышение ВКД (снятии хомута) тканевое давление произвольно снижалось на 5-5,1%, но ни в одном случае оно не достигало нормальных величин. Можно предположить, что повышенное ВКД является как пусковым механизмом остеохондропатии головки бедра, так и одним из ведущих звеньев патогенеза заболевания. Это послужило причиной для поиска адекватных патогенетических способов снижения ВКД, как метода лечения остеохондропатии головки бедренной кости.

В.П. Синюк, О.М. Моторин

Красноярская государственная медицинская академия,
г. Красноярск

ИЗМЕНЕНИЕ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА

Показатели скоростных характеристик объемного кровотока и индекс сопротивления в сосудистом русле при болезни Пертеса (БП) в дооперационном периоде оценивали при помощи сканера «Acuson-128-XP4» (США) с использованием линейного датчика 7 МГц в сосудах пораженного тазобедренного сустава (ТБС) у 61-го ребенка в возрасте от 5 до 12 лет. У 11 детей была I стадия заболевания, у 17 – II стадия и у 33 – III стадия БП. С целью

получения нормальных показателей было обследовано 16 детей без патологии ТБС.

В I стадии заболевания отмечено в медиальной огибающей бедро артерии увеличение максимальной скорости кровотока (V_{max}) на 4,8% ($56,5 \pm 0,7$ см в сек.), снижение минимальной скорости кровотока (V_{min}) на 20,3% (до $13,8 \pm 0,8$ см в сек.) от нормы, повышался индекс периферического сопротивления в артерии (RI) на 8,8% (до $0,74 \pm 0,01$), уменьшался ее диаметр на 15,8% (до $1,6 \pm 0,1$ мм). Во II стадии заболевания отмечено еще более значительное увеличение V_{max} на 7,6% (до $58,2 \pm 0,4$ см в сек.), уменьшение V_{min} на 29,1% (до $12,2 \pm 0,4$ см в сек.) от нормы, в результате чего, еще значительней, чем в I стадии БП, был повышен RI – на 14,7% (до $0,78 \pm 0,01$), снижен просвет артерии на 21,1% (до $1,5 \pm 0,1$ мм). В III стадии заболевания сохранялись изменения характеристик кровотока в артерии и индекса сопротивления, но степень выраженности их меньше, чем во II стадии БП. V_{max} была увеличена на 7,0% (до $57,5 \pm 0,4$ см в сек.), V_{min} снижена на 15,7% от нормальных показателей (до $14,5 \pm 0,6$ см в сек.), RI сохранялся повышенным на 10,3% (до $0,75 \pm 0,01$), диаметр артерии сохранялся сниженным на 15,8% (до $1,6 \pm 0,1$ мм).

При исследовании кровотока в медиальной огибающей бедро вене в I стадии БП регистрировалось снижение V_{max} на 12,5% (до $19,5 \pm 1,3$ см в сек.), снижение V_{min} на 8,8% (до $13,4 \pm 0,5$ см в сек.), RI снижался на 8,8% (до $0,31 \pm 0,01$). Диаметр медиальной огибающей вены вблизи места впадения ее в глубокую бедренную вену существенно не изменялся. Во II стадии заболевания отмечалось еще более значительное снижение V_{max} – на 26,4% (до $16,4 \pm 0,3$ см в сек.), V_{min} – на 15,0% (до $12,5 \pm 0,7$ см в сек.), RI – на 23,5% (до $0,26 \pm 0,01$), диаметр вены был увеличен на 18,2% (до $2,6 \pm 0,2$ мм). В III стадии заболевания сохранялось изменение характеристик кровотока и индексов сопротивления, но степень выраженности их меньше, чем при II стадии процесса. V_{max} были сниженными на 21,5% (до $17,5 \pm 0,6$ см в сек.), V_{min} – на 8,8%

(до $13,4 \pm 0,6$ см в сек.), RI — на 11,8% (до $0,30 \pm 0,01$), диаметр вены был повышен на 18,2% (до $2,6 \pm 0,2$ мм).

Таким образом, при помощи метода ультразвуковой доплерографии сосудов пораженного ТБС изменение доплерографических характеристик и индекса были отмечены уже на I стадии заболевания. Наиболее выражены они во II стадии БП, когда имеется блок микроциркуляции в пораженном ТБС, снижается тонус сосудистой стенки и развиваются застойные явления в венозном русле. В III стадии сохранялись изменения доплеровских характеристик, однако, выраженность их уменьшалась по сравнению со II стадией, что косвенно могло указывать на окончание острых некротических явлений и преобладание склеротических и дегенеративно-дистрофических изменений, как в сосудистой стенке, так и в тканях ТБС. Полученные данные указывают на то, что изменения гемодинамики в области ТБС при БП играют одну из основных ролей в патогенезе остеонекроза.

В.П. Синюк

Красноярская государственная медицинская академия,
г. Красноярск

ФУНКЦИОЛОГИЯ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ В ГОЛОВКЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА

У 15 детей с болезнью Пертеса (БП), поступивших на оперативное лечение в травматолого-ортопедическое отделение МУЗ ГKB №20 г. Красноярска, проводилось измерение внутрикостного давления (ВКД) во время операции с помощью датчика для регистрации ВКД, который имплантировался в шейку бедра.

Во время операции внутрикостное давление в головке бедра у детей первого детства с I стадией БП составляло $1356 \pm 5,6$ Па, т.е. это давление, которое сохранялось в головке и шейке бедренной кости на протяжении I стадии заболевания в данном возрастном периоде. Причиной повышения ВКД в I стадии БП, вероятно, могло быть прогрессирование очаговых изменений, сдавление сосу-

дов отеком местных тканей, а также, наличием фиксированного спазма артерии и венозным стазом. У детей с II стадией БП тканевое давление составляло уже $1427,9 \pm 7,7$ Па, что на 5,3% выше, чем у детей с I стадией БП. Данные изменения ВКД, по-видимому, происходили в процессе дальнейшего повышения сопротивления в сосудистом русле, как вследствие вышеуказанных причин, так и за счет прогрессирующих периартритических изменений соединительнотканно-рубцового характера, развивающихся в условиях длительной ишемии головки бедра. У детей с III стадией БП ВКД во время операции составляло $1403,5 \pm 6,9$ Па, что на 3,5% выше, чем в I стадии БП, но на 1,7% ниже, чем во II стадии заболевания. Это, вероятно, связано с тем, что в III стадии деструктивные процессы, сопровождающиеся функциональными и структурными проявлениями, несколько стихают. Основной причиной повышения тканевого давления являются дегенеративно-дистрофические изменения, протекающие в периартритической зоне и развивающиеся в процессе длительной ишемии головки бедра в течение I-II стадий БП.

