

SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2014, №2

«ВЕСТНИК ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»
«THE BULLETIN OF EMERGENCY MEDICINE»

Ежеквартальный научно-практический журнал
Основан в 2008 г. Свидетельство о регистрации средства массовой информации
№ 0292 от 15.08.2007

Главный редактор А.М.ХАДЖИБАЕВ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж.Азизов, Х.А.Акилов, А.В.Алимов, Б.К.Алтиев, А.Л.Аляви, Ш.Э.Атаханов,
А.И.Икрамов, Ю.И.Калиш, Ш.И.Каримов, Ф.Г.Назыров, Д.М.Сабиров,
Б.И.Шукуров (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В.Е.Аваков (Ташкент)
Р.М.Агаев (Баку)
С.С.Агзамходжаев (Ташкент)
Р.Н.Акалаев (Ташкент)
Ф.А.Акилов (Ташкент)
Ф.Б.Алиджанов (Ташкент)
Х.П.Алимова (Ташкент)
Ш.К.Атаджанов (Ургенч)
Д.И.Ахмедова (Ташкент)
Ю.М.Ахмедов (Самарканд)

С.Ф.Багненко (С.-Петербург)
С.М.Бегалиев (Нукус)
Е.М.Борисова (Ташкент)
Э.Ю.Валиев (Ташкент)
Б.Г.Гафуров (Ташкент)
Б.Т.Даминов (Ташкент)
Э.С.Джумабаев (Андижан)
Г.М.Кариев (Ташкент)
М.Л.Кенжаев (Ташкент)
Р.Д.Курбанов (Ташкент)

Б.А.Магруппов (Ташкент)
Ю.Р.Маликов (Навои)
К.Э.Махкамов (Ташкент)
З.М.Низамходжаев (Ташкент)
Э.А.Сатвалдиева (Ташкент)
Т.А.Султаналиев (Алматы)
Ш.Б.Тогаев (Карши)
М.Ш.Хубутия (Москва)
Я.Н.Шойхет (Барнаул)

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели
Редактор О.А.Козлова

Адрес редакции: 100107, Узбекистан, Ташкент, ул.Фархадская, 2.
Тел.: (99871)-1504600, 1504601. E-mail: uzmedicine@mail.ru

ISSN 2010-9881

Индекс подписки 1214

Тираж 3850. Формат 60x84 1/8. Усл.печ.л. 11.16. Заказ № _____
Отпечатано в Издательско-полиграфическом доме «O'zbekiston»

«...Государство обеспечит предоставление
бесплатного медицинского обслуживания в
рамках гарантированного объема медико-
санитарных услуг, включающего: ...
— оказание экстренной, неотложной
медицинской помощи ...»

ИСЛАМ КАРИМОВ

*Из Указа Президента
Республики Узбекистан
№ 2107 от 10 ноября 1998 г.*

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ЎЗБЕКИСТОН ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ВРАЧЛАРИ АССОЦИАЦИЯСИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЗБЕКИСТАНА**

**«Шошилинч тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари:
БОЛАЛАР ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ЖАРОХАТЛАРИДА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ
ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ МАСАЛАЛАРИ»
12-Республика илмий-амалий анжуманнинг материаллари
(Тошкент, 2014 й. 22 май)**

Материалы

**12-й Республиканской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи:
ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ»
(Ташкент, 22 мая 2014 г.)**



ТАШКЕНТ - 2014

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР:



ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ:



СПОНСОРЫ:

АК ДОРИ-ДАРМОН

PHILIPS

NABIQASIM PHARMA

ЮРИЯ-ФАРМ

JURABEK LABORATORIES LTD

ООО AVANTGARDE MEDICO

ART-MEDICAL

GEDEON RICHTER

TAKEDA

KARL STORZ

ASFARMA (ASAL)

KRKA

VELPHARM STAR TRADE

CCL PHARMACEUTICALS

ООО «UB SALMA SAVDO»

ООО «SHAYNA FARM»

WORLD MEDICINE

ООО «MEDCONCEPT»

SKS CONSALTING

GMP

«AGIO PHARMACEUTICALS» LTD

«SRS PHARMACEUTICALS» LTD

I. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Алимов А.В., Туйчиев Л.Н., Алимова Х.П.

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Проводимые под руководством Президента Республики Узбекистан Ислама Каримова реформы в системе здравоохранения дают весомые результаты в обеспечении интересов человека и укреплении здоровья людей. Важным программным документом в этом направлении служит Указ главы государства «О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 10 ноября 1998 года. За исторически короткий период в стране создана прочная и разветвленная сеть специализированных медицинских учреждений по охране материнства и детства, оснащенных современным оборудованием. Достигнуты весомые результаты в оказании экстренных медицинских услуг на уровне мировых стандартов, активно развивается отечественная фарминдустрия, создана мощная и эффективная система предотвращения опасных инфекционных заболеваний, повсеместно создаются региональные высокотехнологичные диагностические центры, активно работают специализированные медицинские центры. Вместо прежней пятиступенчатой неэффективной, требующей больших затрат, создана современная, мобильная медико-профилактическая система, охватывающая все слои населения. В настоящее время эффективные медицинские услуги населению оказывают сельские врачебные пункты и семейные поликлиники, специализированные больницы в областных центрах. Они поэтапно обеспечиваются современным диагностическим оборудованием. Одним словом, создана структура медицинского обслуживания населения, отвечающая мировым стандартам.

Охрана материнства и детства на основе принципа «Здоровая мать – здоровый ребенок» стала общенациональной задачей. В результате значительно снизился уровень смертности среди матерей и детей, предотвращаются заболевания и проводится работа по воспитанию здорового поколения. На состоявшемся в 2011 году в Ташкенте международном симпозиуме «Национальная модель охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане: «Здоровая мать – здоровый ребенок» наши достижения в этой сфере получили высокую оценку международных организаций.

Республика Узбекистан, в числе ряда государств, в 1992 году присоединилась к Конвенции о правах ребенка и в 2008 году приняла Закон о гарантиях прав ребенка. Инвестирование в укрепление здоровья детей и подростков является необходимым условием выполнения глобальных обязательств нашей страны

по достижению Целей развития тысячелетия, сформулированных в Декларации тысячелетия (2000 г.).

Разветвленная сеть медицинских учреждений, оказывающих всевозможную медицинскую помощь детскому населению страны на бесплатной основе, включает также педиатрическую службу системы экстренной медицины (СЭМ) Узбекистана.

Кочная мощность учреждений СЭМ, развернутых во всех регионах страны, представлена 8324 койками, из них 3145 (37,8%) приходится на РНЦЭМП и его областные филиалы, 4499 (62,2%) коек – на районные отделения ЭМП (субфилиалы). Число коек экстренных педиатрических коек в составе СЭМ составляет свыше 2500 (30,0%), в том числе хирургического профиля – около 1000, соматические – свыше 1530.

Кадровый потенциал СЭМ представлен 55117 штатными единицами, на которых работают 55946 физических лиц, в том числе врачей – 8380, среднего медперсонала 32799. Всего в системе СЭМ работают 695 педиатров, 152 детских хирургов, 61 детских травматологов.

РНЦЭМП и его филиалы (Андижанский и Самаркандский) являются базой повышения квалификации врачей системы экстренной медицинской помощи. Ежегодно на базе РНЦЭМП проходят повышение квалификации свыше 400 врачей. С 2001 года ведется подготовка специалистов в клинической ординатуре, где ежегодно обучаются 10-12 педиатров. В 2013 г. начата подготовка детских хирургов через клиническую ординатуру.

Ключевым моментом в вопросе подготовке кадров для СЭМП стало Постановление КМ РУз от 2 декабря 2003 г №537 «О мерах по дальнейшему совершенствованию СЭМП», в рамках реализации которого был создан «Фонд поддержки и развития СЭМП», в учебную программу медицинских вузов введено углубленное изучение вопросов ЭМП, открыта магистратура по специальности «Экстренная медицинская помощь». С привлечением средств Фонда поддержки и развития СЭМП налажена подготовка, переподготовка и повышение квалификации на базе ведущих зарубежных клиник – России, Украины, Молдовы, Турции, Австрии, Японии, Кореи, Литвы, Франции, Великобритании, США. Всего за рубежом повысили свою квалификацию более 400 врачей, из них 52 специалиста педиатрического профиля. Одним из наглядных практических результатов подобного сотрудничества являются первые в истории СЭМП Узбекистана кардиохирургические операции на открытом сердце, успешно осуществляемые с октября 2010 г., когда первые вмешательства, в том числе детям с врожденными пороками сердца, были выполнены совместно с нашими турецкими и швейцарскими коллегами.

В настоящее время за один год в СЭМ обслуживаются более 735,8 тыс. человек стационарно и более 1,2

млн. – амбулаторно. Только по РНЦЭМП в 2013 году на амбулаторную помощь детям приходится 14768 обращений, на стационарную помощь – 11200. По линии скорой помощи и санитарной авиации за год в среднем, обслуживается 6,4 млн. вызовов. За период с 2001 по 2013 год количество обращений в подразделения службы возросло с 6,4 млн. до 8,35 млн. Только по городу Ташкенту в 2013 г. обслужено более 190 тыс. вызовов педиатрическими бригадами, из них 17,3% – госпитализированы.

Одним из основополагающих принципов в ведении пациентов с критическими состояниями в СЭМ Узбекистана является широкое применение высокотехнологичной медицинской помощи. В ежедневную клиническую практику РНЦЭМП вошли такие лечебно-диагностические пособия, как эндоскопические операции, эндоваскулярные вмешательства. В 2013 году в специализированных отделениях службы выполнены более 15000 эндохирургических операций, проведены 36898 сеансов гемодиализа, более 50000 фиброэндоскопических исследований. Из них, у детей проведено 2345 хирургических, 381 травматологических, 215 нейрохирургических вмешательств, 78 сеансов гемодиализа. В 2013 г. только в РНЦЭМП выполнены около 200 лапароскопических операций пациентам детского возраста.

Расширению географии и перечня высокотехнологичной экстренной медицинской помощи, в том числе и детскому населению, способствует повсеместное оснащение и обновление медицинского оборудования подразделений СЭМ. В настоящее время завершена поставка и инсталляция более 1240 единиц медицинского оборудования по 73 наименованиям, включая компьютерные томографы и ангиографы, на сумму \$23 млн. для областных филиалов. Кроме того Правительством привлечены дополнительные кредитные линии Кувейтского банка на сумму \$25 миллионов для оснащения отделений экстренных медицинской помощи РМО (субфилиалов РНЦЭМП).

Согласно Постановлению Кабинета Министров Республики Узбекистан от 29 марта 2012 года № 91 «О мерах по дальнейшему укреплению материально-технической базы и совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений» предусмотрена дополнительная закупка для службы скорой медицинской помощи 400 специального санитарного автотранспорта и 30 реанимобилей на сумму 9,6 млрд с/умов и портативного медицинского оборудования для них на сумму 780 тыс. долларов США. В этом же документе предусмотрено приобретение в целях дооснащения РНЦЭМП современным высокотехнологичным медицинским оборудованием на сумму 5,2 млн. долларов США. Всего же для укрепления материально-технической базы СЭМП в период 2012-2013 гг. направлены средства на сумму 11,5 млрд. сум и 5,98 млн. долларов США.

РНЦЭМП является крупнейшим научным учреждением в системе здравоохранения, где выполняются 14

грантовых тем по линии Комитета по развитию науки и технологий при Кабинете Министров РУз. С 2007 года выполнена три грантовых проекта по педиатрии в рамках Программы прикладных исследований, результаты которых нашли практическое воплощение в новой редакции лечебно-диагностических стандартов для СЭМ.

Таким образом, организационная структура, кадровый потенциал, уровень оснащения учреждений службы экстренной медицины республики позволили обеспечить основные требования Конвенции о правах ребенка – доступность бесплатной квалифицированной неотложной помощи каждому ребенку независимо от места проживания (в городе или сельской местности), способствует достижению принципов оперативности, адекватности, высокотехнологичности оказываемой помощи.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ АСПЕКТОВ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Алимова Х.П., Мусаев Т.С.

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Совершенствование организационных аспектов неотложной медицинской помощи детям с сочетанными травмами путем оптимизации организационных и лечебно-тактических мероприятий является приоритетным направлением системы экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан.

Серьезной проблемой сочетанных травм у детей остается скорейшая диагностика доминирующего жизнеугрожающего синдрома. Тяжелая сочетанная травма всегда требует экстренности организации диагностических, лечебных мероприятий и высокого профессионализма врачей. Больные с политравмой должны госпитализироваться в специализированные клиники, оснащенные в соответствии с современными требованиями материально-технической базой и располагающими высококвалифицированными специалистами. Сочетанная травма, сопровождающаяся шоком, требует неотложного, начала обследования в противошоковой палате приемного отделения или в отделении реанимации. Диагностические и лечебные мероприятия, и в первую очередь, мероприятия по сохранению жизни должны проводиться параллельно.

Появление в последнее время таких высокоинформативных методов исследования, таких как компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ и МРТ), ультразвуковое исследование (УЗИ) облегчило диагностику, обусловило новые подходы к тактике лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Однако из-за различного уровня технического оснащения лечебных учреждений, куда поступают пострадавшие с тяжелой сочетанной травмой, и ограничение их транспортабельности ввиду тяжести состояния, диагностика доминирующего жизнеугрожающего состояния и вследствие этого выбор лечебной тактики у этих

больных остается задачей, которую необходимо усовершенствовать.

Удельный вес детского травматизма по нашей Республике составляет 30–32% из числа общего травматизма. По механизму бытовые травмы составляют 70,1%, травмы, полученные в результате ДТП – 17,4%, уличные – 10,2%, кататравмы – 2,3%. 74% пострадавших детей доставлялись в клинику самоотком, а 79% в течение первого часа после получения травмы. По структуре около 9% детей имели сочетанные травмы.

Наш опыт лечения тяжелых сочетанных травм у детей основан на анализе 344 пострадавших. В результате проведенных клинико-статистических исследований нами выработаны следующие принципы этапного лечения:

I этап – реанимация. На этом этапе проводятся противошоковые, восполнение ОЦК и мероприятия по поддержанию жизненно важных органов и систем. Проводят интубацию трахеи, обеспечивают достаточный объем подачи кислорода, добиваются стабилизации дыхания и кровообращения, с учетом тяжести шокового состояния переливают кровь и кровезаменители, корректируют солевой и щелочной обмен, проводят аналгезию и седацию. Параллельно с реанимационными мероприятиями проводят клинико-инструментальные исследования пациента для выявления повреждений органов и доминирующей патологии, вырабатывают план дальнейших лечебных действий.

II этап – выполнение операций по жизненным показаниям – остановка наружных и внутренних кровотечений, продолжение восполнения ОЦК, иммобилизация конечностей. На этом этапе лечения важной, с нашей точки зрения, является разработка возможностей проведения одноэтапных (в течение одного анестезиологического обеспечения) операций. При квалифицированной анестезии и адекватном восполнении кровопотери целесообразно проводить операции одновременно двумя бригадами. В таких случаях применение малоинвазивных методов остеосинтеза с использованием современных технологий (электронно-оптический преобразователь «C-arm», Phillips, 2002), позволяет значительно сэкономить время операции и максимально восстановить поврежденные органы в остром периоде травматической болезни. Одновременно с оперативными вмешательствами по жизненным показаниям продолжают интенсивную терапию. При стабилизации витальных функций выполняют необходимый объем хирургической помощи. В каждом конкретном случае очередность и объем хирургических вмешательств определяет ответственный общий хирург, а при наличии технических условий хирургические вмешательства выполняют параллельно. При этом чаще производят следующие операции:

– трепанация черепа для устранения подострого сдавления мозга или открытое повреждение мозга;

– вмешательства при внутреннем кровотечении и повреждении полых органов;
– хирургическая обработка ран и остеосинтез открытых переломов, открытых повреждений суставов, сухожилий, сосудов и нервов;
– ампутация конечности;
– фасциотомия при компартмент – синдроме;
– внешняя фиксация при нестабильных повреждениях тазового кольца;
– миниинвазивный остеосинтез при переломах длинных костей.

III этап – выведение из критического состояния, стабилизация и выполнение отсроченных операций. Задачей этого этапа является стабилизация функции важнейших органов и систем и, как возможно скорее, подготовка больного к операциям следующей очереди и их выполнение. К таким операциям можно отнести удаление развившейся гидромы головного мозга, перитонеальный лаваж, выполнение более травматичных операции на ОДС, со сменой метода фиксации перелома, если имеются к тому показания (интрамедуллярный остеосинтез гибкими стержнями, штифтами, наkostный остеосинтез и т.д.).

IV этап – реабилитация. Действия на данном этапе направлены на выполнение отсроченных операций. В этой стадии возможно проведение некоторых хирургических вмешательств, например, пластическое закрытие раны, наложение вторичных швов, проведение некоторых челюстно-лицевых, офтальмологических, урологических и других операций.

Для успешного и своевременного оказания неотложной специализированной помощи детям с сочетанными и множественными повреждениями важную роль уделяют разработке стандартов лечебно-диагностических мероприятий. Наш опыт лечения позволил разработать и внедрить в клинику ряд рабочих алгоритмов оказания неотложной специализированной помощи детям с сочетанной травмой. Согласно разработанным алгоритмам, лечебно-диагностические действия проводятся строго протокольно с учетом тяжести общего состояния пациента и характера полученной сочетанной травмы. Оптимизация лечебно-тактических мероприятий при тяжелой сочетанной травме у детей позволила нам получить положительные результаты лечения в 85,4% случаев, сократить сроки стационарного лечения по сравнению с контрольными группами на 5 – 8 суток, снизить летальность до 4,1%.

Таким образом, лечить детей с сочетанными травмами должны адаптированные, приспособленные инфраструктуры, а успех лечения во многом зависит от правильной организации лечебно-диагностического процесса, наличия в лечебном учреждении необходимого технического оснащения, от опыта работоспособной бригады дежурных врачей и обеспеченности клиники медикаментами.

MEDICAL INFORMATION TECHNOLOGIES**Abdumanonov A.A.****Fergana branch of Toshkent medical academy,
Fergana branch of Republican scientific emergency
medical center**

Reforming system of public health services in Uzbekistan, directed on its structurization, specialization, improvement of its intellectual and material resources, management modernization of medical – diagnostic processes, has put forward on the first positions of a problem of a supply with information of all levels of system as applied medicine fundamental issue. In this connection there is an acute problem-perfection of work with the information and to change the information environment in which medical-diagnostic process proceeds. Today information technologies define potential of modern medicine, becoming conclusive assistants in medical aid rendering more and more.

From here it is visible, that the purposes of introduction of information-communication technology streamlining of an information stream, overcoming of a dissatisfaction by a state of affairs in sphere of an information exchange and increase of speed, volume, the supply with information maintenance, increase of efficiency of medical-diagnostic procedures of emergency medical aid is.