Во время операции внутрикостное давление в ГБК у детей второго детства с I стадией БП составляло $1376 \pm 6,7$ Па. У детей с II стадией БП тканевое давление составляло уже $1446,0 \pm 6,5$ Па, что на 5,1% выше, чем у детей с I стадией БП. У детей с III стадией БП ($n=3$) ВКД во время операции составляло $1421,2 \pm 7,9$ Па, что на 3,3% выше, чем в I стадии БП, но на 1,7% ниже, чем во II стадии заболевания.

Отмечено, что величина ВКД зависит, как от стадии заболевания, так и от возраста детей, причем, у детей второй возрастной группы регистрировались несколько более высокие цифры ВКД в каждой из стадий БП, по сравнению с цифрами ВКД детей первого детского возраста в каждой из соответствующих стадий. Так, в I стадии БП во втором детском возрасте ВКД было на 20 Па выше, чем у детей первого возраста с той же стадией БП. Во II стадии БП во втором детском возрасте ВКД было на 18,1 Па выше, чем у

детей первого возраста с той же стадией БП. в III стадии БП во втором детском возрасте ВКД было на 17,7 Па выше, чем у детей первого возраста с той же стадией БП.

Таким образом, при помощи измерения ВКД были получены данные о динамике изменения внутрикостного давления у больных на разных стадиях БП. ВКД имеет возрастную зависимость. Отмечено, что во втором детском возрасте величина ВКД при различных стадиях БП заметно выше, чем в первом детском возрасте. Было отмечено, что повышение ВКД регистрировалось уже в I стадии заболевания, возрастало во II стадии и несколько снижалось в III стадии процесса, что, по-видимому, вызвано совокупностью повышения внутриклеточного и внеклеточного давления в головке бедра при БП.

Э.А.Соломина, М.А.Кодинцева

Курганская областная детская клиническая больница,

г. Курган

ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ У ДЕТЕЙ

Основной проблемой в лечении костного панариция у детей до настоящего времени является запущенность гнойно-воспалительного процесса вследствие поздней диагностики, не радикальности хирургического вмешательства на амбулаторном этапе и поздним поступлением в стационар в результате длительного самолечения.

За период 2000-2004 гг. во 2 хирургическом отделении ОДБ им. Красного Креста пролечено 58 детей с костным панарицием ногтевой фаланги пальцев кисти в возрасте от 4 до 16 лет. Сроки поступления от начала заболевания от 2 до 28 дней, в среднем 8 дней. Поздние сроки поступления характеризовались выраженными гнойно-воспалительными явлениями со стороны мягких тканей с секвестрацией кости ногтевой фаланги. Нерадикальные амбулаторные хирургические вмешательства, требующие повторного оперативного лечения, составили 24%.



до 34,1%. Наряду с оперативным лечением переломов, большое значение имеют консервативные методы лечения. Важную роль в лечении переломов играют лекарственные препараты, содержащие кальций.

В настоящее время для улучшения биодоступности лекарственных препаратов широко применяется метод механоактивации. Обработка в высокоэнергетических измельчительных устройствах позволяет получить быстрорастворимые, усвояемые и более эффективные медицинские препараты, например, быстрорастворимый аспирин. Однако оказалось, что никто в мире не занимался проблемой и механического модифицирования лекарственных препаратов кальция. Поэтому было решено провести инициативную работу по модифицированию методом механоактивации официальных препаратов кальция, провести их клиническую апробацию. На первом этапе исследования было решено выяснить, насколько эффективным может быть механоактивированный глюконат кальция при лечении переломов у детей.

Была обследована группа из 7 детей с переломами различной локализации в условиях ДТОАПО г.Ижевска. Возраст больных от 5 до 14 лет. Из них 5 мальчиков, 2 девочки. Уровень общего Са в сыворотке крови в день получения травмы составил 1.8-2.2 ммоль/л. Эти дети получали механоактивированный порошок глюконата кальция в дозировке по 0.5г. 2 раза в день под язык до полного растворения. Курс лечения продолжительностью 15 дней.

После окончания курса лечения механоактивированным глюконатом кальция уровень общего кальция в сыворотке крови у всех детей, повысился до 2.2-2.6 ммоль/л. На основании клинических и рентгенологических данных сроки иммобилизации сократились на 5-7 дней.

Таким образом, применяемый в лечении переломов механоактивированный глюконат кальция увеличивает уровень кальция в крови до 2.2-2.6 ммоль/л, кроме того, сроки иммобилизации сократились, по рентгенологическим данным, на 5-7 дней.

Предлагаемый способ лечения показал свою эффективность, поэтому целесообразно продолжить изучение механоактивированного глюконата кальция в лечении переломов.

С.А. Стриженок, Д.С. Стриженок, Д.С. Мамонтова,

В.П. Обрядов, В.И. Пазавин, К.А. Пурсанов

Нижегородская областная детская клиническая больница,

г. Нижний Новгород

БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

В детской хирургической практике бедренные грыжи встречаются довольно редко. На их долю приходится 0,24% случаев от всех грыж передней брюшной стенки у детей. В отличие от взрослых, у детей это является врожденной патологией. Причина заключается в необлитерации соответствующих дивертикулов брюшины. В этих случаях дивертикул по сути представляет собой грыжевой мешок. Выпадение внутренних органов в необлитерированный дивертикул, как правило, происходит на фоне относительной незрелости структур, составляющих грыжевой канал, диспропорции их роста в процессе развития ребенка. Данная патология очень редко проявляется с периода новорожденности. Зачастую может клинически проявиться только при ущемлении.

У детей диагностировать бедренную грыжу довольно сложно, особенно дифференцировать её с паховой. Точно локализовать грыжевое выпячивание (ниже или выше пупартовой связки), определить грыжевые ворота зачастую не удаётся. Это связано с малыми размерами грыжи и чрезмерно развитым у детей подкожно-жировым слоем.