The major aspect allowing with success to apply clinical information system, its integrated approach is. We mean following requirements by it: the clinical information system should represent a uniform complex specialized, but subsystems using one database. This important architectural requirement allows to construct let and difficult in execution, but simple in use and effective decisions for concrete needs of separate divisions or experts of treatment-and-prophylactic establishment. Thus there are 2 major of a principle in designing of a database and separate programs complex medical information system (MIS): first, the information is brought in a database during the moment and in a place of its birth, instead of a post factum or from intermediate data carriers, for example paper forms. These are difficult requirements for practical realization, but also works demanding high skills with the computer at each employee treatment-and-prophylactic establishment, and also the developed network infrastructure. However this requirement realizes problem redistribution on information removal between all participants of medical-diagnostic process and leads to strengthening of automated possibilities MIS.

For the decision of noted problems in Fergana branch RSEMC it is developed and stage by stage the computer information-communication technology, under the conditional name ExterNET» and programmno-technical system providing its functioning, and a local network takes root. System «ExterNET» allows to communicate, transfer text, audio and video the information with sufficient speed.

Documenting of medical-diagnostic process, is basic information process both for all medical staff treatment-and-prophylactic establishment, and for management of medical process. The basic and obligatory carrier of this

difficult organized information exchange traditionally is the paper case record. However a number of lacks is inherent in it, namely presence case record in the single copy does not allow to communicate and use operatively it simultaneously to several participants of medical-diagnostic process.

Thus, in the light of modern requirements the paper case record should be it are advanced. To make it it is considerably possible only transition to an electronic format which allows more operatively, in a mode on-line, qualitatively and visually to collect, store and represent the medical information.

Thus, application electronic the case record (ECR) provides improvement of quality of rendering of medical aid, an overall performance of the medical personnel, increases throughput of diagnostic services and medical branches, provides an information transparency of activity, for internal and external using at the expense of realization of new medical information technologies, a certain information field in which information is created arises, formalized, updated, used, is in such comprehensible condition that allows any expert to use effectively and quickly to exchange it in interests of the patient.

Thus, introduction on the basis of MIS ExterNET, developed by us ECR gives following possibilities: complex automation the organization of work of branches of a hospital, laboratory – diagnostic services, a reception, branch of statistics and administration of medical branch; full automation of conducting the case record of the patient from the moment of registration till the moment of an extract with generation of medical texts; standardization of the medical documentation with the full account of specificity and features of branches; long-term storage of case records and other documentation in their archive operative receptions; reception of the information on medical institution work by any inquiries; perfection of supervision of patients and continuity increase at rendering assistance stages various divisions of medical institution; increase of efficiency of diagnostics and treatment at simultaneous decrease in economic expenses at the expense of purposeful inspection of patients; the multifactorial analysis of the reasons of disease and death rate, revealing of risk factors.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ ЗАКРЫТЫМИ
ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

**Акилов Х.А., Алимова Х.П., Урмонов Н.Т.,
Примов Ф.Ш., Асадуллаев Д.Р.**

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

С ростом детского травматизма возрастает количество сочетанных и комбинированных повреждений органов брюшной полости. При этом жизни пациента непосредственно угрожают внутрибрюшные кровотечения, связанные с повреждением обильно васкуляризованных паренхиматозных органов, – печени и

селезенки.

В 2006–2013 гг. нами были проанализированы 165 больных от 1,5 до 18 лет с диагнозом закрытые травмы паренхиматозных органов брюшной полости. Повреждения селезенки были у 72 (44%) детей, печени – у 53 (32%), комбинированное повреждение печени и селезенки – у 40 (24%).

Повреждения органов получены в результате ДТП (29,1%), падения с высоты (49,8%), избиения (7,8%), падения на живот с высоты собственного роста (11,4%), падения на ребенка тяжелого предмета (3,4%). Мальчики составили 76,1%. В первые 1-3 часа после получения травмы поступили 69,9% пострадавших.

Использовались клинические, лабораторные методы исследования, для топической диагностики всех повреждений применялись лучевые методы диагностики (полипозиционная рентгенография, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию) и диагностическая лапароскопия.

Клиническая картина при изолированных разрывах паренхиматозных органов у разных больных существенно ряд отличалось. В частности у некоторых состояние при поступлении было оценено как удовлетворительное и средней тяжести, АД снижалось ниже возрастной нормы, у некоторых наблюдалось критическое состояние. Все это позволило выделить 3 группы травмированных детей, в зависимости от гемодинамических показателей: со стабильной, условно стабильной и нестабильной гемодинамикой.

Диагностика начиналась с экстренной ультрасонографии органов брюшной полости, при которой у 92% пациентов лоцирован источник внутрибрюшного кровотечения, но чаще определяется относительно неспецифический, но информационно достоверный признак – уровень свободной жидкости в малом тазу. Условно-стабильное состояние давало возможность произвести МСКТ брюшной полости или тотальную МСКТ (при сочетанных травмах).

При стабильной гемодинамике и не увеличенном объеме свободной жидкости малого таза выбирали консервативный метод лечения.

Стабильная гемодинамика и более грубые изменения органа и уровень жидкости в малом тазу более 7 мм служили показанием к лечебно-диагностической лапароскопии, которая оказалось успешной у 32,9% пациентов с разрывами селезенки и печени. Лапароскопия при абдоминальной травме имеет свои особенности и этапность. Первичная ревизия позволяет установить стабильность ситуации и дает возможность остановить кровотечение с коагуляцией и ушиванием или определить показания к конверсии доступа. Затем производился осмотр органов брюшной полости для определения прямых признаков повреждения в виде наличия места разрыва.

У пациентов с тяжелыми нарушениями гемодинамики, при лучевой визуализации разрыва органа выполнялась экстренная лапаротомия, имеющая и органосохраняющий, и органосохраняющий характер: спле-

нэктомия произведено у 49,2%, ушивание и коагуляция селезенки и печени и гетеротопическая имплантация селезеночной пульпы – у 61,8% пострадавших.

Таким образом, проведенное исследование позволило определить группу пациентов со стабильной гемодинамикой. Выбор хирургической тактики в этой группе базируется на мониторинге клинико-лабораторных показателей, сонографических и КТ-симптомов. У подавляющего большинства пациентов со стабильной гемодинамикой возникают показания к трем методам лечения: консервативному, лечебно-диагностической лапароскопии и лапаротомии. Такая тактика позволила полностью исключить из арсенала ургентной хирургии лапароцентез и напрасные лапаротомии.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ОТДЕЛЕНИИ ТОКСИКОЛОГИИ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП В 2009–2013 гг. Атаханов Ш.М., Джумабаев Э.С., Ходжиматов Н.Б., Газизов Б.А., Имомбердиев М.У., Махмудов О.О. Андижанский филиал РНЦЭМП

Использование широкого арсенала медикаментозных препаратов населением и применение различных ядохимикатов в сельском хозяйстве, в быту создают реальные возможности для контакта с ними детей, что приводит к острому отравлению.

Организация в составе РНЦЭМП во всех областях токсикологических отделений, бесспорно, улучшила качество экстренной токсикологической службы с одной стороны, и обеспечило более конкретное и углубленное изучение этой проблемы с другой. Нами ретроспективно проанализировано 473 истории болезни детей, госпитализированных в 2009-2013 гг. в отделение клинической токсикологии Андижанского филиала РНЦЭМП с острыми отравлениями.

Материал и методы. Из числа пострадавших мальчиков было 206 (43,6%), девочек 267 (56,4%). Летальных случаев вследствие острых отравлений за последние 5 лет не наблюдалось. Причинами острых отравлений у детей является недостаточный контроль со стороны родителей, в старшем подростковом возрасте имеет место демонстративный шантаж с целью обратить на себя внимания, а у детей раннего детства – несоблюдение правил хранения лекарственных препаратов и ядохимикатов или случаи самолечения.

Острые отравления медикаментами диагностирован у 277 (58,6%) детей, биологическим ядом – у 50 (10,6%), нефтепродуктами – у 44 (9,3%), угарным газом – у 40 (8,5%), инсектицидами и ядохимикатами – у 36 (7,6%), уксусной кислотой – у 26 (5,5%).

Выводы. Проблема острых отравлений у детей носит скорее социальный, чем медицинский характер. Причиной отравлений у детей в основном является бесконтрольное потребление медикаментов, нарушение условий хранения лекарственных препаратов, особенно сильнодействующих. Необходимо проведение совместных усилий органов правопорядка, образования

в местах проживания детей старшего подросткового возраста, при этом особое внимание следует обращать на вероятные конфликтные ситуации в семье и в быту.

СОЧЕТАННАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ И ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Ашуров З.И., Темиров Р.И., Абдусаттаров К.А.,
Тожибоев А.Т., Хайдаров У.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Проанализировано 116 случаев сочетанной ЧМТ у детей, лечившихся в НФРНЦЭМП в 2011–2013 гг. Мальчиков было 78 (67,3%), девочек – 38 (32,7%). ЧМТ как доминирующее повреждение отмечалась у 80 (69%) детей, травма живота – у 6 (5,1%), закрытая травма груди – у 8 (6,8%). Травма опорно-двигательного аппарата и травматический шок имели место у 22 (19%) человек.

Сотрясение головного мозга диагностировано у 75 (64,6%) больных, ушиб головного мозга – у 41 (35,4%). В большинстве случаев пострадавшие доставлялись попутным транспортом в сопровождение шофера или окружающих без иммобилизации и оказания первой медицинской помощи. Это отягощает состояние больных и приводит к таким осложнениям, как аспирационный синдром, травматический шок, вторичное смещение костных отломков и кровотечение.

На догоспитальном этапе имело место недостаточная диагностика доминирующих повреждений у 11 (9,5%) пострадавших с ЧМТ, в том числе с недооценкой ее тяжести у 4 (3,4%); шок не установлен у 9 (7,7%), недооценена его тяжесть у 3 (2,5%), 2 пациентам не выполнена интубация, 3 – иммобилизация.

На госпитальном этапе больные с тяжелыми травмами были доставлены в шоковый зал детского блока Наманганского филиала РНЦЭМП, где им проводилось обследование по стандарту. Больные, которым была показана неотложная операция по жизненным показаниям, после кратковременной предоперационной подготовки переводились в операционный блок. Больные, нуждающиеся в консервативном лечении, госпитализировали в отделение детской реанимации. Наличие МСКТ позволило улучшить диагностику внутричерепных гематом на раннем этапе лечения. По показаниям проводится МСКТ-мониторинг больных в послеоперационном периоде для динамического наблюдения за состоянием головного мозга, дренажной трубки, наличием дислокации срединных структур, вазогенного отека и вторичных ишемических процессов в головном мозге. Проводится также УЗИ органов брюшной полости и грудной клетки с консультацией детского и торакального хирургов.

Заключение. Проведенный анализ эффективности медицинской помощи детям с сочетанной черепно-мозговой травмой на догоспитальном и госпитальных этапах показал, что имеются резервы для совершенствования диагностики и улучшения результатов лечения этой категории больных.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАКОСТНЫХ ПЛАСТИН У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Валиев О.Э., Тияляков Х.А., Аскарлов Ф.М.
НИИ травматологии и ортопедии, Самаркандский
государственный медицинский институт**

В настоящее время нет единого мнения относительно механизма возникновения переломов и характера смещения костных отломков, отсутствует единая классификация, необходимая для выбора метода лечения переломов проксимального конца плечевой кости (ПКПК). Не уточнены вопросы клиники и рентгенодиагностики. Не получили достаточного освещения показания и методы лечения переломов ПКПК у детей. Несмотря на значительный прогресс в развитии травматологии и ортопедии, проблема лечения переломов ПКПК у детей сохраняет свою актуальность.

Детский травматизм – одна из прогрессирующих социальных опасностей, которая угрожает здоровью и жизни детей. Переломы проксимального конца плечевой кости у детей относятся к тяжелым и сложным для лечения повреждениям опорно-двигательного аппарата, которые по данным отечественных и зарубежных авторов, составляют около 5% среди всех переломов верхней конечности и около 25% от переломов плечевой кости.

Металлосинтез применен нами у 10 больных (7 мальчиков и 3 девочки); в возрасте 7 лет был 1 больной, 10 лет – 1, от 12 до 14 лет – 8. Переломы хирургической шейки плечевой кости были у 6 детей, остеоэпифизеолизы головки – у 4.

При рентгенологическом исследовании поперечный перелом диагностирован у 3 больных, косой – у 3, косопоперечный – у 3, оскольчатый – у 1 больного. Угловые деформации отломков наблюдались у всех 10 больных. Наиболее часто имела место экстензионно-варусная угловая деформация отломков – у 7 детей. Экстензионно-вальгусная деформация отмечалась у 2 больных, у 1 больного имела угловая деформация только в одной плоскости – с углом, открытым кзади. Углы 8 и 12 градусов, открытые наружу, были у 2 больных. Углы, открытые кнутри, были у 1 больного 18 градусов, от 21 до 30 градусов – у 4, от 31 до 40 градусов – у 2. Углы, открытые кзади, наблюдались у всех 10 больных: от 11 до 20 градусов – у 2 больных, от 21 до 30 градусов – у 1, от 31 до 40 градусов – у 5, у 2 больных углы кзади были 46 и 54 градуса.

Все дети, поступившие в стационар, были обследованы и подготовлены к оперативному лечению под наркозом. Этап операции: доступ передненаружный или наружный в зависимости от характера смещения отломков. Доступ к головке и шейке плечевой кости осуществляют путем продольного разъединения волокон дельтовидной мышцы. Край дельтовидной мышцы разводят в стороны и обнажают переднюю и наружную поверхность головки и диафиза плечевой кости.

При свежих переломах ПКПК удаляли гематому. Устраняли интерпозицию мягких тканей между отломками. На наружной или передненаружной поверхности периферического отломка распатором освобождали от мягких тканей площадку для пластины. Выделяли головку и центральный отломок. Капсулу сустава не рассекали. При оскольчатых переломах поверхность излома отломков освобождали от рубцовой ткани, но не отделяли их от окружающих мягких тканей, чтобы не нарушить кровоснабжение. Особое внимание уделяли большому бугорку, чтобы не повредить сухожилия надостной, подостной и малой круглой мышц. Производили репозицию отломков. Пластинку укладывали на наружную или передненаружную поверхность диафиза плечевой кости и головки. Отломки фиксировали к пластинке в области диафиза винтами с кортикальной нарезкой, а в области головки – винтами с губчатой нарезкой.

В последние годы появились специальные пластины АО с двумя или одним правым или левым ушком для фиксации переломов шейки плечевой кости. Пластины и ушки имеют специальные изгибы для плотного контакта с головкой и шейкой плечевой кости, последние укладывали на переднюю, поверхность головки и проксимального конца диафиза плечевой кости.

Операция выполнена на 3 день после травмы. На контрольных рентгеновских снимках, выполненных в послеоперационном периоде, во всех случаях получен хороший анатомический результат с полным устранением всех видов смещения. Гипсовая повязка накладывалась всем детям сразу после операции на 3 – 5 дней до стихания болевого синдрома. Затем верхняя конечность фиксировалась косыночной повязкой, и дети приступили к разработке движений в плечевом суставе. Больным проводили курс восстановительного лечения в условиях стационара с полным восстановлением активных и пассивных движений в плечевом и локтевом суставах при выписке. Во всех случаях раны зажили первичным натяжением. Длительность стационарного лечения в среднем составил 6-8 дней.

Таким образом, положительная сторона открытого накостного металлоостеосинтеза заключается в том, что при этом методе лечения в большинстве случаев удается полностью устранить смещение отломков и осуществить механически стабильную их фиксацию, позволяющую обходиться без дополнительной внешней иммобилизации и рано начать функциональное лечение.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

*Исантурдиев У. И., Соатмуродов Ш.Н., Назаров У.Х.,
Кунишев Ш.У., Касимов Э.К.*

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Закрытая травма живота – изолированное и комплексное повреждение внутренних органов брюшной полости без повреждения целостности кожных покро-

вов живота. Закрытая травма органов брюшной полости требует принятия срочных и безотлагательных мер.

На догоспитальном этапе возможность проведения специальных методов диагностики и лечения ограничены временем. Основные диагностические мероприятия на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи включают:

- выяснения обстоятельств травмы
- определение признаков закрытой травмы живота;
- перкуссию и пальпацию живота;
- измерение АД, подсчет ЧСС и ЧД;
- определение уровня сознания;
- противошоковое мероприятия;

Следующим этапом является приемный покой стационара, где также необходима правильная организация медицинской помощи, включающая сбор анамнеза, осмотр, проведение клинико-лабораторных и инструментальных методов диагностики и правильно поставленный диагноз, от которого зависит успех оказания необходимой медицинской помощи.

Цель. Улучшение результатов диагностики и лечения при закрытых травмах живота. Материал и методы. Проанализированы истории болезни детей в возрасте от 1 года до 14 лет, поступивших в СОФ РНЦЭМП в 2008-2013 г.г. из них 180 (73,5%) мальчики, 65 (26,5%) девочек. В возрасте 0-3 года было 13 (5,3%) детей, 4-7 лет – 79 (32,2%), 8-10 лет – 66 (26,9%), 11-14 лет – 22 (14,2%).

Весной госпитализированы 70 (28,6%) больных, летом – 85 (34,7%), осенью – 55 (22,5%), зимой – 35 больных (14,2%).

В первые 6 часов после получения травмы обратились 176 (71,8%) пациентов от 6 до 24 часов – 54 (22%), более 24 часов 15 (6,2%). 48 (19,6%) больные доставлены по линии скорой медицинской помощи.

В наших исследовании проанализирована структура травмы по механизму ее получения: ДТП – 43 (17,5%), бытовая травма – 71 (29%), кататравма – 119 (48,6%), механизм не указан – 12 (4,9%).

Анализ причин и обстоятельств повреждений показал, что основное число повреждений произошло в основном результате кататравмы – 119 (48,6%) больным в весенно-летний период, среди мальчиков дошкольного (4-7 лет) и средне школьного (11-14 лет) возраста.

Оказание экстренной медицинской помощи при закрытой травме живота можно разделить на 3 этапа: на месте происшествия и в пути следования в лечебное учреждение, в отделении экстренной медицинской помощи (филиалы и субфилиалы ЭМП), специализированном отделении экстренной медицинской помощи.

Обращает на себя внимание тот факт, что оказание помощи бригадами СМП помощь была оказана лишь 19,6% пострадавшим, остальные поступили самостоятельно. Ключевую роль в повышении эффективности помощи больным с закрытыми травмами живота играет временный фактор.

Оказание первой помощи пострадавшему ни в коем случае не должно удлинять сроки транспортиров-

ки в стационар, так как от качества оказываемой при травмах помощи зависит не только судьба органа, но и больного в целом.

Эффективность оказания первой медицинской помощи зависит от наличия необходимого оборудования и транспорта, специального обученного и подготовленного персонала, сроков начала оказания помощи.

Таким образом, эффективная работа СМП, овладение теоретическими и практическими навыками при организации оказания помощи пострадавшим с закрытыми травмами живота, тщательное обследование и оптимальная хирургическая тактика позволяют улучшить результаты лечения, снизить риск развития осложнений и летальность у данного контингента больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ РАССТРОЙСТВАХ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кариева Ш.А., Джубатова Р.С., Хакимов Д.П.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Несмотря на большое количество исследований, посвященных изучению острых расстройств дыхания у детей, существует ряд вопросов, требующих поиска новых решений. В частности, вопросы оказания неотложной помощи при острых расстройствах дыхания у детей.

Цель. Провести анализ эффективности стандартов оказания неотложной помощи при острых расстройствах дыхания у детей.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 30 больных детей, поступивших в РНЦЭМП с острыми расстройствами дыхания, в возрасте от 1 месяца до 2 лет. У всех детей изучались анамнестические данные, клинические проявления острых расстройств дыхания, характер и динамика. Проводили общеклинические и лабораторные исследования по стандарту (общий анализ крови, рентгенография, пульсоксиметрия).

Результаты. В соответствии со стандартом всем детям при поступлении проводилась ABCD оценка, оксигенотерапия увлажненным кислородом и смесью № 7. В состав ингаляционной смеси № 7 входит новокаин (0,5% – 2 мл), эуфиллин (2,4% – 0,6 мл), димедрол (1% – 0,6 мл), дистиллированная вода (400 мл). При наличии дыхательной недостаточности I степени – применялась только смесь №7. При ДН II степени – смесь №7 + 100% увлажненный кислород и ингаляционные кортикостероиды (беклазон, беклометазон). При ДН III степени были показаны реанимационные мероприятия в ОРИТ. Для контроля оксигенации крови после оксигенотерапии проводилась пульсоксиметрия.

Следует отметить, что 19 (63%) больным детям оксигенотерапия проведена непосредственно при поступлении. 7 детям оксигенотерапии была проведена через 3 часа после поступления. Кроме этого в отделении этим детям была добавлена ингаляция смесью №7. Четверем больным кроме оксигенотерапии, ингаляции

смесью №7 была проведена ингаляция кортикостероидами (беклазон)

Из анамнеза выявлено, что дыхательная недостаточность связана в 40% случаев с ОРИ и в 60% обусловлена аллергическими реакциями на разные лекарственные средства особенно, отхаркивающие препараты на основе сиропов. 40% больных были доставлены машиной скорой помощи, 60% поступили самотеком.

Вывод. Проведенный анализ показал эффективность использования оксигенотерапии с первых минут поступления. Своевременная оксигенотерапия позволяет предупредить развитие более тяжелых осложнений и улучшает клиническую картину заболевания.

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ

Кураматов Ш.Ю., Холматов Х.Х.,

Юлчиев Х.М., Рахмонов Р.Я.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Изучение результатов лечения фебрильных судорог у детей в условиях неотложной медицинской помощи.

Диагноз «фебрильные судороги» устанавливался на основании данных анамнеза, результатов оценки соматического и неврологического статусов, психомоторного и эмоционального развития, особенностей течения приступа (продолжительность, локализация, генерализация, наличие постприступной гемиплегии). Истинные фебрильные судороги дифференцировали с другими судорогами, возникающими при повышении температуры при эпилептических припадках, вызванных лихорадкой; судорогами при нейроинфекциях (менингит, энцефалит); метаболическими судорогами (гипогликемия, гипокальциемия).

У 97,9% больных отмечались типичные фебрильные судороги, продолжавшиеся менее 15 минут и имеющие генерализованный характер; показатели психомоторного развития у детей соответствовали возрасту. В анамнезе указания на органические поражения ЦНС отсутствовали.

У 2,1% пациентов наблюдались атипичные фебрильные судороги продолжительностью более 15 мин (до нескольких часов) и генерализацией (фокальный компонент). В анамнезе имелись указания на перинатальное поражение ЦНС и постгипоксическое поражение ЦНС.

При фебрильных судорогах начинали снижать повышенную температуру тела, даже если ее уровень не достигал фебрильных цифр. Для снижения температуры тела использовали физические методы охлаждения: обтирание тела полуспиртовым раствором, раздевание ребенка, обильное питье и т.д. В качестве антипиретика применяли парацетамол в дозе перорально 10–15 мг/кг (ректально 15–20 мг/кг).

Для коррекции приступов фебрильных судорог использовали диазепам (сибазон) 0,5% раствор внутривенно или внутримышечно в дозе 0,2 мг/кг.

Выводы. 1. У 97,9% больных отмечались типичные фебрильные судороги небольшой продолжительности (до 15 мин), имевшие генерализованный характер; показатели психомоторного развития у детей соответствовали возрасту. В анамнезе указания на органические поражения ЦНС отсутствовали. **2.** У 2,1% пациентов были атипичные фебрильные судороги продолжительностью более 15 мин (до нескольких часов) и генерализацией (фокальный компонент). В анамнезе у них имелись указания на перинатальное поражение ЦНС и постгипоксическое поражение ЦНС.

**ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ
Курбонов Ш.Ш., Рашидов Х.М., Мукумов Р.А.
Денауский субфилиал РНЦЭМП**

Повреждения двенадцатиперстной кишки (ПДПК) у детей – редкий вид травмы, отличающийся трудностями диагностики, особой тяжестью течения и сопровождающийся высокой летальностью. Так, при изолированных травмах ДПК летальность составляет 11,8-30,5%, а при сочетанных – 46,6-80,0%. В случаях развития забрюшинной флегмоны летальность может достигать 100%. Высокая летальность обусловлена несостоятельностью швов, посттравматическим панкреатитом и развитием гнойных осложнений – забрюшинной флегмоны, перитонита и сепсиса.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения пострадавших с повреждениями двенадцатиперстной кишки у детей.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 8 детей с ПДПК, госпитализированных в субфилиал РНЦЭМП Денауской РМО в 2003-2013 гг. Мальчиков было 5 (62,5%), девочек – 3 (37,5%). Возраст больных от 5 до 14 лет ($9,5 \pm 2,5$ года). 2 детей поступили в сроки до 24 часов, 6 (75%) – позже 24 часов от момента получения травмы, что в свою очередь значительно ухудшало прогноз и утяжеляло состояние больных в послеоперационном периоде.

При поступлении в отделение неотложной помощи всем детям с закрытыми травмами живота выполняли клинические и биохимические анализы крови, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Производили рентгенологическое исследование брюшной полости, пострадавших консультированы смежные специалисты. У подавляющего большинства пациентов с закрытыми травмами живота обследование выполнялось непосредственно в реанимационном отделении на фоне проведения противошоковых мероприятий.

Результаты. Все больные были оперированы. До операции предположительный диагноз ПДПК был выставлен лишь у 1 (12,5%) больного. 3 пациентам была выполнена диагностическая видеолaparоскопия. Конверсия в лапаротомию составила 100%. Повреждения нисходящего отдела ДПК выявлены у 4 (50 %) пострада-

давших, горизонтальной части – у 3 (37,5%), двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба – у 1 (12,5%). Через 6 часов получения травмы хирургическое вмешательство выполнено у 1 ребенка, через 14 часов – у 1, спустя 24 часа – у 6. У всех больных диагноз ПДПК установлен в ходе первичного вмешательства. Первичное ушивание дефекта стенки ДПК выполнено 8 (100%) пациентам. Первичный шов ДПК дополняли назогастродуоденальной декомпрессией ДПК на активной аспирации и проведением за связку Трейтца интестинального зонда для питания у 6 (35,3 %).

После операции травматический панкреатит наблюдался у 2 детей, несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки – у 1, двусторонняя пневмония – у 1. У 4 детей течение послеоперационного периода было гладким.

Таким образом, диагностика повреждений двенадцатиперстной кишки особенно при закрытых травмах живота, должна включать диагностическую лапароскопию и других инструментальных исследований. В ходе лечения пострадавших считаем необходимой трансназальную декомпрессию двенадцатиперстной кишки с проведением зонда для энтерального питания за связку Трейтца, а также дополнение консервативной терапии препаратами, направленными на подавление внешнесекреторной функции желудка и поджелудочной железы. Эти предупреждают несостоятельность дуоденальных швов и развитие травматического панкреатита.

**СПЕЦИФИКА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ КАТАСТРОФАХ
И МАССОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ**

*Лим В.И., Уралов Ш.М., Шакаров Ф.Р., Алиев А.Р.
Самаркандский филиал РНЦЭМП, СамГосМИ*

По статистике, при катастрофах около 25% пострадавших составляют дети. Вследствие функциональной незрелости центральной нервной системы у детей на все виды раздражителей возникает генерализованная ответная реакция, проявляющаяся гипертермией, судорогами, рвотой, нарушениями дыхания. В связи с относительно небольшим объемом циркулирующей крови дети чувствительны к кровопотере. Для детского организма характерно длительно поддерживать нормальный уровень артериального давления даже в условиях выраженной гиповолемии, до 30-40% ОЦК. Срыв компенсаторных механизмов манифестируется резким падением сердечно-сосудистой деятельности.

Костная система детей отличается высокой эластичностью и гибкостью, что связано с меньшим количеством минеральных солей в костях и хорошо развитой надкостницей. Эпифизы трубчатых костей соединены с метафизами широким эластичным ростковым хрящем. Это обуславливает типичные для детского возраста переломы по типу “зеленой веточки”, поднадкостничные переломы, апофизеолизы. У детей с закрытой травмой груди без перелома ребер могут возникнуть повреждения легких, при травме позвоночника без его перелома

возможно повреждение спинного мозга. Слизистые оболочки дыхательных путей склонны к отекам. Вследствие ограничения буферных резервов крови у детей младшего возраста быстро развиваются нарушения кислотно-щелочного состояния и электролитного баланса.

Кроме того, надо учитывать особенности психоэмоционального состояния детей. В условиях дефицита времени на догоспитальном этапе исключен общепринятый в клинической практике метод динамического наблюдения.

Наиболее сложной является оценка тяжести состояния ребенка и диагностика шока. Ориентация на традиционные признаки шока – артериальную гипотензию, тахикардию приводит к несвоевременной диагностике и соответственно к неадекватной терапии.

Результаты исследований последних лет позволяют предложить в качестве метода выявления шока (до развития классических клинических признаков) квалитетрию повреждений, представляющий по сути количественную характеристику шокогенности травмы. Балльная оценка тяжести политравмы определяется как сумма баллов частных повреждений. Реальная угроза развития травматического шока возникает при тяжести повреждений, превышающей 6 баллов.

Существует стандарт оказания лечебных мероприятий у детей при травматическом шоке, в который включены:

- обезболивание. Методом выбора обезболивания у детей является атаралгезия (анальгин 25% раствор 0,2 мл/кг с седуксеном 0,5% 0,5 мг/кг; кетамин 0,5-1,0 мг/кг внутривенно или внутримышечно 2 мг/кг, у детей старше года промедол 1% раствор 0,1 мг/кг с седуксеном;

- венозный доступ. При технических сложностях внутривенного доступа лекарственные препараты можно вводить в мышцы дна полости рта. Если ребенок интубирован, можно использовать интратрахеальный путь введения. Доза должна быть возрастной, а концентрация разведена в 10 раз;

- инфузионная терапия начинается с введения коллоидных растворов 20 мл/кг, реополиглюкина в дозе 10 мл/кг, потом 20% глюкозы с инсулином 5 мл/кг;

- транспортная иммобилизация;

- медикаментозная коррекция. Допамин в дозе 10 мкг/кг/мин. При тяжелом шоке с массивной кровопотерей скорость инфузий должна быть 40 мл/кг. Если в первые 15-20 минут не удастся поднять АД до 3/4 возрастной нормы, то скорость должна быть увеличена за счет введения в две вены;

- при ожоговой травме интенсивную терапию начинают с введения кристаллоидных растворов (раствор Рингера, лактасол /5 мл/кг/). В объеме 1 мл кристаллоидов х 1% ожоговой поверхности х 1 кг массы тела, потом коллоидов в объеме 1 мл реополиглюкина х 1% ожоговой поверхности х 1 кг массы тела, потом 5% раствор глюкозы 3 мл/кг;

- глюкокортикостероиды назначают при тяжелом ожоговом шоке, ожоге дыхательных путей и при не-

благоприятном преморбидном фоне – 3-8 мг/кг преднизолона;

- оксигенотерапия.

На догоспитальном этапе у детей часто неизвестна масса тела, поэтому ориентировочно дозы медикаментов можно рассчитать по возрасту. Все болезненные манипуляции у детей проводятся под общим обезболиванием. Циркулярные гипсовые лонгеты и глухие швы противопоказаны. Эвакуация детей осуществляется в первую очередь и в сопровождении родственников.

Сотрудники педиатрического блока СФРНЦЭМП, соблюдая вышеуказанные принципы лечебно-диагностической работы, постоянно совершенствуются в плане оказания экстренной медицинской помощи детям при массовых поражениях.

ЯТРОГЕНИЯ И ЕЕ МЕСТО В ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ РНЦЭМП

Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вerveкина Т.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ятрогения – это патологический процесс, возникший у больного вследствие непрофессиональных медицинских действий. К ятрогенным заболеваниям относят все заболевания и патологические процессы, которые возникают под влиянием медицинских мероприятий, проведенных с профилактическими, диагностическими, реанимационными, лечебными или реабилитационными целями. Нарушение правил профессиональной медицинской деятельности, повлекшее за собой новое патологическое состояние у больного с социальными последствиями, рассматривают как ятрогенное. Следовательно, ятрогенные заболевания – новые болезни, возникшие в результате осуществления медицинских мероприятий. В ряде случаев считаются самостоятельными нозологическими единицами. В качестве истинных ятрогенных болезней, приведших к смерти больного (ятрогенных осложнений, возведенных в понятие основных заболеваний), указываются и кодируются:

- передозировка правильно назначенного лечебного средства;

- прием ошибочно назначенного лекарственного вещества;

- все непрофессионально выполнение диагностические, терапевтические и хирургические вмешательства и лечебные манипуляции;

- смертельные осложнения наркоза, других мероприятий, связанных с обезболиванием;

- ятрогенный сепсис.

Эквивалентом основного заболевания в определенных случаях может быть смертельное осложнение, например, при ятрогенной патологии. МКБ-10 четко констатирует, что ятрогенные смертельные осложнения выставляются в качестве основного заболевания только в определенных случаях.

Материал и методы. Проанализированы протоколы вскрытий за период с 2009 по 2013 гг. по детскому

корпусу РНЦЭМП. За 5 лет по детскому корпусу зарегистрирован 491 летальный исход, в 256 (52,1%) случаях проведено аутопсийное исследование.

Результаты. Из 256 вскрытий в 39 (15,2%) случаях были диагностированы осложнения хирургических вмешательств и лечебных манипуляций. С учетом тяжести основного заболевания, которое явилось перво-причиной госпитализации больного, а также тяжести нанесения вреда больному в ходе выполнения медицинских мероприятий, последнее трактовалось либо как ятрогенная патология, явившаяся основным заболеванием, либо как ятрогенное осложнение проводимых мероприятий.

Выявленная ятрогенная патология была разделена на 2 основные группы. В 1-ю группу (4 случая) были отнесены манипуляции, выполненные хирургами – пункция плевральной полости для устранения гидроторакса, повлекшая за собой перфорацию сердечной мышцы с летальным исходом (3 случая) и повреждение висцеральной плевры и легкого при пункции и дренировании плевральной полости (1 случай). Во 2-ю группу включены 35 случаев, когда осложнения лечения были связаны с действиями врачей-реаниматологов. Особое место в данной группе занимают манипуляции с установкой центрального катетера (32 случая). Из них повреждение купола париетальной плевры при катетеризации подключичной вены с последующей инфузией препаратов в плевральную полость обнаружено на секции у 3 больных. Множественные попытки пункции и катетеризации центральных вен (от 3 до 8) с развитием обширной гематомы переднего средостения диагностированы у 13 больных. Пункция и катетеризация подключичной вены, повлекшая за собой нарушение целостности сосуда с развитием гемоторакса, обнаружена в 3 случаях. Развитие местного тромбоза вследствие повреждения интимы вены при установке центрального катетера найдено в 6 случаях. Та же патология, но уже осложнившаяся тромбозом легочной артерии и инфарктами легких, диагностирована и определена как причина, обусловившая летальный исход у 6 больных. В 1 случае имело место сочетание осложнений при установке подключичного катетера: обширная гематома средостения и тромбоз, вследствие повреждения стенки сосуда, в последующем развитие ТЭЛА. Остальные 3 случая пришлось на интубацию трахеи и ИВЛ, при этом в 1 случае было найдено повреждение трахеи при интубации и в 2 разрыв паренхимы легкого при ИВЛ с пневмотораксом.

Таким образом, анализ показал, что ятрогенная патология имела место в 15,2% вскрытий, при этом большая часть из них (89,7%) связана с проведением реанимационных мероприятий. Наличие таких повреждений свидетельствует о недостаточном профессиональном уровне отдельных врачей, что требует тщательного разбора в соответствующих отделениях.

АНАЛИЗ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ РНЦЭМП

*Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вerveкина Т.А.,
Ташматов С.А., Кочетов В.Е., Мадазимов Ф.С.,
Иноятов У.Н.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Ташкентская медицинская академия**

Детская смертность является одним из ведущих показателей, характеризующих состояние здоровья нации. Это своеобразный барометр уровня социально-экономического развития страны, материального благополучия народа, состояния медицинской помощи, эффективности профилактических и санитарно-эпидемиологических мероприятий. Правильный и современный анализ показателей детской смертности позволяет разработать ряд конкретных мер по снижению заболеваемости и смертности детей, оценить систему эффективности оказываемой медицинской помощи. По данным CIA World Factbook ООН (2012) самый высокий уровень младенческой смертности – в Анголе и Афганистане (185 и 121,6 соответственно). За последние годы, благодаря проводимым в Узбекистане комплексным лечебным и профилактическим мероприятиям, уровень детской смертности значительно снизился и составил в 2012 году 21,5.

По детскому корпусу с 2009 по 2013 гг. зарегистрирован 491 летальный исход. Из этого числа 277 (56,4%) смертей произошли в отделениях педиатрического, 214 (43,6%) – хирургического профиля. Патологоанатомическое вскрытие состоялось в 255 (51,9%) случаях, при этом в педиатрии процент патологоанатомических вскрытий составил 59,9, в хирургическом – 41,6.