Таким образом, редкость патологии и трудность её диагностики приводят к тактическим и лечебным ошибкам.

В ГУ «НОДКБ» за период с 1983 по 2005 год было выполнено 12 операций детям с данной патологией (из них 4 девочки, 8 мальчиков). Возраст больных составил от 3 до 5 лет. Только в одном случае до операции была диагностирована бедренная грыжа.

10 больных были взяты на плановую операцию с диагнозом «паховая грыжа» и верный диагноз установлен только в ходе операции. А в одном из наших наблюдений данный порок выявлен только при повторной операции (первое оперативное вмешательство выполнялось вне ГУ «НОДКБ»).

Ущемление бедренной грыжи наблюдалось у двух детей, один из которых с правильным диагнозом был направлен из ЦРБ. Второй оперирован с подозрением на бедренный лимфаденит. Интраоперационно в грыжевом мешке был обнаружен некротизированный, отшнурованный участок сальника.

Одиннадцать операций произведено паховым доступом типа Руджи-Парлавеччио; одна - бедренным доступом. Пластика грыжевых ворот не производилась, осложнений и рецидивов не было.

Г.Т. Султанкулова, Г.П. Макеева, С.И. Сыдыкова, А.Е. Курманбеков
Казахский национальный медицинский университет,
г. Алматы

НАРУШЕНИЕ ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

В последние десятилетия стало очевидным, что нарушения мозгового кровообращения у детей встречаются гораздо чаще, чем полагали раньше. Наши исследования показали, что частота органических поражений мозга при данной патологии колеблется от 3-5% до 8-10%.

Имеющиеся литературные данные о нарушениях системы гемостаза при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК) немногочисленны. Далеко не полностью раскрыты механизмы этих расстройств, не определена их удельная роль в патогенезе геморрагических инсультов у детей.

Целью работы явилось изучение роли и значимости изменений гемостаза при геморрагических инсультах головного мозга у детей.



ОНМК развивается ДВС синдром. Исследование гемостаза при ОНМК играет важную роль в лечении и профилактики геморрагических инсультов у детей.

Г.Т. Султанкулова, С.И. Сыдыкова, А.Е. Курманбеков

Казахский национальный медицинский университет,

г. Алматы

НАРУШЕНИЕ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ИНСУЛЬТАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

В последние годы острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают 2-е место в мире среди взрослых по причине смертности и вызывают стойкую и глубокую инвалидизацию больных в резидуальном периоде. В связи с этим особое внимание уделяют изучению факторов риска цереброваскулярных заболеваний. В последние годы отмечено «омоложение» контингента пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. Самыми тяжелыми формами сосудистых заболеваний головного мозга, как у взрослых, так и у детей являются геморрагические инсульты (ГИ), которые в 80% приводят к летальному исходу.

За период с 2003 по 2005 года нами обследовано 56 детей с острыми нарушениями мозгового кровообращения, по геморрагическому типу. Наибольшая частота возникновения геморрагического инсульта отмечалась в первый год жизни с максимальным пиком в 1-2 месяца, что выявлено у 75% больных. У поступивших детей в клинической картине преобладали проявления геморрагического синдрома, отмечались кровотечения из мест инъекций, снижение показателей гемоглобина и гематокрита, геморрагический шок II-III степени, постгеморрагическая анемия II-III степени.

Целью работы явилось изучение роли и значимости изменений гемостаза при геморрагических инсультах головного мозга у детей.

Прежде всего мы обращали внимание на патологию тромбоцитарно-сосудистого гемостаза, являющегося причиной 80% всех геморрагических нарушений.

Для исследования гемостаза в первые сутки, 3-5, 7-10 сутки после обращения в клинику определялись следующие показатели: адгезия тромбоцитов, протромбиновый индекс по методу Квика, общий фибриноген по Рутбергу, фибринолитическая активность на стандартных фибриновых пластинах и активность активатора плазминогена по методу Аструпа, продукты деградации фибрина / фибриногена.

Адгезия тромбоцитов во все дни исследования по сравнению с контрольной группой оставалась сниженной. Все показатели достоверно изменены по сравнению с нормой: снижение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов; удлинение протромбинового времени при нормальном содержании фибриногена – дефицит одного или нескольких факторов протромбинового комплекса; удлинение тромбинового времени отражает накопление продуктов фибринолиза – ПДФ.

Адгезия тромбоцитов по сравнению с другими показателями была наиболее резко снижена.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о сочетанных тромбоцитарно-коагуляционных нарушениях у детей с ГИ., что соответствовало острой фазе ДВС синдрома. Следовательно, активация сосудисто-тромбоцитарного механизма лежит в основе запуска ДВС синдрома и объясняла причину повторных кровотечений у некоторых исследуемых детей с ГИ.

*А.А. Таганиязова, Б.С. Жаналина, Г.К. Исаева, Г.Б. Изтлеуова,
К.И. Аженова*

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия
им. М. Оспанова,
г. Актобе

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Ухудшающаяся экологическая ситуация, снижение уровня жизни населения привели к увеличению количества детей с явлениями

иммунодефицита различной степени выраженности. Данный факт, несомненно, накладывает отпечаток на течение различных заболеваний, в частности и острого одонтогенного остеомиелита у детей, проживающих в Актюбинской области. Нами проведено клиническое наблюдение за больными с осложненными формами острого одонтогенного остеомиелита. Изучены следующие иммунологические параметры с использованием тестов первого уровня: общее количество лейкоцитов; процентное содержание нейтрофилов и лимфоцитов крови (с расчетом лимфоцитарного индекса); процентное соотношение Т-, В-лимфоцитов субпопуляций Т-лф CD_4 и CD_8 ; определялась фагоцитарная активность нейтрофилов крови (с расчетом коэффициента фагоцитированных частиц); концентрация сывороточных иммуноглобулинов А, М, G и активность неспецифических факторов резистентности организма – лизоцима, бета-лизинов и бактерицидной активности сыворотки крови. Установлено, что у детей, проживающих в условиях экологического неблагополучия, чаще развиваются осложнения острого одонтогенного остеомиелита и переход острой формы заболевания в хроническую. У данного контингента выявляется Т-зависимый иммунодефицит второй степени. Применение в комплексе лечебных мероприятий внутрисосудистого лазерного облучения крови значительно повышает эффективность терапии и нивелирует явления иммунодефицита.