По педиатрическому корпусу по результатам аутопсий диагностированы следующие заболевания: заболевания легких (пневмонии вирусные и бактериальные – 35,5%, туберкулез легких – 1,3%), патология иммунной системы (первичный иммунодефицит – 9,2%, вторичное иммунодефицитное состояние – 19,7%), заболевания сердца (бактериальный эндокардит – 3,9%, врожденные пороки сердца – 7,9%, миокардит – 3,9%), множественные врожденные пороки развития (3,9%), гнойный отит с развитием менингоэнцефалита (2,6%), врожденная и приобретенная патология почек (острый гломерулонефрит – 1,3%, тубулопатии – 1,3%, наследственный нефротический синдром – 1,3%), патология желудочно-кишечного тракта (жировой панкреонекроз – 1,3%, холестатический гепатит – 1,3%, вирусный гепатит – 1,3%, острый гастроэнтерит – 1,3%), инфекционная патология (ОКИ: сальмонеллез – 1,3%), тифозы 1,3%.

По хирургическому корпусу нозологии, обуславливающие поступление детей в стационар и приведшие впоследствии к летальному исходу, распределились следующим образом: заболевания легких (пневмонии вирусные и бактериальные) – 26,2%, травматические повреждения, выявленные на секции (травмы туловища 4,8%, травмы

головы 9,5%), заболевания сердца (бактериальный эндокардит 4,8%, ВПС – 7,1%), заболевания печени (вирусный гепатит – 7,1%, цирроз печени 2,4%), паразитарные заболевания (эхинококк сердца, эхинококк печени – 4,8%), злокачественные заболевания крови и лимфоидной ткани (лимфомы – 2,4%, лейкозы – 2,4%), патология почек (МКБ – 2,4%), заболевания ЖКТ (язвенно-некротический колит – 2,4%, острый гастроэнтерит – 2,4%, гангренозный аппендицит – 2,4%, жировой панкреонекроз – 2,4%, сахарный диабет – 2,4%), по 2,4% пришлось также на врожденные коагулопатии, множественные врожденные пороки и грыжи (диафрагмальная, паховая).

При этом в отделениях педиатрического профиля процент расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов составил 17,6%, хирургического – 16,4% при среднем пребывании больных в стационаре 5,0 суток.

Таким образом, число умерших в течение последних 5 лет не претерпевает существенных изменений. Остается на низком уровне показатель числа вскрытых как в педиатрических, так и, особенно, в хирургических отделениях. При этом процент расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов остается на высоком уровне. Наиболее часто основной причиной смерти являлись пневмония, пороки развития, врожденные иммунодефицитные состояния.

НАВОЙЙ ВИЛОЯТИДА БОЛАЛАР ТРАВМАТИЗМИНИНГ ТАҲЛИЛИ

**Маликов Ю.Р., Сайпиев А.С., Курбонов Ф.
РШТЁИМ Навоий филиали**

Статистик маълумотларга кўра, адабиётларда келтирилишича шошилинч жароҳатлар ердамига муҳтож беморларнинг 50% ни турли даражадаги жароҳатлар ва шикастланишлар ташкил этади. Республика миқёсида ҳар йили 900 мингдан ортиқ турли хилдаги бирламчи травмалар қайд қилиниб аҳолини умумий травматизм кўрсаткичи ҳар минг кишига нисбатан олинганда 30,2 ни ташкил этади. Болалар травматизми умумий травматизмининг 28,4% ни ташкил этиб, ҳар минг болага нисбатан олганда 26,4 ни ташкил этади. Навоий вилоятида 2009-2013 йилларда аҳоли ўртасида 152654 та бирламчи травмалар қайд қилинган бўлиб, шулардан 43354 (28%) болалар травматизмга тўғри келган. Болалар травматизмини таҳлил қилишга Бутун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан ишлаб чиқилган касалликларнинг ҳалқаро ўнинчи таснифи асос қилиб олинди (ВОЗ, МКБ-10)

Болалар травматизмининг структураси: беш йил давомида болалар ўртасида жами 43354 та бирламчи травмалар қайд этилган бўлиб, бу умумий травматизмининг 28% ни ташкил этади. Қайд этилган бирламчи травмаларнинг 38124 таси бирламчи турмушдаги травмалар бўлиб 87,9%ни ташкил этади. Йўл транспорт ҳодисалар оқибатида 727 (1,7%) та бирламчи бирламчи травмалар қайд этилган. Турли хилдаги спорт машғулотларда 3779 та бирламчи травмалар

қайд қилиниб 8,75% ни ташкил этган. Турли криминал ҳолатлар оқибатида 724 та травма қайд этилиб 1,7% ни ташкил этган. 2009 йилдан 2013 йилгача бўлган вақт давомида болалар травматизмини ўсиш кўрсаткичи 1,4% ташкил этган. Болалар ўртасида қайд этилган 43354 бирламчи травмалардан 2676 (16,1%) шикастланган болалар стационар шароитда даволанган. Стационар даволанган болаларнинг 338 (7,9%) тасида турли даражадаги қўшма шикастланишлар қайд этилган. Шифохонада турли хилдаги травмалар билан даволанган 2676 та болани 568 (19,2%) турли хилдаги операциялар бажарилган. Болалар травматизмига қарши курашиш муҳим тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб, бир қанча ташкилотларнинг биргаликдаги олиб бораётган чоратадбирлари асосида ҳал қилинади. Шу сабабли виллоятда болалар травматизми олдини олиш ва камайтириш мақсадида халқ таълим, ички ишлар органлари, маҳалла комитетлари билан биргаликда чора-тадбирлар ишлаб чиқилган бўлиб ҳар йили координацион кенгаш томонидан назорат қилиб борилди.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, ҳозирги вақтда болалар травматизмини камайтириш тиббий ва ижтимоий муаммо сифатида, соғлом ва баркамол авлодни тарбиялаб етиштиришда асосий муаммолардан бири бўлиб, тиббий ходимлардан шикастланишлар ва уларнинг асоратларини ўз вақтида тўлиқ ва аниқ даволашдан ташқари, болалар травматизмини олдини олиш борасида олиб борилаётган турли хил чора-тадбирларни янада такомиллаштиришни талаб қилади.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**Маликов Ю.Р., Сайпиев А.С., Астанов А.И.,
Хужакулов У.Б., Худойбердиев П.К., Холбоев Х.
Навоийский филиал РНЦЭМП, Навоийский областной
многопрофильный детский медицинский центр**

В 2011-2013 гг. в отделения реанимации и травматологии областного детского многопрофильного медицинского центра и Навоийского филиала РНЦЭМП были госпитализированы 1418 детей с различными травмами, у 116 из которых диагностированы сочетанные травмы и множественные переломы костей скелета.

Согласно классификации В.А. Соколова, структура сочетанных травм выглядела следующим образом: сочетанная черепно-мозговая травма – у 54 (46,6%) пострадавших, сочетанная спинно-мозговая травма – у 2 (1,2%), сочетанная травма груди – у 4 (3,4%), сочетанная травма живота – у 5 (4,3%), сочетанная травма опорно-двигательного аппарата – у 17 (14,6%), сочетанная травма двух и более полостей – у 3 (2,5%), сочетанная травма без ведущего повреждения – у 31 (26,7%).

Согласно стандартам экстренной медицинской помощи при поступлении все пострадавшие дети были осмотрены реаниматологом, хирургом, нейрохирургом, травматологом. Оказание неотложной

помощи начато в приемно-диагностическом отделении. Всем пострадавшим произведены рентгенологическое исследование, УЗИ, ЭхоЭГ, при необходимости МСКТ–исследование, а также клинико-биохимические исследования крови на фоне продолжающейся интенсивной терапии.

Из 116 больных с сочетанными травмами в экстренном порядке прооперированы 43. Декомпрессионная резекционная трепанация черепа произведена 11, лапаротомия – 5, дренирование плевральной полости по Бюлау – 6, ПХО при открытых переломах конечностей с последующей фиксацией костных отломков – 21. Отсроченные операции по поводу переломов длинных трубчатых костей выполнены у 19 больных на 2-3 сутки после полной стабилизации общего состояния. В послеоперационном периоде всем больным назначали антибиотики широкого спектра действия, метаболики, общеукрепляющее лечение.

Умерли 2 больных вследствие сочетанного торако-абдоминального повреждения (1), и тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы (1).

Средний срок пребывания детей с сочетанными травмами в стационаре – 9,2 койко-дня.

Таким образом, своевременная организация экстренной медицинской помощи и правильное диагностирование сочетанных травм у детей дают положительные результаты в плане лечения и оздоровления.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*Мамедова Г.Б., Махмудов Н.И.,
Хайдарова Б.А., Кушаков Н.Х.*

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ферганский филиал ТМА**

Цель. Анализ существующих проблем в области социальной адаптации детей-инвалидов в образовательных учреждениях и определение роли медицинских сестер по их устранению.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили законопроекты, их реализация, мнение специалистов, работающих в специализированных учреждениях г. Ферганы и Ферганской области, среднего медицинского персонала, работающего как в специализированных учебных, так и в общеобразовательных заведениях, а также мнение родителей детей-инвалидов. Были опрошены 69 родителей детей 2 специализированных школ-интернатов (№ 86, 88) и 27 общеобразовательных школ города Ферганы и Ферганской области, 27 медсестер общеобразовательных учреждений и 4 медсестры специализированных школ-интернатов, а также 30 специалистов, среди которых были преподаватели, руководители учреждений, дефектологи и врачи.

Результаты. В ходе исследования наиболее проблемной была отмечена семейно-бытовая сфера (47%), многие семьи не идут на контакт с медсестрами,

не принимают активного участия в жизни ребенка. На втором месте была указана медицинская сфера (29%). Основные проблемы, на которые указывали медицинские сестры – отсутствие командной работы со специалистами других сфер, основных стандартов по работе с детьми с ограниченными возможностями, недостаточное количество информации. Среди мер по совершенствованию роли медсестры в социальной адаптации детей с ограниченными возможностями были отмечены повышение квалификации медсестер (69%), комплексный подход к работе с ребенком всех специалистов (41%), организация обучающих тренингов (31%), совершенствование диагностики (9%). 34% опрошенных отметили, что необходимо повышение зарплаты медицинским сестрам, работающим с детьми с ограниченными способностями. Мнение большинства специалистов по поводу совместной учебы здоровых детей и детей с ограниченными возможностями было положительным (70%), 45% считают, что это возможно благодаря комплексному подходу всех специалистов, 25% полагают, что для этого необходимо создание благоприятных условий. 20% специалистов не согласны и 10 не знают, будет ли это возможно.

Вывод. Социальная адаптация детей в образовательных учреждениях невозможна без преодоления социальных барьеров, но для этого необходим комплексный подход специалистов, работающих с детьми, в том числе и медицинских сестер.

БОЛАЛАРДА ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ МАШҒУЛОТЛАРИДА ШИКАСТЛАНИШЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ МУАММОЛАРИ

*Махмудов Н.И., Акбарова М.Н., Туйчиева М.Н.
РШТЁИМ Фарғона филиали*

2009-2013 йиллар давомида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиали қабул диагностика бўлимига жисмоний тарбия машғулотлари пайтида турли даражадаги шикастланишлар туфайли 204 та бемор болалар мурожаат этишган. Бу беморларнинг 151 тасига (74%) амбулатор ёрдам кўрсатилган, 53 тасини (26%) шикастланиш ҳолатлари ўрта ва оғир даражада бўлганлиги сабабли стационар бўлимларига даволаниш учун ётқизилганлар. Шикастланиш турлари ва характери турлича бўлиб юмшоқ; тўқималарини лат ейиши 62 (30,4%) беморларда, боғламлар чўзилиши 45 (22%), боғламлар узилиши, мускуллар ерилиши 32(15,6%), юмшоқ тўқималарнинг турли даражадаги жароҳатлари 20 (9,8%), бўғимлар чиқиши 17 (8,3%), суяклар синиши 16 (7,8 %), бош мия чайқалиши 9 (4,4%), бош мия лат ейиши 3 (1,8 %) беморларда кузатилган.

Бизнинг статистик маълумотларимизга кўра, 78 % беморларда юмшоқ тўқималар лат ейиши, боғламлар чўзилиши, тери ва тери ости тўқималарининг юза жароҳатлари каби шикастланишлар, 22 % ҳолатларда эса ўрта ва оғир турдаги: бўғимлар чиқиши, суяклар синиши, чуқур жароҳатлар, бош мия чайқалиши, бош мия лат ейиши каби шикастланишлар учраган.

Жисмоний тарбия ўтказиш пайтида шикастла-

нишларнинг сабабларини таҳлил қилинганда кўп ҳолатларда ўқув машғулотларини ташкил этишда бир қатор камчиликларга йўл қўйилганлиги аниқланди. Айниқса машғулоти ўтказувчи бир ўқитувчи-тренерга ўқувчилар сони нормадан кўп бўлиши, назоратни су-сайиши еки машғулотларни тренерсиз ўтказилиши, машғулотлар, мусобақалар дастурини нотўғри тузи-лиши, изоҳланиш тадбир-чоралари қўлланилмаслиги каби ҳолатлар аниқланди.

Болаларда спортга алоқадор шикастланишларни олдини олиш учун бир қанча тадбир-чораларни иш-лаб чиқиш керак бўлади. Энг аввало жисмоний тарбия машғулотлари, мусобақаларини ўтказиш режа дастур-ларининг методик-ташкилий жиҳатдан талаб даража-сида тузилиши, машғулотларни тўғри ташкил этиш, ҳар бир ўқувчига индивидуал ендашиб, юкламалар бериб бориш керак бўлади. Жисмоний тарбия машғулотлари ўтказиладиган жойлар санитария-гигиеник талаблари даражасида бўлиши, ҳамда болалар организми функ-ционал кўрсаткичлари бўйича шифокор тавсияларига тўла амал қилиниши лозим.

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Мусаев Т.С., Алимова Х.П.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Под наблюдением в клинике детской травматологии, нейрохирургии и хирургии РНЦЭМП МЗ РУз были 344 ребенка с сочетанной травмой опорно-двигательной системы. Около 81% пострадавших были доставлены в центр в течение первых 2 часов, что имело решающее значение для своевременного проведения лечебно-диагностических мероприятий. 75% детей получили сочетанные травмы в результате ДТП, 15% при падении с высоты, остальное – в бытовых, уличных и других условиях. 80% пострадавших имели моносочетанные, 20% – полисочетанные травмы, то есть травмы 3 и более областей тела.

Консервативное лечение на ОДС проведено 142 (41,3 %) больным, оперативное – 202 (58,7 %). ОДС 144 (41,8%) больным осуществлено раннее хирургическое вмешательство (в первые 2 суток), 58 (16,9%) – отсроченное хирургическое вмешательство (позднее 2 суток после травмы).

На основе балльной оценки тяжести общего состояния детей с сочетанной травмой в нашей клинике разработана компьютерная программа диагностики, оценки тяжести состояния и тактики лечения.

Для проведения малоинвазивного остеосинтеза у детей с сочетанной травмой ОДС разработан стержневой аппарат наружной фиксации. Двухплоскостная фиксирующая способность, легкость и простота применения разработанного нами стержневого аппарата является его преимуществом перед известными аппаратами наружной фиксации. На основе разработанной конструкции стержневого аппарата для фиксации диа-

физарных переломов отдельных сегментов конечностей разработаны методика применения стержневого аппарата наружной фиксации при переломах костей голени, при переломах бедра и методика лечения повреждений переднего полукольца таза.

Изучение динамики развития провоспалительной цитокиновой реакции сыворотки крови у детей с сочетанной травмой в зависимости от вида лечения и срока хирургической коррекции у пациентов с ранним остеосинтезом выявило достоверное снижение уровня провоспалительных цитокинов уже на 3 сутки. Напротив, при отсроченном остеосинтезе уровень ИЛ-1β увеличивался в 7-9 раз, TNFα – в 1,2 раза, на фоне уменьшения содержания ИЛ – 2 с максимальным пиком к 3-7 суткам, что свидетельствовало о тяжелом клиническом течении травматической болезни. Полученные данные свидетельствуют о нецелесообразности проведения отсроченного остеосинтеза в сроки от 3 до 7 суток после получения травмы.

Так, в результате раннего хирургического лечения повреждений ОДС удалось уменьшить сроки стационарного лечения на 5 дней, а с группой консервативного лечения – на 8 дней. Изучение ближайших результатов лечения показало, что во всех группах хороших по сравнению с группой отсроченного остеосинтеза результатов лечения было почти сравнительно одинаковое количество, однако состояние пострадавших детей в основной группе было значительно тяжелее, чем в контрольных. Кроме того, летальность составила 3,8 %, а согласно литературным данным, летальность при сочетанной травме у детей колеблется в пределах 7,5 – 20%.

Таким образом, разработанные алгоритмы позволили создать концептуальную модель тактики обследования и лечения детей с сочетанными травмами, представляющую стандартизировать лечебно-диагностический процесс в стационаре, адекватно выполнять необходимые лечебные мероприятия.

КЛЕЩЕВОЙ СПИРОХЕТОЗ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Назарова Х., Мемджанова А.Н.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Гипертермический синдром – патологическое состояние, причину которого не всегда можно установить, даже используя комплекс современных диагностических возможностей. В 23-36% случаях причиной этого состояния являются инфекционные заболевания (туберкулез, инфекционный эндокардит, гнойный холецистит, холангит, пиелонефрит, перитонит; вирусные инфекции: ЦМВ, вирус Эпштейна-Барра, ВИЧ, клещевой спирохетоз, малярия и т.д.).

Одной из причин гипертермического синдрома является болезнь Лайма (боррелиоз, спирохетоз). Клинические проявления болезни: слабость и сонливость, как правило, нарастающие, миалгии, головная боль, преходящее повышение температуры тела (чаще суб-

фебрилитет). У 25% больных обнаруживают регионарную лимфаденопатию.

После проведения обычного исследования необходимо исключить другие заболевания, в том числе протекающие в атипичной форме.

Клещевой возвратный тиф – острое инфекционное заболевание, вызываемое спирохетами, передающееся различными видами клещей рода *Ornithodoros*, характеризующееся подъемом температуры и интоксикацией. Основными видами спирохет, имеющими медицинское значение, являются: *Borrelia duttoni* – возвратный тиф, вызываемый укусом клеща; *Borrelia recurrentis* – возвратный тиф, вызываемый укусом вшей.

В Ферганском области встречаются следующие виды бореллий: *B. duttoni*, *B. persica*, *B. sogdian*, *B. uzbekistanica*. Заболеваемость отмечается в течение года с подъемом весной и осенью, что обусловлено повышением активности клещей – переносчиков. Инфицированные клещи живут в трещинах стен и полов в домах преимущественно в сельской местности.

При укусе клеща спирохеты со слюной или испражнениями проникают в организм человека и размножаются в крови. При накоплении большого количества их развивается лихорадочный приступ. В конце приступа спирохеты под влиянием антител агглютинируются и распадаются, оставшиеся единичные резистентные спирохеты, размножаясь и вызывают новый приступ болезни. Клещевой возвратный тиф дает до 20 рецидивов и более с температурой 39-40° и ознобом, сопровождается выраженной интоксикацией, временами с расстройством сознания, изредка приводит к менингиту. Продолжительность периодов апирексии – от 3 до 15 и даже до 30 дней. Лабораторная диагностика клещевого боррелиоза основывается на:

- исследовании толстой капли крови, окрашенной по Романовскому-Гимза;
- исследовании лейкоцитарной пленки для выявления подвижной спирохеты;
- выявление подвижной спирохеты в темном поле при микроскопии свежего препарата крови;
- серологических методах – определение специфических антител к антигенам бореллий.

В Ферганском центре экстренной медицины с целью диагностики используют метод толстой капли, взятой на высоте лихорадочного приступа, когда вероятность обнаружения спирохет в периферической крови наиболее высока.

За 12 лет выполнено 41 919 исследований у лиц преимущественно из Ферганского района и г. Ферганы (Ак-арык, Чек-шура). Спирохеты обнаружены у 34 больных с вероятностью обнаружения от 0,04 до 0,3% (в среднем 0,08%). Часто возникали ситуации, когда мазки готовились при температуре ниже 38° С, что снижает диагностическую ценность метода.

В 2008 – 2013 гг. из 26 600 температурающих детей было 13 013 (48,9%), от 1 месяца до 14 лет. За последние два года возвратный тиф выявлен у 3 детей: в 2012

г. у-1 из 4195 (доставлен с ОРВИ по линии скорой помощи); в 2013 г из 3896 температурающих обследованы 2373 (60,9%) детей выявлены у 2 детей в возрасте 2 лет, находившихся на лечении в отделении педиатрии по поводу ОРВИ. В течение нескольких лет имели места случаи, когда больные получают лечение по поводу различных диагнозов (часто ОРВИ). В тоже время рутинное исследование толстой капли позволяет диагностировать заболевание и обнаружить эпидемиологически неблагонадежный очаг с целью предотвращения распространения заболевания.

Выводы. 1. Диагностика клещевого возвратного тифа у детей – одна из актуальных проблем медицины. 2. При осмотре и обследовании детей с гипертермическим синдромом нельзя упускать из виду клещевой возвратный тиф. 3. Простой, доступный для любой клинической лаборатории, экономически выгодный метод исследования толстой капли позволяют установить причину гипертермического синдрома.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫМ ДЕТЯМ *Норкузиев Ф.Н., Нишанов Х.Т., Салимова М.С., Норкузиев Н.У., Зиедуллаев Н.Э.* **Джизакский филиал РНЦЭМП**

В ожоговом отделении Джизакского филиала РНЦЭМП ежегодно оказывается квалифицированная помощь более чем 70 обожженным детям, многие из которых доставляются из районов Джизакской области. В 2011-2013 гг. в нашем отделении получали стационарное лечение 157 детей с ожогами различной степени тяжести. 56 из них были доставлены из районов области. Благодаря тесному сотрудничеству с районными субфилиалами нами выработана четкая концепция мониторинга и тактики лечения тяжелообожженных детей.

В первые несколько часов после поступления ребенка в стационар организуется консультация по линии санитарной авиации, во время которой проводится коррекция лечения специалистом-комбустиологом. В течение последующих 2-3 суток комбустиолог повторно выезжает в субфилиал, где на месте повторно определяет площадь и глубину ожоговой раны, оценивает тяжесть состояния пострадавшего, решается вопрос о транспортировке в ожоговое отделение Джизакского филиала РНЦЭМП. При необходимости транспортировка тяжелообожженных детей проводится с участием комбустиолога и детского реаниматолога на современной машине скорой помощи с полным табельным оснащением. В случае нетранспортабельности пациента проводится коррекция лечения с целью стабилизации состояния. При необходимости по линии санитарной авиации организуется консультация специалиста-комбустиолога из отделения комбустиологии РНЦЭМП.

Дети с ожоговым шоком или пациенты в периоде острой ожоговой токсемии госпитализируются в отделение реанимации, где им проводится дальнейшая интенсивная терапия, стабилизация гемодинамики. В по-

следующем совместно с реаниматологом, педиатром и комбустиологом решается вопрос о необходимости, объемах и сроках некрэктомии. В случаях обширных и глубоких ожогов такой тактики придерживаемся на этапе пластического закрытия ожоговых ран.

Всем детям с глубокими ожогами проведена операция ранняя (на 5-7 сут.) или ранняя отсроченная (на 7-9 сут.) некрэктомия с радикальным иссечением всех некротизированных тканей в зависимости от площади поражения в один или несколько этапов. Из госпитализированных в ожоговое отделение 157 пациентов детского возраста 31 (19,7%) тяжелообожженному в возрасте от 9 месяцев до 14 лет с ожогами III-B-IV степени площадью до 30% поверхности тела произведена операция некрэктомии с последующим пластическим восстановлением целостности кожного покрова. У остальных 126 (80,3%) пострадавших с поверхностными ожогами проводилась местное консервативное лечение ожоговых ран. Необходимо отметить, что в эти годы в местном лечении ожоговых ран мы применяли временное раневое покрытие фолидерм, что позволило значительно сократить сроки подготовки глубоких ожоговых ран к пластическому закрытию, и уменьшить сроки стационарного лечения пострадавших.

Все оперированные дети в последующем находятся на диспансерном наблюдении у наших специалистов, им проводится комплекс мер консервативной реабилитации, который включают программу рассасывающей терапии с применением физиотерапии и фармакологических препаратов. Проведение этих мероприятий позволяет резко снизить число и объем реконструктивно-восстановительных операций.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о целесообразности и высокой эффективности подобной организации этапности, единых диагностических и лечебных стандартов. Активная хирургическая тактика с применением временных раневых покрытий, пластическое закрытие глубоких ожогов в возможно ранние сроки позволяют сократить сроки и улучшить результаты лечения тяжелообожженных детей.

НАШ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ

**Нурова З.Р., Холмуродова А.Э., Искандарова Д.Э.
Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП**

В результате роста численности населения как в республике, так и в нашем регионе, а также роста количества автотранспорта увеличилось число детей с травмами. Ретроспективный анализ показал, что травмы и несчастные случаи на улице, в детском саду, в школе и т.д. в основном встречаются у детей в возрасте от 4 до 14 лет. Чаще всего дети наблюдаются уличные травмы, что связано с несоблюдением правил уличного движения, недисциплинированностью детей, причем большее число травм приходится на весенне-осенние месяцы, когда дети больше времени проводят на улице.

Материал и методы. В 2011-2013 гг. службой скорой помощи Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП были обслужены 333 ребенка с различными видами травм. 282 (84,6%) из них были госпитализированы в отделение травматологии Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП, 51 (15,4%) пострадавший с изолированными травмами после оказания специализированной помощи отпущен на амбулаторное лечение по месту жительства. Из 282 детей сочетанные травмы отмечались у 36 (12,8%) пострадавших, состояния которых было крайне тяжелым. Эти дети были госпитализированы в отделение реанимации; у 82 (29,1%) были черепно-мозговые травмы, у 2 (0,7%) – травмы живота, у 11 (3,9%) – комбинированные травмы. 151 (53,5%) ребенок с травмами средней степени тяжести госпитализирован в травматологическое и хирургическое отделения.

Необходимо отметить, что в сроки до 2 ч после травмы были госпитализированы 223 (67,0 %), до 12 ч – 72 (21,6 %), до 24 ч – 22 (6,6 %), спустя 24 часа – 16 (4,8%), так как они лечились у местных знахарей-табибов. Дети, обратившиеся за медицинской помощью до 12 ч, у которых вовремя была начата комплексная противошоковая терапия (обезболивающие, иммобилизация, инфузионная терапия) выписаны в удовлетворительном состоянии без особых осложнений. Сроки пребывания в стационаре – $5,6 \pm 0,3$ койко-дня.

У детей, обратившихся в скорую помощь спустя 24 ч, время пребывания в стационаре увеличилось до $6,7 \pm 0,4$ койко-дня. Кроме того у них наблюдались различные осложнения, что ухудшило результаты.

Таким образом, обращаемость детей с различными травмами прогрессивно возрастает. При своевременном оказании первой медицинской помощи согласно утвержденным стандартам, а также своевременной доставки в специализированный стационар, правильном комплексном лечении результаты лечения значительно улучшаются.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ГЛУБОКИМИ ЦИРКУЛЯРНЫМИ ОЖОГАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Орипов Д.У., Исаков Н.Н., Ериев А.О.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Глубокие циркулярные ожоги конечностей у детей являются особо тяжелой разновидностью термических поражений. Кроме обычного развития раневого процесса в зоне поражения, наличие сдавливающего эффекта мягких тканей и некротического струпа ведет к формированию ишемии конечности ниже обожженного участка. В связи с этим результаты лечения больных с циркулярными ожогами значительно хуже, чем у пациентов, имевших равные и даже превосходящие по площади глубокие ожоги.

В 2011-2013 гг. в отделении комбустиологии ФФРНЦЭМП получили лечение 849 детей от 1 года до 14 лет, из них 405 девочек и 444 мальчика.

Ожоги до 10% были у 365, до 20% – у 256, 30% и более – у 228 детей. 483 больных поступили с явлениями ожогового шока разной степени и в стадии ожоговой токсемии. У 12 этих больных развилась септическая или застойная пневмония.

Приоритетными задачами данного этапа оказания медицинской помощи при глубоких циркулярных ожогах обеих ягодиц и конечностей мы считаем:

- оценку тяжести состояния обожженных с определением глубины и площади поражения, сортировку больных на две группы (с развитием ожоговой болезни и без такового);

- выявление первых признаков развития ишемии конечности (нарастание отека и снижение чувствительности ниже зоны поражения, исчезновение пульсации на периферических сосудах);

- обеспечение условий для формирования сухого некротического струпа на ране.

- декомпрессивную некротомию при появлении первых признаков ишемии конечности;

- стабилизацию состояния пациентов и обеспечение условий для их транспортировки в специализированный центр термических поражений.

По нашему мнению, критериями эффективности выполненной операции некротомии являются: появление диастаза между разрезами не менее 1,5-2,0 см; уменьшение паратравматического отека дистальных зоны поражения; восстановление пульсации периферических магистральных сосудов.

В обязательном порядке с первых минут пребывания пациента на этапе проведения квалифицированной медицинской помощи назначаются свежемороженая плазма, антиферментные препараты (контрикал, гордокс или ингитрил) и низкомолекулярный гепарин (клексан или фраксипарин).

Таким образом, оптимизированная система оказания медицинской помощи пострадавшим с глубокими циркулярными ожогами конечностей позволяет уменьшить количество осложнений вдвое, а летальность снизить в 1,5 раза.

НЕЙРОХИРУРГИЯ БЎЛИМИДА 2004-2013 ЙИЛЛАР ДАВОМИДА ГИДРОЦЕФАЛИЯ БИЛАН ДАВОЛАНГАН БЕМОР БОЛАЛАРНИНГ ТАХЛИЛИ *Пирназаров Д.А., Агзамов М.К., Юлдашев Ш.С.* **РШТЁИМ Самарқанд филиали**

РШТЁИМ Самарқанд филиали нейрохирургия бўлимида 10 йил (2004-2013 йй.) давомида 24 та бемор болалар гидроцефалия касаллиги билан даволанган. Бемор болаларнинг 14 (58,4%)ни ўғил болалар ва 10 (41,6%)ни қиз болалар ташкил қилган. Шулардан 1 ёшгача бўлган бемор болалар 8 (33,3%), 1-7 ёшгача 12 (50%) ва 7-14 ёшгача 4 (16,7%)ни ташкил қилган. Бемор болаларнинг 9 (37,5%)си тез ёрдам машинасида ва 15 (63,5%) йўловчи машинасида шифохонага олиб келинган.

Бемор болаларнинг ҳаммаси офтальмолог томонидан кўз туби текширилган ва қўшимча текшириш-

лардан МРТ ва МСКТ дан ўтказилган. Бемор болалар 20 (83,3%) да кўз тубида димланиш ва 4 (16,7%) да кўз тубида қон томирларнинг торайиши аниқланган. Гидроцефалиянинг турига қараб 16 (66,6%) беморда ички гидроцефалия 3 (12,5%) беморда ташқи гидроцефалия ва 5 (20,9%) беморларда аралаш характердаги гидроцефалия аниқланган. Келиб чиқишига кўра бемор болаларнинг 18 (75%) да туғма гидроцефалия ва 6 (25%) да орттирилган гидроцефалия аниқланган. Бемор болаларни неврологик ва инструментал (офтальмолог кўриги, бош мия МРТ ва МСКТ) текширишларга асосланиб 19 (79,1%) да касалликнинг субкомпенсация даври эканлиги аниқланган. Қолган 5 (20,9%) беморда касалликнинг декомпенсация босқичидалиги аниқланган.

Касалликнинг компенсация ва субкомпенсация босқичидаги 19 (79,1%) беморларга оператив (вентрикулоперитониястомия қўйиш) ва қўшимча консерватив даво ўтказилган. Декомпенсация босқичидаги 5 (20,9%) беморга эса фақат консерватив даво ўтказилган.

Вентрикулоперитониястомия қўйилган бемор болаларнинг 13 (68,4%) сига нормотензив ва 6 (31,6%) сига гипертензив шунт ишлатилган. Операция ўтказилган беморларнинг 3 (15,8%) сида 3-18 кунлар ичида шунтнинг дистал қисми дисфункцияси кузатилди ва уларга шунтнинг дистал қисми дисфункциясини бартараф этиш реоперацияси ўтказилди. Операция ўтказилган беморларнинг барчасида операция жароҳатлари бирламчи битди. Консерватив ва оператив даволанган беморларнинг шифохонада ўртача ётиш куни 6,4 кунни ташкил қилди. Операция ўтказилган беморларнинг 13 (68,4%) да неврологик ҳолатида ижобий ўзгаришлар бўлди. 5 (26,3%) да операциядан сўнг неврологик ҳолатида ижобий ўзгаришлар кузатилмади. 1 (5,3%) да операциядан сўнг неврологик ҳолатида салбий ўзгаришлар кузатилди. Барча беморларга ноотроплар, диуретиклар, антибиотикотерапия ва витаминотерапия ўтказилган.

Хулоса. Ўтказилган таҳлилдан шу нарса аниқ бўлдики, бемор болаларда гидроцефалиянинг ўз вақтида қўшимча текширишлар (МСКТ ва МРТ) орқали аниқланиши ва субкомпенсация босқичида оператив даволаниш бемор болаларда неврологик ҳолатининг ижобий томонга ўзгариши ва ҳаёт сифатининг ошишига эришилади.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ

*Рахимов Б.С., Мамадалиев Х.А., Абдувалиева Ч.М.,
Назирова Н.В., Акбаров Н.А., Косимов К.Л.*
Андижанский филиал РНЦЭМП, АндГосМИ

Острый аппендицит встречается почти у 70% детей с urgentной абдоминальной патологией. Несмотря на успехи в диагностике и лечении из-за диагностических ошибок на догоспитальном этапе нередко летальные исходы и осложнения.

Цель исследования. Анализ результатов лечения

детей острым аппендицитом, госпитализированных в отделение детской хирургии Андижанский филиал РНЦЭМП в 2012-2013 гг. За этот период наблюдались 1756 детей с острой хирургической патологией органов брюшной полости, из них 1092 (62,1%) – острым аппендицитом, в том числе мальчиков 528 (48,3%), 564 (51,7%) девочки. В возрасте до 6 лет было 100 (9,1%), детей 7 – 11 лет – 510 (46,5%), 12 – 15 лет – 482 (44,4%). Простая форма имела место у 98 (8,97%) больных, флегмонозная – у 848 (77,6%), гангренозная – у 65 (6,29%), гангренозно-перфоративная форма – у 81 (7,24%). Успех оперативного лечения, уменьшение количества послеоперационных осложнений и летальности во многом зависит от своевременной диагностики и ранней операции. Однако процент поздней госпитализации больных острым аппендицитом по-прежнему высок. Так, 178 (16,66%) больных поступили в течение 6 часов от начала заболевания, 308 (28,20%) – от 6 до 12 ч – 382 (34,02%) – от 12 до 24 ч 138 (12,63%) – от 24 до 48 ч, 86 (8,46%) – спустя 2 суток. Таким образом, 914 (83%) больных были госпитализированы поздно, у 224 (21,09%) из них была послесуточная госпитализация. Если учесть особенности течения острого аппендицита у детей, особенно младшей возрастной группы, то станет ясно насколько высок риск осложнений патологического процесса. Анализ причин запоздалой госпитализации, показал, что родители 617 (67,51%) поздно госпитализированных больных впервые обратились за медицинской помощью в день госпитализации. Остальные 297 (32,49%) детей до поступления в клинику находились под наблюдением педиатров – 209 (22,85%) и инфекционистов – 88 (9,64%).

У 93 (8,54%) из 1092 больных острым аппендицитом процесс осложнился перитонитом. Все эти больные были госпитализированы спустя 24 ч от начала заболевания. У 47 больных был местный (реактивная фаза) перитонит, у 38 – разлитой (токсическая фаза), у 8 – общий (терминальная фаза).

Хирургическая тактика при аппендикулярном перитоните базировалась на следующих принципах: определение необходимости и объема предоперационной подготовки, выбор оптимального метода обезболивания; рациональный доступ и санация брюшной полости; выбор эффективного метода дренирования брюшной полости; адекватная интенсивная инфузионная терапия; рациональная антибиотикотерапия. При местном перитоните операцию начинали без предварительной подготовки, интраоперационно проводя инфузионную терапию. При разлитом перитоните интенсивная предоперационная инфузионная терапия проводилась в течении 1 ч, при общем перитоните – в течение 2-3 ч. При местном перитоните проводилась сбалансированная анестезия, в основу которой брали нейролептоанестетики. При разлитом и общем перитоните использовалась комбинированная эндотрахеальная анестезия с применением мышечных релаксантов. Лапаротомия при местном перитоните была традиционной для аппен-

дэктомии, при разлитом и общем перитоните – параректальный доступ. После санации брюшной полости при местном перитоните выполняли дренирование правого бокового канала; при разлитом и общем – дренаж обоих боковых каналов. Антибиотикотерапию при местном перитоните проводили одним антибиотиком регионально-лимфатическим путем через большой сальник в течение 7-8 суток. При разлитом и общем – двумя антибиотиками, один из которых вводился регионально-лимфатическим путем. В послеоперационном периоде больные получили адекватную интенсивную инфузионную терапию, при разлитом перитоните у 17 больных и у всех больных с общим перитонитом проводили продленную перидуральную анестезию в течение 4-5 суток. В послеоперационном периоде больным с разлитым и общим перитонитом проводили оральную и анальную декомпрессию. Все больные выписаны с выздоровлением.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Рахимов Б.С., Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Кодиров К.З., Матисаев Д.А., Сотиволдиев З.С.
Андижанский филиал РНЦЭМП, АндГосМИ

Бронхолегочная патология в Узбекистане занимает первое место в структуре заболеваемости детей и составляет 198-379,6 на 1000 детей до 14-летнего возраста, что является актуальной проблемой педиатрии, в том числе детской хирургии. Основная причина летальных исходов осложнений бронхолегочной патологии является деструктивная пневмония.