А.А. Таганиязова, И.А. Бегунова, Г.А. Абашева, А.Д. Кыдырова

Областная клиническая детская клиническая больница,

г. Актобе

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Высокая частота гнойно-воспалительных заболеваний костей челюсти, среди которых преобладают тяжелые, атипичные формы, сопровождающиеся обширной деструкцией костной ткани, развитием грозных осложнений, нередко приводящих ребенка к инва-

лидности, порой и к летальному исходу, определяют медико-социальную значимость данной патологии в структуре стоматологической заболеваемости детского населения. Следовательно, ранняя диагностика острого одонтогенного остеомиелита и его осложнений у детей в целях своевременной организации адекватной помощи при данной патологии является актуальной проблемой детской челюстно-лицевой хирургии. Под нашим наблюдением находились дети с острым одонтогенным периоститом и очаговой и диффузной формами остеомиелита верхней и нижней челюсти в возрасте от 5 до 14 лет. Проведено исследование на аппарате ультразвукового сканирования *НАWK-2102* с линейным датчиком при частоте сканирования 5-12 МНЗ.

Изучены следующие параметры: толщина мягкотканного компонента, степень кровоснабжения тканей, скорость кровотока, качественные изменения структуры надкостницы и костной ткани челюстей.

Установлена высокая диагностическая эффективность ультразвукового исследования в распознавании и дифференциальной диагностике острого одонтогенного периостита и остеомиелита челюстей у детей, а также состояние регионарного кровоснабжения. Внедрение эхографии значительно повышает точность диагностики, локализацию и распространенность воспалительного инфильтрата костной ткани, клинические формы заболевания, сокращая при этом время постановки диагноза. Определен доступ эхографии в диагностической программе и оптимальные дифференциально-диагностические критерии острой одонтогенной инфекции костей челюсти у детей.

В.А. Тараканов, О.А. Терещенко

Кубанский государственный медицинский университет,

г. Краснодар

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СЕЛЕЗЁНКИ

Несмотря на длительную историю развития, тупая травма живота остаётся одной из сложнейших патологий ургентной хирургии.

Повреждения органов брюшной полости составляют 3% от всех травм у детей. Преобладают повреждения селезёнки, которые составляют до 60% от всех травм органов брюшной полости.

Нами проведен анализ лечения 224 детей поступавших с подозрением на травму органов брюшной полости в возрасте от 2 мес. до 18 лет, с 1995 года по 2005. По нашим данным, за указанный период, повреждения селезенки диагностированы у 64 детей.

В зависимости от тяжести все повреждения распределились следующим образом: разрыв селезенки с нарушением капсулы-38 случаев, подкапсульный разрыв селезенки – 16, подкапсульная гематома селезенки – 10 случаев.

В связи с продолжающимся кровотечением в экстренном порядке были оперированы 19 человек. Спленэктомия выполнена 13 пациентам (все спленэктомии были выполнены до 2001 года). Среди них у 1 был отрыв селезенки от сосудистой ножки, у 3 пациентов разможнение органа, у 5 детей глубокие множественные разрывы, у 4 – одиночный глубокий разрыв (имелась добавочная долька селезёнки). С целью профилактики постспленэктомического синдрома 9 больным после спленэктомии была выполнена аутоотрансплантация между листками большого сальника. Таким образом из 19 оперированных спленэктомия проведена у 9 больных с тяжёлыми повреждениями органа.

У 6 пациентов выполнены органосохраняющие операции. Ушивание разрыва с применением “ТахоКомб” выполнено у 5 больных. В 1 случае произведена резекция 2/3 селезенки, а одна треть была оставлена на коротких желудочных артериях.

В последние десятилетия много работ посвящено роли селезёнки как органа центрального иммуногенеза. В связи с этим наша клиника продолжает разрабатывать методы лечения направленные на сохранение селезёнки.

Наши наблюдения позволяют утверждать, что аутоотрансплантация в прядь большого сальника действительно заслуживает внимания. У оперированных в клинике больных в послеоперацион-

ном периоде гнойно-септических осложнений не было. А при проведении контрольных УЗИ отмечалось сохранение структуры селезёночной ткани и её рост.

С 1995 года консервативное лечение проведено 45 больным (70,3%) с диагностированным повреждением селезёнки, но без клиники продолжающегося кровотечения. Наличие современной следящей аппаратуры позволило избежать оперативного вмешательства даже при выраженном гемоперитонеуме. Консервативное лечение заключалось в назначении строгого постельного режима, щадящей диеты, общей гемостатической терапии.

Р.Ф. Туранова, Л.А. Неверова, Н.В. Александрова

Детская городская клиническая больница №2,

г. Ижевск

ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Проблема профилактики внутрибольничных инфекций (ВБИ) актуальна для детских больниц хирургического профиля. В таких стационарах имеется многообразие этиологических факторов, вызывающих ВБИ-вирусы, бактерии, простейшие. Устойчивое снижение количества послеоперационных осложнений связано с внедрением в практику новых подходов и решений.

Антибиотикопрофилактика – одно из относительно простых, но достаточно эффективных мероприятий среди множества превентивных факторов, предупреждающих развитие гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде уменьшающее стоимость и продолжительность лечения больных в стационаре.

Наиболее оптимальным является режим антибиотикопрофилактики, когда препарат вводится за 30 минут до разреза однократно при длительности операции менее 2 часов и повторно интраоперационно при более долгом вмешательстве.

Применение дезинфектантов нового поколения в практике нашего объединения дало возможность отказаться от хлорсодержа-

щих препаратов, так как. их использование было связано с рядом существующих недостатков.

При выборе препаратов для дезинфекции учитывается: их экономичность, спектр действия, токсичность, удобство в использовании и хранении, работоспособность рабочего раствора

Среди причин, приводящих к развитию ВБИ, одной из значимых является нарушение стерилизационных мероприятий. Альтернативой служит система «Чистый инструмент».

Внедрение нестандартных стерилизаций изделий медицинского назначения позволило в значительной степени снизить риск парентерального заражения гепатитом и другими инфекциями.

Таким образом, в клинике детской хирургии отработана система мероприятий, направленных на профилактику ВБИ, а так же строгий учет последних, что эффективно сказывается на результатах лечения больных в стационаре.