Цель. Улучшение диагностических и лечебно-тактических мероприятий на догоспитальном этапе при нагноительных заболеваниях легких у детей.

Материал и методы. Нами проанализированы диагностические и лечебно-тактические мероприятия, выполненных у 305 больных с нагноительной патологией легких. Среди больных детей мальчиков было – 177, девочек – 128. В возрасте до 3 лет – 119, 4-7 лет – 90, 8-14 лет – 96.

Внутрилегочная: мелкоочаговая множественная – 1; лобит – 205; острый абсцесс – 12; буллезная – 6. Легочно-плевральная: пиоторакс – 39; пиопневмоторакс – 33; пневмоторакс – 9. То есть у 224 (73,44 %) больных была внутрилегочная форма бактериальной деструкции легких, у 81 (26,66 %) – легочно-плевральная.

Результаты. Изучение данных анамнеза показало, что почти все больные 296 (97%) – находились на лечении у педиатра, из них 201 (68,82 %) – в стационаре, 104 (31,11 %) – в поликлинике. В экстренном порядке госпитализированы только 9 больных с диагнозом лобит.

Ретроспективный анализ характера клинического течения патологического процесса показал, что у 15 из 296 больных признаки деструктивных трансформаций появились за 8-10 дней до перевода больного в клинику, у всех больных были установлены плевральные осложнения, у 47 – за 3-5 суток. Из этих больных у

9 было плевральное осложнение. Остальные больные были осмотрены хирургом в первые сутки после появления признаков деструкции легких.

Нужно отметить, что успех лечебных мероприятий, помимо целенаправленной антибактериальной терапии, а также рациональной хирургической тактики зависит еще от правильной трактовки динамики течения патологического процесса.

Таким образом причины поздней диагностики деструктивной трансформации связаны с переоценкой педиатрами возможностей физического исследования, поздней рентгенографией грудной клетки, отсутствием рентгенографического контроля в динамике. В некоторых случаях диагностические ошибки обусловлены с недостаточным знанием педиатрами клинических проявлений ведущих симптомов в неотложной пульмонологии детского возраста.

ҚАБУЛ БЎЛИМИ ПЕДИАТРИЯ ХИЗМАТИНИНГ 2013 ЙИЛДАГИ ИШ КЎРСАТГИЧЛАРИ ВА ФАОЛИЯТИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШНИНГ УСТУВОР ЙЎЛЛАРИ

**Рашидова М.В., Абдусаломов А.А., Уралов Ш.М.
РШТЎИМ Самарқанд филиали**

2013 йил давомида РШТЎИМСФ қабул диагностика бўлимининг педиатрия хизматига жамми 10.000 дан ортиқ 18 ешгача бўлган бемор болалар мурожаат қилишган. Ушбу беморларнинг 71,3% ЎзР ССВ нинг 126-бўйруғига асосан марказ бўлимларига етқизилган, 24,2% беморга амбулатор ердам кўрсатилган. Марказга мурожаат қилиб келган бемор болаларнинг ҳар бирига амалдаги клиник-диагностик стандартлар асосида бажарилиши шарт бўлган диагностик текширув ишлари ўтказилган. Кўп минг сонли беморлар мурожаат қилганда ушбу ишларнинг юқори савияда ўтказилиши самарасида 2013 йилдан бошлаб қабул бўлимида ташкил этилган навбатчи педиатр-врачлар штатларининг фаолият юритиши муносиб замин яратганлигини алоҳида таъкидлаб ўтиш жоиздир.

РШТЎИМСФ тиббий-статистика бўлими ва СамТИ 1-сон госпитал педиатрия кафедраси ходимлари томонидан 2013 йилда қабул бўлимига мурожаат қилиб келган бемор болаларнинг марказга келиш йўллари ўрганилиб чиқилди. Беморлар асосан 3 йўналиш бўйича – яъни, тез тиббий ёрдам орқали 17,7%, ўзлари мурожаат этиб – 79,0% ва бошқа тиббий муассасалардан йўлланма орқали – 3,3% келтирилган.

ЎзР ССВнинг 155-бўйруғига асосланиб таҳлил ўтказилганда, қабул бўлимига мурожаат қилган бемор болалар умумий аҳволининг оғирлиги ва кўрсатиладиган даволаш тамойилларига асосан шартли равишда 6 гуруҳга бўлинди:

1-гуруҳ – ўта оғир критик ҳолатдаги реанимация ердамига муҳтож бемор болалар (шок, кома, оғир захарланишлар, политравмалар, юрак, қонтомирлар, нафас фаолиятининг ўткир етишмовчилик ҳолатлари) – 13,9%;

2-гуруҳ – турли даражадаги жароҳатлар сабабли зудлик билан жарроҳлик ёрдамига муҳтож бўлган бемор болалар – 9,7%;

3-гуруҳ – аҳволи ўрта оғирликда бўлган ўткир жарроҳлик ва соматик касалликлари бўлган бемор болалар – 47,7%;

4-гуруҳ – амбулатор ёрдамга муҳтож бўлган бемор болалар – 17,6%;

5-гуруҳ – диагнози ноаниқ, қўшимча текширишлар ва мутахассислар кўригига муҳтож бўлган бемор болалар – 4,5%.

6-гуруҳ – турли оғирлик даражасида бўлган, ота-онаси ҳар хил сабабларга кўра марказда даволанишдан бош тортган бемор болалар – 6,6%.

Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда шошилинч тез ердам маркази қабул-диагностика бўлими педиатрик хизмати фаолиятини такомиллаштириш, бемор болаларга тиббий ёрдам самараси ва сифатини кўтариш учун қабул бўлими иш фаолиятида компьютерлашган илмий-ахборот коммуникация тизimini қўллаш (илгари даволанган беморлар ҳақида маълумотлар базаси яратиш, даволаш ва диагностика алгоритмлари, клиник стандартлар, кўп учрайдиган симптом ва синдромлар тўғрисидаги дифференциал диагностик маълумотлар базаси, лаборатор-инструментал текширишлар ҳақидаги маълумотлар базаси, дори воситалари тўғрисидаги маълумотлар базаси ва бошқалар) мақсадга мувофиқ бўларди. Шунингдек, мунтазам равишда тез ёрдам ва қабул бўлими тиббий ходимлари малакасини ошириб туриш (ЎзР ССВ нинг 2013 йилнинг охири чорагидан бошлаб жорий қилинган 225-сонли бўйруғига асосан беморларни саралаш, диагностик усуллар ва даволаш стандартларига риоя қилиш, ходимларнинг компьютер саводхонлигини ошириш ва бошқалар) яхши самара беради.

Натижада бемор болаларга қисқа вақт ичида тўғри диагноз қўйишга, стандартлар бўйича даволаш тактикасини тўғри белгилашга ва ниҳоят кўрсатиладиган малакали тиббий ёрдамнинг самарадорлигини оширишга имконият яратилган бўлади.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ ОЦЕНОЧНАЯ ШКАЛА В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

**Сафаров З.Ф., Шарипов А.М., Умарова З.С.,
Гулямов Р.О., Шоикрамов Ш.Ш.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Оценочные шкалы необходимы для принятия решения о тактике ведения больного, его транспортировке, оптимальном месте терапии, эпидемиологических анализов, для оценки эффективности методов оказания помощи, оптимизации распределения ресурсов экстренной помощи и отделения приемного покоя больницы в зависимости от тяжести состояния больного. Ранее были предприняты попытки создать универсальные шкалы, но они не лишены недостатков. Параметры, используемые в шкале, можно получить лишь в условиях многокомпонентного мониторинга и лабораторного контроля, доступного не для всех госпиталей. Они не могут использоваться для индивидуального прогноза. В основном прогнозируется исход, и госпитальная летальность больных рассматривается

как самый важный критерий. Прогноз, оцененный на основании шкалы, применим только к группе, но не к отдельно взятому больному.

Цель. Определение диагностической эффективности разработанной нами шкалы оценки тяжести состояния детей

Материал и методы. Обследовано 143 детей в возрасте от 12 до 18 лет, состояние которых оценили по шкалам APACHE-2, SAPS, MODS, SOFA и шкале, разработанной нами. В предложенной нами шкале были определены параметры основных жизненных функций по анатомо-физиологическим системам. Были рассчитаны чувствительность и специфичность, а также точность прогноза.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что чувствительность шкалы APACHE-2 было 83 %, специфичность 75 %, точность прогноза 0,86. Чувствительность шкалы SAPS было 88 %, специфичность 85 %, точность прогноза 0,9. Чувствительность шкалы MODS было 87 %, специфичность 79 %, точность прогноза 0,88. Чувствительность шкалы SOFA было 78 %, специфичность 74 %, точность прогноза 0,77. Чувствительность шкалы разработанной нами было 92 %, специфичность 89 %, точность прогноза 0,91.

Таким образом, разработанная нами шкала может служить основой для разработки эффективного универсального подхода вычислительной диагностики.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ И ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

*Тапканов Р.Х., Суяров М.Т., Жуманов З.Ш.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП*

Под наблюдением были 67 пациентов с сочетанной травмой, находившихся на стационарном лечении в травматологическом отделении сочетанной травмы РНЦЭМП СОФ в последние 5 лет. Возраст детей – от 1 до 14 лет. Число мальчиков и девочек было примерно одинаковым. Машинной скорой медицинской помощи в стационар были доставлены 42 ребенка (62,6%), самотеком поступили 11 (16,4%), в сопровождении спортивного врача – 14 (20,8%). В ДТП травму получили 24 (35,8%) пострадавших, школьная травма была у 7 (10,4%), бытовая – у 20 (29,8%), спортивная – у 16 (23,8%). Кроме клинического осмотра, проводили рентгенологическое исследование, при необходимости – компьютерную томографию, пострадавших консультировали детский невролог, нейрохирург и хирург. У 36 детей (53,7%) черепно-мозговая травма сочеталась с повреждениями верхних конечностей и плечевого пояса, у 28 (41,7%) – с переломами нижних конечностей и тазового пояса, у 3 (4,4%) – с повреждениями органов брюшной полости. Этим больным после соответствующей хирургической помощи продолжали дегидратационную и витаминотерапию на фоне ортопедического режима и краниocereбральной гипотермии. У 62 детей (92,5%) диагностировано сотрясение у 5 (7,4%) – ушиб головного мозга.

Лечение переломов конечностей проводилось одновременно с лечением черепно-мозговой травмы. Основным принципом выбора методик было функциональное лечение облегченными устройствами. Так, пользовались облегченными аппаратами внешней фиксации и укороченными функциональными гипсовыми повязками.

В частности, при чрезмыщелковых и надмыщелковых переломах плечевой кости верхнюю конечность фиксировали гипсовой повязкой до плечевого сустава. При сочетанных повреждениях с переломами бедра и костей голени использовали укороченные функциональные гипсовые повязки, облегченные аппараты по типу Калнберза, стержневые аппараты, минимальные кольца или полукольца от аппарата Илизарова.

При переломах шейки бедра после сопоставления отломков спицы проводили закрытым путем без рентгенологического контроля, ориентируясь на анатомические данные и рентгенограммы, сопоставляя с противоположной конечностью. У детей раннего возраста при переломах бедра накладывали видоизмененную кокситную гипсовую повязку до нижней трети голени со свободными голеностопным суставом и стопой. Детям старшего возраста при переломах голени и бедра гипсовые повязки накладывались по необходимости до коленного или тазобедренного суставов, то есть верхний сегмент оставляли свободным от иммобилизации.

В отдаленные сроки (12 мес.) у всех больных наблюдали хорошие и удовлетворительные результаты. Таким образом, получены следующие выводы:

Выводы. 1. При сочетанных травмах у детей оправдан принцип выбора функционального лечения облегченными устройствами, что положительно влияет также на стабилизацию общего состояния больного. 2. Результат лечения сочетанных травм детей зависит от дифференцированного подхода и выбора методик и с учетом возраста.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ МОБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ШАРНИРНО- ДИСТРАКЦИОННЫХ АППАРАТОВ

*Тилаков Б.Т., Тиялков Х.А.
Самаркандский государственный медицинский институт*

Полноценное восстановление функции при оперативном лечении анкилозов и контрактур локтевого сустава с использованием шарнирно – дистракционных аппаратов во многом зависело от дополнительных мероприятий, проводимых в послеоперационном периоде: введение гидрокортизона, кислорода, витаминов группы В и луронита, а также рационального комплексного лечения. Особое внимание уделялось лечебной гимнастике, которая проводилась поэтапно в течение всего периода восстановительного лечения.

Первый этап лечебной гимнастики начинался со 2 дня после операции и продолжался до заживления раны. Он был направлен на поддержание тонуса мышц,

улучшение крово- и лимфообращения в тканях оперированного сустава конечности, свободных от аппарата.

Задачей второго этапа, который начинался после заживления операционной раны, а в случаях закрытого наложения аппарата – после стихания реакции тканей сустава на аппарат, являлось восстановления тонуса и силы мышц, обеспечивающих движения сустава, а также расправление сумочно – связочного аппарата. Это достигалось путем многократных пассивных (с помощью аппарата) движений сгибаний и разгибания, которые вначале из-за посттравматических изменений производились медленно, а в дальнейшем, после нормализации состояния тканей оперированного сустава, – в течение нескольких минут. В зависимости от метода восстановительной операции с применением аппарата длительность этого периода составляла от 2 недель до 1 – 1,5 месяцев.

По достижении полного пассивного сгибания и разгибания с неоднократным повторением этих движений переходили к третьему этапу лечебной гимнастики. Основной его задачей являлось восстановление активных движений в разгруженном с помощью аппарата суставе, восстановление мышечной силы и координации движений. Больные в этом периоде производили активные сгибательные и разгибательные движения в суставе с постепенной нарастающей амплитудой. По мере укрепления мышц от облегченных движений постепенно переходили к упражнениям с большой нагрузкой на мышечную систему. Обычно на данном этапе проводилось обучение больных трудовым навыкам, что ускоряло восстановление координации движений и сокращало сроки пребывания в стационаре.

Четвертый этап лечебной гимнастики начинался после снятия аппарата. Основной его задачей было поддержание объема движений, достигнутого на третьем этапе, путем усиления мышечного тонуса. Это осуществляется упражнениями с нарастающей нагрузкой на конечность. В начале занятий проводили активные сгибания и разгибания в воде (лечебное плавание), затем упражнения с гимнастической палкой для разработки пронаторно – супинаторных движений маховые движения, занятия с гантелями весом не более 250 – 500 г. Позднее больных обучали таким несложным трудовым навыкам как забивание гвоздей при упоре на дистальный конец плечевой кости с размахом движений в локтевом суставе. Выполнению этих упражнений предшествовали физиотерапевтические процедуры, направленные на увеличение податливости рубцово-измененной ткани, то есть ее размягчение благодаря улучшению трофики. Стабилизация сустава сочеталась с массажем мышц поврежденной конечности, что улучшало кровообращение, обмен веществ и способствовало укреплению мышц и ускорению процесса регенерации.

Лечебная гимнастика на всех этапах сочетала с применением физиотерапевтических процедур, направленных

на уменьшение боли, предупреждение рубцового перерождения капсулы сустава и параартикулярных тканей, а также на улучшение кровообращения. Использование физиотерапевтических процедур и лечебной гимнастики с учетом периода лечения при правильной их последовательности – сначала физиотерапевтические процедуры, затем лечебная гимнастика – способствовало восстановлению функции сустава у больных.

При выраженных болях во время разработки движений особенно эффективным оказался электрофорез анальгина с ультразвуковым воздействием. Такой вариант физиотерапевтических процедур в основном сочетался с первым этапом лечебной гимнастики.

На втором и третьем этапах лечебной гимнастики проводили электрофорез йодистого калия, новокаина или лидазы, который чередовали с ультразвуковым воздействием.

Четвертый этап лечебной гимнастики сочетался с тепловыми процедурами – парафин – озокеритовые аппликации, а также с массажем, минуя сустав.

В послеоперационном периоде всем больным назначали внутрисуставную оксигенотерапию, которая способствовала интенсификации окислительно-восстановительных процессов в тканях сустава, ускорению рассасывания крови и выпота в полости сустава, расправлению сморщенной капсулы сустава, уменьшению боли и т. д.

При механической травме костей и суставов развивается витаминная недостаточность, особенно витаминов группы В, сопровождающаяся гипоксией поврежденных тканей, замедлением биосинтеза белков, гликозаминогликанов, нарушением энергетического обмена в регенерирующих тканях. У 72 больных в послеоперационном периоде в комплекс лечения было включено внутрисуставное введение витаминов группы В в дозе 3 мл, начиная с 3 – го дня после операции и далее с интервалом в 3 – 4 дня (всего 8 – 10 инъекций).

Помимо внутрисуставной оксигено – витаминотерапии, 25 больных в послеоперационном периоде получали внутрисуставно луронит по 2 мл. Первую дозу его вводили в сустав непосредственно в конце операции, а затем инъекции проводили через каждый 5 – 6 дней (всего 5 – 6 раз). Луронит улучшает питание суставного хряща, так как он является кислотомукополисахаридом, входящим в состав аморфного вещества гиалинового хряща, и определяет вязкость синовиальной жидкости. Для подавления фиброцитарной реакции в тканях сустава параартикулярно вводили гидрокортизон по 2 мл в конце операции и повторно на 4-5-й день.

Отличное и хорошее восстановление функции сустава после проведенных мобилизирующих операции наступило у 74,9% больных, которым в послеоперационном периоде проводился комплекс дополнительных мероприятий, способствующих созданию оптимальных условий для полноценной регенерации элементов вновь сформированного сустава.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМУ

Умаров О.М., Султонов Б.О., Эминов Б.Ж.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 86 больных с травмой челюстно-лицевой области, госпитализированных в отделение детской реанимации ФФРНЦЭМП в 2009 – 2013 гг. До 1 года было – 5 (5,8%) детей, 1-3 лет – 11 (12,7%), 4-7 лет – 52 (60,4%), 7 – 14 лет – 17 (19,7%). Мальчиков было 65 (75,5%), девочек 21 (24,4%).

Всем больным проводилось клинично-лабораторное обследование по стандарту. При необходимости выполняли специальные диагностические и исследования: эхо, рентгенографию в двух проекциях, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, черепа.

Исходя из особенностей операционной травмы у наших пациентов, мы сформулировали следующие требования к анестезиологическому пособию.

Используемые анестетики должны быть:

1) минимально токсичными, так как больные с травмой челюстно-лицевой области переносят многоэтапное хирургическое лечение;

2) обладать достаточным снотворным и анагезирующим действием;

3) не угнетать мозговой кровоток, что свойственно некоторым анестетикам.

4) быть легко управляемыми и обеспечивать быстрый выход из наркоза при надежной сохранности защитных глоточных рефлексов.

Предпочтение отдавали кетамину, который удовлетворяет всем перечисленным требованиям. Кетамин является малотоксичным анестетиком и быстро подвергается биотрансформации в печени. Один из его метаболитов – норкетамин – оказывает анагезирующее действие. Применение бензодиазепинов и кетамина предпочтительнее. На практике, при отсутствии выраженной ВЧГ, часто с успехом применяется в/м введение за 10 – 15 минут до подачи ребенка в операционную. После такой премедикации ребенок должен обязательно находиться под постоянным контролем анестезиолога.

Через 30 минут после премедикации внутримышечно вводили кетамин в дозе 5 мг/кг. Затем через 5 – 10 минут осуществляли доступ к вене (пункционная катетеризация периферической вены). Перед интубацией внутривенно вводили повторно кетамин (2 мг/кг) в сочетании с фентанилом (0,0025 мг/кг) или промедолом (0,25 мг/кг) и релаксанты короткого действия, после чего производили интубацию трахеи. ИВЛ проводится респираторами Drager (FABIUS).

Для сбора и оценки информации в ходе анестезии и в течение суток после нее мы использовали кардиоинтервалографию, трендовый мониторинг, включающий оценку АД, ЧСС, пульсовую оксиметрию прибором

Microspan-30-40 G.

Таким образом, особенностью адекватного анестезиологического обеспечения при операциях на челюстно-лицевой области является особое положение больного во время операции то есть переразгибание головы во время операции на небе, что чревато опасностями с точки зрения нарушения мозгового кровотока.

АВТОҲАЛОКАТ ВА БАЛАНДЛИКДАН ЙИҚИЛИШ НАТИЖАСИДА ЖАРОҲАТ ОЛГАН БОЛАЛАРГА МАЛАКАЛИ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШДА СТАНДАРТЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Усмонов А.Н.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

РШТЎИМ болалар нейрохирургия бўлимида 2010-13 йилларда 565та беморлар қўшма жароҳатлар билан етқизилди. Булардан орқа мия ва умуртқа жароҳати билан 11 та бемор, кўкрак қафаси аъзолари шикасти ва асоратлари билан 59 та бемор, юз соҳаси жароҳати билан 57 та бемор, қорин бўшлиғи аъзолари шикасти билан 18та беморлар ва қолган 393 та беморлар тос ва қўл-оёқлар жароҳатлари билан етқизилди. 25та беморларда ўлим ходисаси қайд этилди. Улардан 49 та беморга бош мия дислокациясини бартараф қилиш ва қўшма жароҳатлар билан жарроҳлик муолажалари бир вақтда ўтказилди.

РШТЎИМ болалар қабул бўлимида автоҳалокат ва баландликдан йиқилиш натижасида олинган жароҳатларда диагностика ва даволаш тактикаси стандартлар асосида ишлаб чиқилган. Оғир аҳволдаги беморлар қабул бўлимида ташкил этилган шок залида нейрохирург, хирург, травматолог, реаниматологлар иштирокида биргаликда кўрикдан ўтказилади. Шок залида даволаш муолажалари билан бир вақтда калла чаноғи, умуртқа поғонаси, кўкрак қафаси, тос рентген текшируви, қорин ва плевра бўшлиғи УТ текшируви ва қон таҳлиллари бажарилади. Бу беморларни МСКТ текширувидан кейин реанимация бўлимига ўтказилади. Бош мия дислокациясида, тананинг бошқа қисмлари жароҳатлари жарроҳлик амалиетига кўрсатма қўйилганда бир вақтда кўплаб жарроҳлик амалиети ўтказилиб беморга қисқа вақтлар ичида керакли тиббий ёрдам муолажалари ўтказилади.

Шундай қилиб, автоҳалокат ва баландликдан йиқилиш натижасида олинган жароҳатларда асосан бош мия жароҳатлари, бош чаноғи ички гематомалари, қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатлари, тос суяклари жароҳатлари, қўл-оёқлар жароҳатлари қўшилиб келади. Бу беморларни келган вақтида биратўла бош суяклари рентгенограммаси, кўкрак қафаси рентгенограммаси, тос суяги рентгенограммаси, ички аъзолар УТТ, бош мия компьютер томографияси ва нейрохирург, травматолог, хирург томонидан ҳамкорликда беморни кўрикдан ўтказиш жароҳат туруни қисқа муддатда аниқлаб, ма-лакали тез ердам кўрсатиш имконини беради.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

*Хакимов Л.М., Имомкулов С.Р., Латыпов Д.А.,
Жумаев У.Х., Дустқобилов У.Н.*
Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

В последнее время отмечается рост детского травматизма, в том числе увеличение числа детей, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях и после высотных травм. Детям с множественными, сочетанными повреждениями помощь должна оказываться в специализированных учреждениях, где сконцентрированы специалисты различного профиля, имеется необходимая аппаратура и возможность круглосуточного ее использования. Такими возможностями располагает Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП.

Материал и методы. В период 2012-2013 гг. под наблюдением находились 193 больных с тяжелыми сочетанными травмами, из них 22 (11,4%) ребенка до 14 лет. 12 (54,5%) детей получили травму в результате ДТП, 4 (18,2%) – при падении с высоты, у 8 (36,3) детей были бытовые травмы. Из общего числа по экстренным показаниям прооперированы 12 (54,5%) детей. У 6 (27,3%) из них произведены одномоментные нейрохирургические и травматологические оперативные вмешательства: у 2 – трепанация черепа с удалением эпидуральной и внутримозговой гематомы с открытым остеосинтезом бедренных костей; у 1 – трепанация черепа с удалением вдавленных костных отломков, удаление эпидуральной и субдуральной гематом с остеосинтезом правой ключицы и костей правого предплечья; у 3 – трепанация черепа с удалением эпидуральной гематомы и остеосинтез костей голени. Остальным 6 (27,3%) больным выполнен остеосинтез костей конечностей.

Результаты. Умер 1 (4,5%) ребенок в 1 сутки после операции вследствие тяжелой черепно-мозговой травм и из-за позднего обращения в стационар. Несмотря на применение малоинвазивных методов оперативных вмешательств, у 2 (9,1%) больных после операции сохранился неврологический дефицит, что было связано с внутримозговой гематомой большого объема. У остальных пациентов получены удовлетворительные и хорошие отдаленные результаты.

Таким образом, применение в качестве одного из элементов комплексного лечения сочетанных травм одномоментной операции на головном мозге и раннего остеосинтеза переломов конечностей позволило значительно улучшить качество лечения, снизить временную нетрудоспособность, инвалидность и летальность у детей с тяжелыми сочетанными травмами.

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Хамзаев К.А., Голубина И.В.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

В Республике Узбекистан сформирована уникальная в мировой практике мощная единая система экстренной медицинской помощи. Вместе с тем в системе организации скорой медицинской помощи детскому населению имеются проблемы, связанные с ее эффективностью. По некоторым данным, почти в 70% случаев служба скорой медицинской помощи выполняет несвойственные ей функции, подменяя обязанности амбулаторно-поликлинической службы по оказанию помощи детям на дому и транспортировке больных. Анализ литературы показал, что в современной службе скорой медицинской помощи диспетчер по приему вызовов должен быть профессиональным коммуникатором, который собирает информацию о происходящем, определяет приоритетность звонка и до прибытия машины скорой медицинской помощи оказывает помощь путем передачи голосовых инструкций. В существующей литературе отсутствуют конкретные современные методики принятия решений в оказании неотложной помощи детям на всех ее уровнях. Таким образом, весьма актуальной и практически значимой остается задача разработки протоколов, шкал, которые позволили бы поднять оказание неотложной помощи детям в приемных отделениях больниц и бригадами скорой медицинской помощи на новый качественный уровень.

Цель исследования. Изучение современных достижений в области неотложной помощи в педиатрии на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Проанализированы данные из медицинской научной литературы по вопросам оптимизации оказания неотложной медицинской помощи детям.

Результаты. Впервые сортировка и оказание помощи при неотложных состояниях по телефону применены парамедиками пожарной службы г. Феникс штата Аризона в 1975 г., которые начали опрашивать звонящих и по результатам опроса определяли приоритетность звонков. На следующем году доктор Jeff Clawson, медицинский директор пожарной службы города Солт-Лейк-Сити (США) разработал серии основных вопросов, инструкций до прибытия и принципы определения приоритетности при обработке поступающих системе неотложной помощи звонков. Эти разработки привели к развитию современной системы медицинской диспетчерской службы на основании инструкций диспетчеров. Инструкции, передаваемые диспетчерами службы скорой медицинской помощи, состоят из двух частей. Первая – сортировка звонков для определения срочности отправки медицинских работников: после определения приоритетности звон-

ка бригада скорой медицинской помощи не оправляется, отправка в обычном режиме, срочная отправка. Выполнение этой части очень важно для уменьшения количества ложных и неоправданных вызовов. Вторая часть инструкций – передача звонящему инструкций после отправки бригады скорой медицинской помощи до ее прибытия на место вызова. Эти инструкции были разработаны для оценки взрослых пациентов, и только некоторые из них были адаптированы для применения детям при неотложных состояниях. Результаты научных исследований, направленных на оценку эффективности инструкций и шкал при оказании неотложной медицинской помощи детям, противоречивы.

На кафедре экстренной медицинской помощи ТашПМИ совместно со службой скорой медицинской помощи г.Ташкента были разработаны педиатрические инструкции для диспетчеров и компьютерная программа для работы над этими инструкциями. В настоящее время начата апробация инструкций и программного обеспечения. Уровень сложности разработанных инструкций разные: от простого успокоения звонящего или больного до подачи инструкций по сердечно-легочной реанимации. Инструкции сгруппированы в соответствующие разделы: травматические случаи (11), соматические случаи (13), критические по времени случаи (13).

Таким образом, обзор опубликованных работ показывает, что передаваемые диспетчерами по телефону инструкции по оказанию неотложной помощи могут быть безопасными для применения больных детей. Кроме того, эти инструкции позволяют врачам службы скорой медицинской помощи правильно оценить тяжесть состояния детей в критическом состоянии. Владение диспетчерами службы 103 инструкциями должно стать неотъемлемой частью улучшения качества оказания неотложной медицинской помощи детям на догоспитальном этапе.

МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ, ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ОТДАЛЕННЫХ ТЕРРИТОРИЙ

Цап Н.А., Кутепов С.М., Попов В.П.

**Уральский государственный медицинский
университет, Территориальный центр медицины
катастроф**

Служба медицины катастроф привлекается часто к ситуациям, которые не могут быть отнесены к истинным чрезвычайным ситуациям, условно обозначаемым термином «событие риска», а основным гарантом сохранения жизни и здоровья населения являются многопрофильные больницы. Использование интегрированной системы лечебно-эвакуационных мероприятий для оказания экстренной помощи – важный фактор обеспечения государством прав ребенка. Организационная схема оказания помощи детям с хирургической патологией в нашем крупном по территориальным масштабам регионе зависит от структуры и детской, и общехирургической службы, от эффективности внедрения

принципов этапности и преемственности оказания первичной, квалифицированной и специализированной хирургической помощи детям. Сложность выполнения этой задачи состоит в территориальной отдаленности первичного госпитального звена от многопрофильных больниц, имеющих все разделы детской хирургии.

Цель работы. Создание системы оказания своевременной, доступной специализированной помощи детям с хирургическими заболеваниями и травматическими повреждениями в полном объеме для спасения жизни каждого ребенка, предупреждения детской инвалидности и снижения детской смертности.

Материал и методы. На территории Свердловской области реализуется деятельность объединенной региональной структуры: 1) муниципальные медицинские учреждения, 2) ТЦМК и его межрайонные филиалы, 3) ДГКБ №9. Разработана и внедрена модель структуры, управления и тактики экстренной хирургической, травматологической помощи детям области. Для эвакуации детей из территорий области используется санитарный транспорт ТЦМК – реанимобили класса «С», оборудование и аппаратура которых отвечают требованиям максимальной безопасности и эффективности транспортировки ребенка. В случаях отдаленности территории более 250 км и объективной необходимости сокращения времени транспортировки детская бригада ТЦМК эвакуирует ребенка санитарным вертолетом «МИ-8».

Результаты. Проведена сравнительная оценка обращаемости ММУ за экстренной консультативной и лечебной помощью по ежегодным данным регистрации вызовов оперативно-диспетчерской службы ТЦМК. В динамике она имеет возрастающую тенденцию, ежегодный прирост составляет от 5,4 до 18,9%. В 2000-2013 гг. детскими специалистами выполнено 4598 санитарных заданий.

Важнейшим разделом работы является детский дорожно-транспортный травматизм. Уровень формирования ежегодного пакета санитарных заданий по территориальным округам области различен, что, несомненно, связано с развитием лечебно-диагностической инфраструктуры и кадровым потенциалом.

Санитарные задания выполняются по профилям хирургия, травматология, комбустиология. Выполнение экстренного санитарного задания предусматривает 4 вида оказания хирургической, травматологической, реанимационной помощи. Основной вид выполнения санитарного задания – выезд бригады ТЦМК к ребенку, оценка степени нарушения витальных функций, подготовка к безопасной транспортировке и эвакуация ребенка на специализированный этап лечения.

Востребованность выездной работы ДКЛЭБ составляет ежегодно от 67 до 81% от пакета санитарных заданий. Врачи ДКЛЭБ, прибывшие в ММУ, выполняют свою первоочередную задачу – оказание высококвалифицированной помощи пострадавшему ребенку, но их деятельность на местах носит и экспертирующий, и обучающий характер. Бригада изучает медицинскую документацию, проводит экспертизу полноценности

клинико-лабораторной диагностики, адекватности и своевременности хирургических вмешательств и реанимационных мероприятий, медикаментозной и инфузионной терапии. Установленные дефекты, меры по их устранению обсуждаются, проводятся выездные заседания экспертно-контрольной комиссии.

Один из важных вопросов – определение своевременности обращения врачей ММУ за консультативной и лечебной помощью – в первые 2-24 ч. В прежние годы этот качественный показатель соответствовал в 80% случаев критерию «поздняя обращаемость». Такой принцип признан однозначно порочным. Удалось достичь существенных изменений: показатель «поздней обращаемости» снизился в 10 раз, своевременное и раннее обращение врачей ММУ констатировано в 92% клинических случаев.

Наиболее трудоемкий и ответственный раздел деятельности бригад – безопасная транспортировка ребенка. Обеспечение безопасности начинается с определения критериев транспортабельности. Первично нетранспортабельными были признаны 326 (7,1%) детей, среди них летальность составила 23,3%. Отсроченная транспортировка 185 (56,7%) детей осуществлена при стабилизации состояния в сроки от 2 суток до 5 дней.

Уровень госпитализации от пакета санитарных заданий с выездом бригады составил – 89,3%, преобладает сочетанная и изолированная черепно-мозговая травма.

Выводы. Выполнены задачи территориального стандарта – рациональные эвакуации детей из ММУ, среди которых преобладают экстренные (90%), в том числе транспортировка детей на ИВЛ (до 60%). При транспортировках детей и авто-, и авиатранспортом летальных исходов не было. Среди эвакуированных детей не было досрочной летальности.

ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ В СТРУКТУРЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Шавази Н.М., Лим М.В., Турсунова Б.А.,

Лим В.И., Шавази М.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Определение основных этиологических аспектов, факторов риска развития и критериев диагностики внутричерепных кровоизлияний у детей грудного возраста.

Материал и методы. В 2010-2014 гг. в отделениях детской реанимации и экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП наблюдались 108 детей грудного возраста с поздней формой геморрагической болезни новорожденных – с внутричерепными кровоизлияниями (МКБ 10 – P53).

Результаты. Больные были в возрасте от 1 до 4 месяцев, преобладали дети в возрасте от 1 до 2 месяцев – 80 (74,5%).

Оценка эпидемиологических показателей риска развития заболеваемости у детей показала, что достоверно наиболее значимыми являются отсутствие введения в родильном доме витамина К – 27,3% ($p < 0,001$) и наличие исключительно грудного вскармливания – 17,5% ($p < 0,001$).

У 68 (63,0%) детей начиналось как острая респираторная инфекция с диареей, с гипертермическим или судорожным синдромами – у 14 (13,0%), с пневмонией – у 10 (9,3%), без фонового заболевания – у 16 (14,8%).

Клинически симптоматика внутричерепного кровоизлияния развивалась остро – от нескольких часов до суток. У пациентов появлялись признаки внутричерепной гипертензии: беспокойство – у 108 (100,0%), «мозговой» крик – у 102 (94,4%), срыгивания, переходящие в рвоту – у 68 (63,0%), напряжение и выбухание большого родничка – у 92 (85,2%), расхождение швов черепа. Затем выявлялись ригидность затылочных мышц, судороги – у 89 (82,4%), расширение, анизокория зрачка – у 42 (38,9%), отсутствие реакции его на свет – у 28 (25,9%), очаговая неврологическая симптоматика – у 51 (47,2%), сопор или кома – у 41 (38,0%), ДВС-синдром – у 14 (12,9%). При дальнейшем нарушении гемостаза усиливались явления прогрессирующей анемии: кожные покровы становились резко бледными – у 101 (93,5%), наблюдалось длительное кровотечение из мест инъекций – у 92 (85,2%), мелена – у 17 (15,7%).

При поступлении у больных отмечалась выраженная анемия: Нв – $45,8 \pm 4,1$ г/л, Нт – $26,7 \pm 2,5\%$. Начало свертывания крови было в пределах $7,2 \pm 1,3$ мин, конец $11,3 \pm 1,9$ мин. Увеличение протромбинового времени достигало $38,4 \pm 3,4$ с, протромбиновый индекс снижался до $61,1 \pm 6,1$, а уровень фибриногена оставался в пределах нормы, что является патогномичными признаками геморрагического синдрома вследствие дефицита витамина К.

Анализ локализаций внутричерепных кровоизлияний по данным компьютерной томографии мозга, произведенной у 95 больных, показал, что только субдуральное кровоизлияние имелось у 33 (34,7%) больных, у остальных было сочетание субдурального, субарахноидального, внутрижелудочкового, внутримозгового кровоизлияния и паренхиматозного кровоизлияний в том или ином варианте.

Таким образом, отсутствие введения в периоде новорожденности витамина К, возраст детей (от 1 до 4 мес.), наличие как клинических, так и лабораторных нарушений свертывающей системы крови в виде увеличения протромбинового времени и снижения протромбинового индекса, а также преобладание сочетанной локализации внутричерепных кровоизлияний, без сомнения, являются проявлением поздней формы геморрагической болезни новорожденных, что послужило основанием для постановки данной нозологической формы у всех наблюдаемых нами больных.