В.А. Ухлин, В.М. Портнов, Е.А. Кунилова, А.Ю. Чернова
Нижегородская государственная медицинская академия
Нижегородская областная детская клиническая больница,
г. Нижний Новгород

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЮНОШЕСКИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Цель исследования: изучение особенностей формирования грудной клетки и их влияния на функцию внешнего дыхания у детей с юношеским остеохондрозом позвоночника (ЮОП).

Наблюдалось 54 ребенка (девочек – 32, мальчиков – 22) в возрасте от 6 до 17 лет (в среднем $12,8 \pm 0,36$). Проводилось комплексное обследование ортопедоневрологического статуса с использованием лучевых, электрофизиологических методов исследования. Оценка деформаций грудной клетки проводилась методом торакометрии по *Przybylski*. Функция внешнего дыхания исследовалась на «*Spirosift 3000*». У 95% детей имел место отягощенный аку-

шерский анамнез. Превалировали дети с нормальной и повышенной массой тела (87%).

У 31 ребенка была констатирована дизонтогенетическая форма ЮОП, у 2 – остеопеническая форма ЮОП, у 21 – ЮОП. Наряду с дистрофическими изменениями у всех детей имел место дисфиксационный синдром (ДС) в шейном отделе позвоночника в комплексе с диспластическими изменениями и сколиотической деформацией (I степени – в 48% случаев, II степени – в 45%, III степени – в 9%, IV степени – в 2%). В неврологическом статусе на фоне резидуальной энцефалопатии наблюдалась некомпенсированная цервикальная недостаточность с амиотрофическим (АС) и миатоническим синдромами (МС).

Были выявлены различные типы деформаций грудной клетки: деформация реберных дуг с вдавлениями – у 38 детей; нарушение процесса опущения грудины – у 17, в том числе килевидная грудная клетка – у 4; воронкообразная грудная клетка – у 6; очаговая гипоплазия грудной клетки – у 54. В 84% случаев имело место сочетание вышеуказанных типов деформаций. Данные деформационные изменения сопровождались асимметричным развитием грудной клетки. Торакометрический коэффициент асимметрии находился в пределах от 0,78 до 0,99 (в среднем $0,91 \pm 0,006$). У 55% детей изменения сочетались с выраженными нарушениями функции внешнего дыхания, статистически достоверно коррелирующие с выраженностью дисфиксационного синдрома в шейном отделе позвоночника ($Q = 0,7 \pm 0,09$), амиотрофического ($Q = -68 \pm 0,09$) и миатонического ($Q = -0,79 \pm 0,06$) синдромов.

Таким образом, нарушение функции внешнего дыхания у детей с ЮОП этиопатогенетически связано не только с отклонениями развития грудной клетки, но и с имеющимися у них нейротрофическими нарушениями, подчеркивающими высокую патогенетическую значимость хронической цервикальной недостаточности, как одного из механизмов проявления дизонтогенеза и формирования полиморфной клиники ЮОП.

О.Л.Черногоров, В.И.Круглый, А.И.Медведев
Медицинский институт Орловского государственного университета.
Орловская областная детская больница,
г. Орел

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Предупреждение послеоперационных гнойно-септических осложнений – одна из наиболее важных проблем, в абдоминальной хирургии. Хирургическая инфекция приводит не только к выраженным косметическим дефектам, но и удлиняет сроки госпитализации пациента, значительно увеличивает стоимость лечения. В мае 2003 года, в Москве, состоялась международная научно-практическая конференция по антибактериальной терапии в хирургии, на которой был принят проект «Применения антибиотиков в хирургии». Одним из ключевых моментов этого проекта является антибиотикопрофилактика, которая служит для уменьшения вероятности развития инфекционного процесса в брюшной полости и области операционной раны.

В Орловской областной детской больнице в 2003 году было прооперировано 255 больных по поводу острого аппендицита, из них 12 больным проводилась лапароскопическая аппендэктомия. Практически у всех пациентов применялась антибиотикопрофилактика: за 30 минут до операции, вместе с премедикацией, вводился цефалоспориновый антибиотик 2 поколения. У тяжелых больных с деструктивными формами острого аппендицита, осложненными разлитым перитонитом и абсцессами в брюшной полости, введение антибиотика (цефалоспорин 3 поколения) осуществлялось внутривенно, за 10-15 минут до разреза, вместе с вводным наркозом. В одном случае, у ребёнка с ожирением, возникло нагноение послеоперационной раны. Количество гнойных осложнений снизилось с 1,4 до 0,39%

Таким образом, мы считаем целесообразным проведение предоперационной антибиотикопрофилактики инфекции, как при откры-

тых, так и лапароскопических операциях по поводу острого аппендицита у детей. Препаратами выбора являются цефалоспорины 2-3 поколения.

Е.В. Чугуй, В.Э. Гюнтер, Д.Д. Мельник, Д.В. Колмаков
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ВРОЖДЕННАЯ КОСОЛАПОСТЬ И МЕТОДЫ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

Врожденная косолапость (*pes equino-varus*) – наиболее часто встречающаяся форма среди врожденных деформаций стопы. Вопрос о происхождении этой патологии до настоящего времени является спорным и не имеет окончательного решения. Несомненно, на формирование её влияют такие факторы, как гестозы, анемия беременных, эстрогенный дисбаланс, повышение внутриматочного давления. В совокупности воздействия этих факторов прослеживается два наиболее значимых момента: 1) порочное положение костей стопы и голени, их недоразвитие, и 2) нарушение кровообращения. Действие их взаимно усугубляется как в период беременности, так и после рождения ребенка. Тяжесть патологии, несмотря на улучшающиеся возможности медицины, побуждает к проведению поисков новых средств и тактических вариантов коррекции врожденной косолапости.

В своей работе мы целенаправленно применяли воздействие на оба этиопатогенетических звена. Диагноз врожденная косолапость не представляет затруднений и ставится при рождении ребенка. Нами пролечено 38 детей с различной формой косолапости. У 8 из них диагноз поставлен внутриутробно при ультразвуковом исследовании. Лечение начато в роддоме у 12 пациентов. Гимнастика и ежедневная многократная мягкая бинтовая редрессация бинтовой повязкой по Финку-Эттингену (3-4 раза в день) – позволили значительно увеличить амплитуду, движений и корригировать все 3 элемента косолапости в значитель-

ной степени. По выписке из роддома лечение дополнялось криовоздействием жидким азотом, осуществляемым через 1 день. При этом использовалась терапевтическая процедура с помощью специально сконструированных крио-катков из никелида титана. Холодовые процедуры способствовали значительному улучшению кровообращения, повышению нарушенной при косолапости микроциркуляции стопы и голеностопного сустава, вело к улучшению эластичности мягкотканых элементов, способствовало усилению редрессации.

С 3-ей недели жизни на фоне продолжающегося криовоздействия коррекция всех нарушенных элементов стопы проводилась специальным устройством, изготовленным автором, названным эластоступ. С его помощью оказывалось постоянное силовое воздействие эластическими бинтами, фиксированными на бедре и голени и плоской опоре, помещавшейся на подошве. Устройство функционально позволяло осуществлять движения во всех суставах нижних конечностей с корригирующими тягами по исправлению эквинуса, варуса стопы и приведения ее переднего отдела. Достигнутый эффект удерживался также эластической тягой.

К 2 месяцам полной коррекции удалось добиться у 12 пациентов с легкой степенью косолапости, у 2-х со второй степенью, у 3-х с третьей степенью. Эта группа больных получала лечение с момента рождения. При обращении в возрасте 2-3-месяца (16 детей) полная коррекция – у 10 пациентов; значительное улучшение – у 8 больных. Более низкие результаты связаны с непостоянством лечения по вине родителей.

Таким образом, раннее комплексное этиопатогенетическое лечение врожденных деформаций стоп, сочетающее мягкую редрессацию, сконструированным нами устройством и фоновое криовоздействие жидким азотом с использованием раскатывающих механизмов из никелида титана позволяет полностью или почти полностью исправить порочное положение стоп. Метод прост, не составляет больших неудобств для качества жизни новорожден-

ных и детей первых месяцев жизни, позволяет ребенку осуществлять и наращивать двигательные умения, родителям выполнять нормальный уход. Конечный результат метода – ранняя физиологическая перестройка костей стопы, коррекция формы и функции конечности. Метод полностью исключает использование гипсовых повязок и сложных ортопедических материалов.

Л.Р. Чардымова, В.В. Паршиков, О.Ю. Кадников, А.М. Горохов
Нижегородская государственная медицинская академия,
г. Нижний Новгород

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТА «ЦЕРУЛОПЛАЗМИН» У ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ

Формирование гнойно-септических процессов в детском возрасте сопровождается активацией процессов перекисного окисления липидов, уменьшением функциональной активности антиоксидантного звена системы детоксикации, угнетением клеточного иммунитета, возникновением полиорганной недостаточности на фоне токсемии, зачастую сохраняющейся несмотря на хирургическую санацию гнойного очага и проведение антибактериальной терапии. В связи с этим применение дезинтоксикационных препаратов играет важную роль в терапии гнойной хирургической патологии у детей.

В основу работы положены результаты обследования и лечения 35 детей с гнойно-септической патологией. Пациенты были разделены на 2 группы: основную ($n=20$), в которой больные получали в составе комплексной терапии инфузии церулоплазмина (ЦП) в дозе 50-300 мг/сут. в течение 7-10 дней, и контрольную ($n=15$), где ЦП не применяли. Среди пациентов основной группы остеомиелит костей был у 6 детей, бактериальная деструкция легких – у 3, аппендикулярный перитонит – у 2, гнойный лимфаденит множественной локализации – у 3, септикопиемия грибковой этиологии – у 5, тяжелая сочетанная травма, осложнившаяся сепси-

сом – у 1 ребенка. В контрольной группе структура заболеваний была следующей: остеомиелит костей – 4 больных, бактериальная деструкция легких – 3, аппендикулярный перитонит – 2, гнойный лимфаденит множественной локализации – 6.

Было проанализировано влияние инфузий ЦП на течение послеоперационного периода у пациентов с тяжелыми гнойно-септическими заболеваниями. У детей, получавших ЦП, отмечена нормализация процентного содержания α_2 -глобулинов, концентрации гаптоглобина и плазменного ЦП, нарастание специфической активности церулоплазмина ($0,12 \pm 0,006$ Ед/мкг, $p > 0,05$), уменьшение концентрации малонового диальдегида ($3,1 \pm 0,2$ мкмоль/л, $p > 0,05$). Исследование иммунограмм у пациентов основной группы продемонстрировало нарастание процентного содержания факторов антибактериального ответа в виде увеличения субпопуляций: общих Т-лимфоцитов (CD_3) на 32%, Т-хелперов (CD_4) на 28%, В-лимфоцитов (CD_{20}) на 37%. У больных контрольной группы сохранялась гипер- α_2 -глобулинемия (в 2 раза выше нормы), а также высокое содержание в плазме крови гаптоглобина, ЦП и малонового диальдегида ($4,0 \pm 0,2$ мкмоль/л, $p < 0,05$) при сниженной специфической активности церулоплазмина ($0,09 \pm 0,056$ Ед/мкг, $p < 0,05$). Отмечены нарушения в системе клеточного иммунитета: низкое содержание общих Т-клеток (CD_3), Т-хелперов (CD_4) в 2,5 раза ниже нормы. При дальнейшем диспансерном наблюдении у 3 больных контрольной группы отмечен переход гематогенного остеомиелита в хроническую форму.

Полученные результаты позволяют говорить о положительном антиоксидантном эффекте церулоплазмина при использовании его в комплексной терапии гнойно-септических заболеваний у детей. Инфузии церулоплазмина способствовали торможению окислительных процессов на фоне экзо- и эндотоксикоза, обладали выраженным иммуномодулирующим влиянием, а также способствовали улучшению качества жизни пациентов с гнойной хирургической инфекцией.

Содержание

<i>А.Б. Айтжинов, К.Ю. Абильмажинов, В.А. Дашиев</i> ВОЗМОЖНОСТИ РЕКТОСИГМОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ	3
<i>Р.В. Алиев, С.В. Минаев</i> ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ С КОСТНЫМИ КИСТАМИ	5
<i>Н.А. Амираев, О.С. Масалиев, К.Ш. Ибраимов, М.Т. Байзаков</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОЛАНДА У ДЕТЕЙ	6
<i>Р.Р. Ахмедзянов, Т.Н. Головизнина, А.А. Кузьмин, Ю.Г. Лебедев</i> ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ	7
<i>М.Т. Байзинов, Н.А. Амираев, К.Ш. Ибраимов, О.С. Масалиев</i> КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВАЯ ТЕРАТОМА И СРОКИ ЕЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	8
<i>А.А. Баранов, В.А. Палигин, М.В. Николаев, Н.И. Шумилова, В.В. Иванов, А.В. Жуйков, Р.П. Галковская, Н.В. Лаптева, Д.В. Коцеев</i> ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ	9
<i>А.А. Баранов, М.В. Николаев, В.Н. Иванов, О.А. Фефилова, Е.М. Кашикирова, А.В. Жуйков</i> РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОХЛОРИДА НАТРИЯ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	12
<i>Ф.Ш. Бахтиозин, П.Н. Гребнев, Ю.И. Фатыхов, Н.А. Минсабиров, М.Р. Гильмутдинов</i> ОСТЕОЛИЗИС ЛУЧЕВОЙ КОСТИ И ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОСОРУКОСТИ У РЕБЕНКА	14
<i>Ю.В. Бендерский, О.П. Попова, Г.В. Нуреева, С.А. Калинина, Г.А. Пикас, Е.И. Иванова, Т.С. Неделько</i>	16
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ	16
<i>С.Н. Гисак, Г.С. Большева, Н.В. Глаголев, А.В. Кутина, А.И. Злобин, В.М. Гаглов</i> ГРИБЫ РОДА <i>CANDIDA</i> – ПАТОГЕНЫ В ЧИСЛЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	18
<i>Г.А. Гаджимирзаев, Я.М. Яхъяев, Г.М. Гитинов, И.А. Алиев, П.А. Шихабудинова</i> ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ВЫВИХ БЕДРА У ДЕТЕЙ	19
<i>Л.П. Гришанов, Е.Р. Барсегян</i> ОПУХОЛЬ БАРРЕ–МАССОНА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА, ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ХИРУРГА И ВРАЧА СТАЦИОНАРА	21
<i>С.Н. Гисак, А.В. Тищенко, Н.Д. Нейно, Н.В. Глаголев, В.И. Руднев, В.М. Гаглов, С.З. Заскин</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ...	23

<i>А.А. Гумеров</i> РОЛЬ МАГНИТНОРЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И АРТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНОВИИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	24
<i>А.Г. Грибанов, А.Д. Ефременко, М.Н. Дардина, А.М. Тропивской, Е.А. Баженов</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАНЗИТОРНОГО КОКСИТА У ДЕТЕЙ	28
<i>А.А. Гумеров, А.А. Абзаллилов</i>	30
МАГНИТНОРЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ И АРТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ	30
<i>В.А. Дашиев, А.Б. Айтжанов</i> ПРИМЕНЕНИЕ РЕОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ НАРУШЕНИЯ КРОВотоКА ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ	32
<i>В.А. Дашиев, А.Б. Айтжанов, Л.Ю. Джунусова</i> ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА	33
<i>С.Л. Друцкова, Е.И. Яцеева, О.П. Максимова, Т.А. Чебанова, Е.П. Иванова, С.Г. Яцеев</i> К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ БЦЖ-ОСТИТА	35
<i>А.Д. Ефременко, А.М. Тропивской, М.Н. Дардина, А.Г. Грибанов</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ШВА	36
<i>А.А. Ерекешов, К.К. Медеубасва, К.Т. Турсунов, А.Е. Ерекешов, А. Жунусов</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕПРЯМОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЯХ С ПЛЕВРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ У ДЕТЕЙ	38
<i>А.А. Жидовинов, П.И. Чупров, М.П. Чупров</i> РОЛЬ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ И ИММУНОГЛОБУЛИНА М В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ	40
<i>А.В. Жуйков, А.А. Баранов, Д.В. Коцеев, М.В. Николаев, С.В. Михайлов</i> МОНИТОРИНГ БИОМЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	42
<i>В.Н. Иванов, В.В. Иванова</i> ЛЕЧЕНИЕ СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИИ ХОНДРОПРОТЕКТОРАМИ	44
<i>К.Ш. Ибраимов, О.С. Масалиев, М.Т. Байзаков, Н.А. Амирасв</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА	48
<i>И.Ю. Карпова</i> СИНДРОМ ОСТРОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ	49
<i>И.Ю. Карпова, Г.Б. Батанов, В.А. Николайчук</i> ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	50
<i>И.Ю. Карпова, В.А. Николайчук</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ	52

<i>Г.В. Клевцова</i> ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	53
<i>И.В. Козулина, В.В. Паршиков, Ю.П. Бирюков, А.М. Горохов</i> ПРИЧИНЫ ИНФИЛЬТРАТОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ...	54
<i>И.В. Козулина, В.В. Паршиков, Ю.П. Бирюков, Т.Ю. Яшина, С.С. Степанов</i> ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ИНФИЛЬТРАТОМ, У ДЕТЕЙ	56
<i>В.В. Корепанов, Е.В. Корепанова, В.В. Корепанова, М.В. Корепанова</i> ОПЫТ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ АМБУЛАТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ТРАВМАТОЛОГИИ – ОРТОПЕДИИ.....	58
<i>А.Н. Котляров</i> ОСТЕОГЕННЫЙ СЕПСИС КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ	59
<i>А.И. Краснов, В.А. Останина</i> КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕВОРАНА, ПРОПОФОЛА И ФЕНТАНИЛА	61
<i>М.В. Крицкая, С.А. Саяпина</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	63
<i>В.И. Круглый, А.И. Медведев</i> ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ	64
<i>В.И. Круглый, А.И. Медведев</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ТАХОКОМБ» В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ	66
<i>А.Е. Курманбеков</i> МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ	67
<i>Б.А. Кудабаев, Б.М. Муканов, Н.Н. Нугманов</i> ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	69
<i>А.Е. Курманбеков, К.С. Ормантаев, С.И. Сыдыкова, Г.Т. Султанкулова</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОИНСУЛЬТНЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	70
<i>А.Е. Курманбеков, С.И. Сыдыкова, Г.П. Макеева, Г.Т. Султанкулова</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ФОРМИРОВАНИЕМ МНОЖЕСТВЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ	72
<i>А.Е. Курманбеков, С.И. Сыдыкова, Г.Т. Султанкулова, П.А. Кирьянов</i> ДИАГНОСТИКА НЕЙРОИНСУЛЬТНЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ...	74

<i>А.Д. Лазарь, В.В. Паршиков</i> СТРУКТУРА СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ	76
<i>В.К. Литовка, В.Н. Грога, И.П. Журило, К.В. Латышов, С.В. Весёлый</i> ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ БЦЖ-ИЗМЕНЕНИЯ КОСТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	77
<i>С.Б. Лапирова, С.В. Полесовщиков, Н.Н. Шарипов, А.Е. Неудачин</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОСТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	79
<i>И.О. Макарова</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СФИНКТЕРОМИОЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ	81
<i>Е.С. Малышев, И.Е. Малышева</i> СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ПНЕВМОНИЙ	82
<i>О.С. Масалиев, Н.А. Амириев, К.Ш. Ибраимов, М.Т. Байзаков</i> ВОРОНКООБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ	83
<i>К.С. Мацук</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМ У ДЕТЕЙ	84
<i>Д.Д. Мельник, В.П. Бабич, Д.В. Колмаков, Е.В. Чугуй, И.П. Троян</i> ЛЕЧЕНИЕ УКУШЕННЫХ РАН У ДЕТЕЙ	86
<i>А.Г. Момотов., Г.А. Литвинов, О.А. Яровая, И.А. Высоцкий, Мамдох Аль Масри</i> НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ	88
<i>М.В. Николаев, В.А. Палагин, Н.В. Александрова, А.А. Баранов, В.Н. Иванов</i> СЛУЧАЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПОВОРОЖДЕННОГО	90
<i>В.П. Обрядов, В.В. Паршиков</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ	91
<i>К.С. Ормантаев, А.Е. Курманбеков, С.И. Сыдыкова, Г.Т. Султанкулова</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ	93
<i>В.А. Палагин, М.В. Николаев, В.Н. Ивинов, Д.В. Коцеев, Н.И. Шумилова, С.В. Михайлов</i> ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЖИМОВ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	95
<i>О. Папеш</i> НОВЫЙ СПОСОБ СОЕДИНЕНИЯ ПИЩЕВОДА И ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ШЕЕ ПРИ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ	97
<i>В.В. Паршиков, В.П. Смирнов, Е.С. Кроль, А.Р. Катмарчиев</i> МОРФОЛОГИЯ НЕОРЕКТУМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНУСА	98
<i>П.Е. Пермяков</i> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕФЛЮКС-НЕФРОПАТИИ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ У ДЕТЕЙ	100

<i>Г.А. Плеханов, Н.К. Харамов, Ю.М. Хван</i> АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ	103
<i>О.Н. Полтавец, Н.А. Беляева, А.Н. Жаров</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОПОЛИМЕРА DAM+	104
<i>В.П. Синюк, О.М. Моторин, И.В. Киргизов</i> ИЗМЕНЕНИЕ СЦИНТИГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА	106
<i>В.П. Синюк</i> ВЛИЯНИЕ Понижения ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ НА СТРУКТУРУ КОСТНОЙ ТКАНИ	108
<i>В.П. Синюк</i> ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ НА СТРУКТУРУ КОСТНОЙ ТКАНИ	109
<i>В.П. Синюк, О.М. Моторин</i> ИЗМЕНЕНИЕ ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА	111
<i>В.П. Синюк</i> ФУНКЦИОЛОГИЯ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ В ГОЛОВКЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА	113
<i>Э.А. Соломина, М.А. Кодинцева</i> ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ У ДЕТЕЙ	115
<i>Н.С. Стрелков, В.В. Поздеев, В.В. Корепанов, А.Н. Филиппов, В.В. Корепанова, Г.В. Маренина</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ МЕХАНОАКТИВИРОВАННОГО КАЛЬЦИЯ ГЛЮКОНАТА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ	116
<i>С.А. Стриженок, Д.С. Стриженок, Д.С. Мамонтова, В.П. Обрядов, В.И. Пазавин, К.А. Пурсанов</i> БЕДРЕННЫЕ ГРЪЖИ У ДЕТЕЙ	118
<i>Г.Т. Султанкулова, Г.П. Макеева, С.И. Сыдыкова, А.Е. Курманбеков</i> НАРУШЕНИЕ ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ	119
<i>Г.Т. Султанкулова, С.И. Сыдыкова, А.Е. Курманбеков</i> НАРУШЕНИЕ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ИНСУЛЬТАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ	121
<i>А.А. Таганизова, Б.С. Жаналина, Г.К. Исаева, Г.Б. Изтлеуова, К.И. Аженова</i> СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ	122
<i>А.А. Таганизова, Н.А. Бегунова, Г.А. Абашева, А.Д. Кыдырова</i> УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ	123

<i>В.А. Тараканов, О.А. Терещенко</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СЕЛЕЗЁНКИ	124
<i>Р.Ф. Туранова, Л.А. Неверова, Н.В. Александрова</i> ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	126
<i>В.А. Ухлин, В.М. Портнов, Е.А. Кунилова, А.Ю. Чернова</i> НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЮНОШЕСКИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА	127
<i>О.Л. Черногоров, В.И. Круглый, А.И. Медведев</i> АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ	129
<i>Е.В. Чугуй, В.Э. Гюнтер, Д.Д. Мельник, Д.В. Колмаков</i> ВРОЖДЕННАЯ КОСОЛАПОСТЬ И МЕТОДЫ ЕЁ КОРРЕКЦИИ	130
<i>Л.Р. Чардымова, В.В. Паршиков, О.Ю. Кадников, Л.М. Горохов</i> ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТА «ЦЕРУЛОПЛАЗМИН» У ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ	132

Научное издание

ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ

Тезисы докладов Российского симпозиума
по детской хирургии с международным участием
18 апреля 2006 года, г. Ижевск

Часть II

В авторской редакции

Ответственный за выпуск *Э.Н. Лобанови*
Вёрстка и оригинал-макет *П.В. Смирнов*

Подписано в печать 06.04.2006. Формат 60x84/16.
Гарнитура *Antiqua*. Печать офсетная. Усл. печ. л. 8,14. Уч.-изд. л. 6,05.

Тираж 300 экз. Заказ 1300.

Отпечатано в МУП "Сарапульская типография"
427900, г. Сарапул, ул. Раскольниково, 152