Выводы. В этиологической структуре внутричерепных кровоизлияний у детей раннего возраста ведущее место занимает поздняя форма геморрагической

болезни новорожденных, что диктует необходимость проведения патогенетической терапии и профилактики этого заболевания в неонатальном периоде.

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ педиатрии

Наш опыт лечения 577 больных с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО) показал, что уровень своевременной догоспитальной диагностики остается низким, существует недопонимание неотложности оказания медицинской помощи данной категории больных. Количество запущенных, септикопиемических форм ОГО составило 30,6%. Преобладало поражение большеберцовой (42%) и бедренной костей (27%). У 29% больных отмечалось поражение двух костей и более. Различные диагностические и лечебно-тактические ошибки на догоспитальном и госпитальном этапе были допущены у 25,1–70% пациентов.

Важную роль в улучшении непосредственных и отдаленных результатов лечения ОГО играют организационно-методические аспекты ранней медицинской помощи при этой патологии. Считаем организационно важным трактовать раннюю диагностику ОГО как распознавание его в интрамедуллярную фазу воспалительного процесса (в первые 2-3 суток от момента заболевания). Дети с малейшими признаками ОГО (боль в конечности, ограничение движений, повышение температуры тела) должны быть отнесены к группе больных, требующих экстренной госпитализации в специализированное гнойное отделение центра детской хирургии. С целью ранней диагностики, кроме традиционных методов, в последние годы мы широко используем УЗИ, КТ, МРТ. Сотрудники клиники регулярно проводят просветительскую работу и оказывают консультативную помощь врачам первичного звена здравоохранения, акцентируя внимание на важности «остеомиелитической настороженности», активном выявлении общих и местных симптомов заболевания, тактике врача при подозрении на ОГО и своевременной транспортировке больного в центр детской хирургии, где имеются большие диагностические и лечебные возможности. Случаи грубых диагностических и тактических ошибок выносятся на клинические разборы и конференции с привлечением специалистов на этапах оказания диагностической и лечебной помощи. В преподавании раздела хирургической инфекции на кафедре хирургических болезней детского возраста и на факультете усовершенствования врачей уделено пристальное внимание ранней диагностике и лечебной тактике при ОГО.

Исходя из концепции о потенциальной опасности перехода воспалительного процесса при ОГО в септи-

ческий, категорически отвергаем динамическое наблюдение в условиях стационара при подозрении на ОГО и считаем необходимым использовать все имеющиеся возможности для установления диагноза в первые 2-3 часа с момента поступления ребенка в стационар, включая диагностическую остеоперфорацию.

Лечение больных осуществляем согласно основополагающим принципам терапии гнойной хирургической инфекции. В плане местного лечения нами на основе результатов морфологических исследований разработана и внедрена в клиническую практику комплексная методика хирургического лечения ОГО в зависимости от стадии патологического процесса с применением устройства для остеопункций и внутрикостных инфузий в виде игл-шприцов. Для лечения больных с запущенным тотальным гнойным процессом разработан и внедрен способ механической санации костномозгового канала. При остеомиелитическом поражении большеберцовой кости нами разработаны и внедрены щадящие заднемедиальные и переднелатеральные чрезмышечные доступы. При ОГО костей тазобедренного сустава (ОГОКТС) разработан и внедрен способ хирургического лечения, при котором адекватное дренирование и санация гнойного очага в тазобедренном суставе осуществляется методом дренирующих остеоперфораций крыши вертлужной впадины, а также способ профилактики патологического вывиха и перелома шейки бедра у детей с ОГО КТС с применением внеочагового дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова. Внедрение предложенных способов лечения позволило значительно уменьшить количество осложнений, предупредить хронизацию воспалительного процесса, ортопедические осложнения и избежать летальных исходов у детей с ОГО.

Таким образом, реализация описанных принципов, преимуществом врачей поликлиник, центральных районных больниц и детского хирургического центра способствуют улучшению диагностики на догоспитальном этапе, своевременному поступлению больных в специализированный стационар, рациональному применению наиболее эффективных способов диагностики и лечения и значимому улучшению качества жизни при ОГО у детей.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Шарипов А.М., Хамзаев К.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В Республике Узбекистан сформирована уникальная мощная единая система скорой неотложной и экстренной медицинской помощи. Вместе с тем приоритет нозоморфологического подхода приводит к поздней оценке состояния пострадавшего, несвоевременности оказываемой медицинской помощи, расхождению диагнозов скорой помощи и приемного отделения, необоснованной транспортировке больных детей в стационар. Вариабельность физиологических пара-

метров функционирования систем и органов у детей различных возрастных групп, наличие специфических заболеваний и патологических состояний существенно ограничивают действенность существующих стандартов оказания помощи и методов обследования детей. Не разработаны критерии объективизации оценки тяжести общего состояния и прогноза у детей, находящихся в критическом состоянии на догоспитальном этапе. Проводимые во всем мире научные исследования доказывают необходимость разработки и внедрения современных шкал оценки состояния ребенка в неотложном состоянии.

В развитых системах оказания неотложной медицинской помощи сортировка больных является неотъемлемой функцией приемных отделений больниц и службы скорой медицинской помощи. После опубликования основополагающей работы Fitz Gerald, который разработал и испытал на практике пятибалльную систему сортировки, определяющую время начала оказания помощи больным при неотложных состояниях, ее впервые применяли в больнице города Ипсвич (штат Квинслэнд, Австралия). Систему называли Шкалой Сортировки Ипсвич, в 1994 году она вошла в программу обучения Австралийского Колледжа Неотложной Медицинской помощи и стала применяться в практике приемных отделений больниц Австралии и Новой Зеландии. Путем модификации Шкалы Сортировки Ипсвич было создана Австралийская Шкала Сортировки (ATS), которая стала основой оказания неотложной медицинской помощи в регионе, ее также использовали как индикатор мониторинга, сбора данных и как основу для создания компьютеризованной системы сортировки больных. Далее Австралийскую Шкалу Сортировки адаптировали в нескольких странах, где были созданы: Канадская шкала сортировки и критичности (CTAS), шкала сортировки Манчестера (MTS), индекс тяжести неотложного состояния (ESI), педиатрическая шкала раннего оповещения (PEWS). Все перечисленные шкалы были разработаны для оценки взрослых пациентов, и только некоторые из них были адаптированы для применения у детей при неотложных состояниях. Результаты научных исследований, направленных на оценку эффективности при оказании неотложной медицинской помощи детям, по соответствующей шкале были противоречивы.

Авторы подчеркивают важность проведения сортировки детей с менее критическими состояниями. Результаты научных исследований показали эффективность шкал оценок и диспетчерских протоколов в уменьшении ненужных транспортировок пациентов в больницы. Но данных о влиянии шкал на исход неотложных состояний мало. Проведено только одно исследование, направленное на изучение выживаемости детей после проведения сердечно-легочной реанимации, до прибытия реанимобиля, согласно инструкциям, переданных диспетчером службы скорой медицинской помощи. По данным авторов, повсеместно отмечается рост обращений в приемные отделения

«самотеком», без направления врача и часто с неургентными жалобами, которые приводят к появлению очередей к врачам приемных отделений, нагрузке медицинского оборудования и диагностическим ошибкам. Системы сортировки должны быть использованы для выбора пациентов с менее ургентными состояниями, которых можно направить на осмотр врача общей практики по месту жительства. Опыт применения шкалы сортировки Манчестера показал наименьший процент госпитализации детей, обратившихся «самотеком», исключая детей до года (10%), с диспноэ (8%), жалобами на диарею и рвоту (8%) и температуру без очага инфекции (6%). Наблюдение детей, получивших отказ в госпитализации, где была применена шкала сортировки Манчестера, показало, что в последующем только 0,15% детей были госпитализированы. Эти данные говорят о том, что шкалу сортировки Манчестера можно безопасно применять для идентификации детей (исключение – дети до 1 года со специфическими состояниями) с менее критическими состояниями и направлять их к врачу общей практики.

На кафедре экстренной медицинской помощи ТашПМИ совместно со службой скорой медицинской помощи г.Ташкента были разработаны инструкции для диспетчеров и компьютерная программа для работы над этими инструкциями. Инструкции состоят из двух частей: первая – сортировка звонка в службу скорой медицинской помощи (СМП) для определения уровня ответа – машина СМП может быть срочно отправлена, отправлена в обычном режиме или не отправляется. Выполнение этой части позволяет определить ургентность звонка, уменьшать количество ложных и неоправданных вызовов. Вторая – передача инструкций звонящему по телефону, чтобы они немедленно смогли помочь пострадавшим и больным до прибытия бригады скорой помощи. Уровень сложности инструкций может быть разным: от простого успокоения больного до подачи инструкций по сердечно-легочной реанимации. Инструкции сгруппированы в соответствующие разделы: травматические случаи (11 случаев), соматические случаи (13 случаев), критические по времени случаи (13 случаев).

Заклучение. Обзор опубликованных работ показывает, что имеются хорошие возможности для создания научно обоснованных универсальных шкал сортировки и оценки тяжести состояния детей в приемных отделениях больниц и бригадами скорой медицинской помощи. Универсальную шкалу, соответствующую особенностям неотложных состояний у детей, необходимо разрабатывать путем проведения коллаборативных исследований, сравнительного анализа и оценки, учитывая особенностей национальных систем оказания неотложной помощи. Шкала сортировки помогает диспетчерам службы 103 оказывать доврачебную помощь больным детям до прибытия бригады скорой медицинской помощи на место вызова. Создание компьютерных программ на основе универсальной шкалы сортировки и оценки тяжести состояния облегчает ра-

боту медицинским работникам, а также максимально уменьшает диагностические ошибки.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Эгамбердиев Б.Н., Ахмедов Ю.М., Рустамов М.Р.,
Абдусаламов А.А., Уралов Ш.М.*

**Самаркандский областной отдел здравоохранения,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский
государственный медицинский институт**

Главной организационной идеей в построении службы экстренной педиатрической помощи в РУз является создание единой системы службы экстренной медицины. Служба экстренной педиатрии районного масштаба должна курировать первичное звено здравоохранения (СВП, ГВП, территориальные семейные поликлиники) по организационно-методическим и лечебным вопросам. В отделениях неотложной педиатрии и детской реанимации СФРНЦЭМП проводятся все необходимые лечебные мероприятия согласно действующим приказам МЗ РУз и стандартам.

Разработан перечень заболеваний и патологических состояний, согласно которому больные должны быть госпитализированы в центры ЭМП. Указанные выше фоновые заболевания, дефекты патронажа на уровне СВП, позднее обращение, ятрогении создают проблемы со стандартами для «не стандартных» детей.

Следующий этап оказания стационарной медицинской помощи детям, выписанным в короткие сроки ($4,5 \pm 0,5$ суток) из СФРНЦЭМП, должен проводиться в детском областном многопрофильном центре и/или в ЦРБ, а в отдельных случаях должна проводиться амбулаторно, под наблюдением врачей первичного звена здравоохранения. За последние 3 года в среднем от 12,5 до 14,0% детей, получивших специализированную помощь и выписанных из отделений педиатрического блока СФРНЦЭМП в удовлетворительном состоянии на следующий этап лечения, через короткий промежуток времени вновь поступают в тяжелом состоянии. Причинами этого могут служить как внутрибольничная инфекция, так и тяжелое течение основного заболевания, преморбидный фон. Но основной и самой частой причиной является то, что большинство родителей детей, выписанных из стационара, не выполняют рекомендации по продолжению лечения. Выписки из истории болезни и подробные рекомендации по дальнейшему лечению основного заболевания и преморбидных состояний для каждого больного, выданные на руки родителям и предназначенные для врачей первичного звена, в большинстве случаев не доходят до адресата.

В связи с этим считаем, что необходимо пересмотреть существующую систему реабилитационно-восстановительных мероприятий. Улучшение партнерских взаимоотношений и преемственности позволят в значительной степени улучшить качество медицинских услуг, уменьшить количество рецидивов, снизить уровень детской заболеваемости. Основную задачу по пе-

реводу выздоравливающего пациента в нормальный режим успешно выполнит комплекс реабилитационно-восстановительных мероприятий на следующем этапе лечения, сокращая разрыв между клиническим выздоровлением и функциональным восстановлением.

В связи с объявлением 2014 года «Годом здорового ребенка», УЗО Самоблхокимията, сотрудниками СамМИ и СФРНЦЭМП совместно разработаны методические рекомендации по взаимодействию и преемственности работы районных, городских и областных лечебно-профилактических учреждений в плане дальнейшего улучшения этапного лечения и комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление здоровья детей, прошедших лечение в стационарах. Для этого разработана электронная база выписок из историй болезни всех пациентов педиатрического блока СФРНЦЭМП с целью их переадресации непосредственно на электронную почту ЛПУ по месту жительства, что создаст гарантированные условия выполнения всех дальнейших лечебно-реабилитационных мероприятий для каждого конкретного ребенка.

Для внедрения предложенных новшеств по Самаркандской области, наряду с созданием соответствующей материально-технической базы, необходимо проведение широкомасштабной образовательной работы, включающую повышение квалификации медицинских кадров (врачей, патронажных медицинских сестер) первичного звена, по актуальным вопросам педиатрии и совершенствованию современных информационных технологий. Улучшение взаимодействия и преемственности работы перечисленных структур, совместная реализация намеченных перспективных реформ позволят успешно осуществлять восстановление и сохранение здоровья наших детей, улучшит качество медицинских услуг населению.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ЗАНИМАЮЩИМСЯ СПОРТИВНЫМИ ЕДИНОБОРСТВАМИ

Элбоева Г.И., Турсунов Н.Б.

Республиканский врачебно-физкультурный диспансер

Изучены данные форм 67у (журнал регистрации медицинской помощи, оказываемой на спортивных соревнованиях) и 68у (журнал медицинского обслуживания физкультурных мероприятий) за 2003-2012 гг. За изученный период помощь была оказана 843 детям, занимающимся спортивными единоборствами. Возраст детей – от 8 до 14 лет. Мальчиков было 612 (72,6%), девочек 231 (27,4%). Наиболее частыми травмами были ушибы мягких тканей, пальцев и отдельных суставов (32,4%), сдавления мягких тканей, грудной клетки (18,5%), различные повреждения мышц и сухожилий в виде надрывов и разрывов (17,7%), раны (5,1%), переломы костей и вывихи суставов (2,2%), прочие (24,1%).

Различные ушибы возникают от прямых ударов, при использовании силовых приемов, тесном контакте со спарринг-партнером. Нередки ушибы о снаряды и спортивный инвентарь. Первая помощь при ушибах за-

ключается в орошении ушибленного места струей охлаждающего спрея с расстояния 40-50 см от обрабатываемого участка кожи. Всю ушибленную поверхность орошают до начала ее побеления. Затем накладывают давящую повязку.

При сдавлениях в результате прижатия головы борца к ковру возможно повреждение ушных раковин: осаднение кожи, кровоизлияние в ушную раковину, из-за чего возникает отогематома. В этих случаях необходимо провести отсасывание крови путем прокалывания иглой мочки уха, наложение тугей повязки, прикладывание холода. При остром сдавливании грудной клетки первая помощь заключается в немедленном прекращении тренировок.

В каждом случае ранения необходимо вводить противостолбнячную сыворотку, при капиллярном или венозном кровотечении из раны, расположенной на конечности, следует придать ей возвышенное положение, а затем наложить давящую повязку. При значительном артериальном кровотечении из ран на конечности накладывают жгут. Под жгут подкладывают марлю, вату и постепенно затягивают его до остановки кровотечения. Повреждения мышц встречаются довольно часто при занятиях единоборствами и

вызываются резкими, форсированными движениями, превышающими пределы эластичности тканей, сопровождаются резкой болезненностью, образованием гематомы. Первая помощь при повреждениях мышц – местное применение холода. Вывих чаще всего наблюдается в плечевом суставе при падении спортсмена на плечо. Первая помощь пострадавшему заключается в наложении косынки для покоя конечности и сопровождение его в лечебное учреждение для вправления вывиха. Переломы и переломовывихи возможны в любом виде спортивных единоборств. Костные травмы, как и массивные повреждения мягких тканей, требуют иммобилизации. Первая помощь при переломах заключается в наложении давящих повязок, лонгетов, в местной анестезии хлорэтилом или охлаждающим спреем.

Выводы. Основные принципы восстановительного лечения спортсменов предусматривают максимально раннее начало реабилитационной терапии, ее широкую комплексность. Необходимо использовать разнообразные методы воздействия на организм больного, обеспечивая длительность их и непрерывность, преемственное проведение лечения на всех этапах, во всех лечебных учреждениях.

II. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, КАК ПРИЧИНА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Абдувалиева Ч.М., Аккузиев И.К., Рахимов Б.С., Усмонов Ш.А., Мамадалиев Х.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Материал и методы. В отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП в 2010-2013 гг. поступили 60 детей с инородными телами дыхательных путей, из них до одного года – 15; 2-5 лет – 30; 6-10 лет – 10; 11-14 лет – 5.

Результаты. Успех лечения тяжелых осложнений инородных тел дыхательных путей у детей зависит от своевременного диагноза подтвержденного рентгенографией грудной клетки и бронхоскопией. По данным литературы, инородные тела дыхательных путей у детей часто встречаются в возрасте от 3 мес. до 5 лет, что подтверждается нашими данными. У детей грудного возраста рано возникает гнойный эндобронхит, лечение его которого затруднено из-за нарушения дренажной функции бронхов, вследствие повышения вязкости мокроты, что способствует развитию гнойно-воспалительного заболевания легких.

У поступивших в поздние сроки больных наблюдались такие осложнения как абсцесс легкого (4), ателектаз легкого (17), хронические пневмонии с развитием бронхоэктатической болезни (5) у ребенка за счет миграции инородного тела в плевральную полость развился спонтанный пневмоторакс. У одного ребенка инородное тело на фоне эндобронхита переместилось в средостение.

При диагностике гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей на фоне инородного тела дыхательных путей необходимо учитывать следующие анамнестические данные: на фоне полного здоровья внезапно появившийся приступообразный кашель и шумное дыхание.

Таким образом, тщательно собранный анамнез, своевременная рентгенография грудной клетки и проведение лечебно-диагностической бронхоскопии с последующим удалением инородных тел, предупреждает развитие гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей.

СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НА ПОЧВЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Абдувалиева Ч.М., Акбаров Н.А., Расулов Я.М., Халилов Ш.К., Кадиров К.З., Исроилов Ш.Ш.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

В отделении детской хирургии в последние 5 лет на лечении находились 28 детей, из них 21 мальчики,

8 девочек, соотношение 5:1, у которых странгуляционная кишечная непроходимость развилась на почве незаращения желточного протока. Детей до 3 лет был 21, до 7 лет – 5 и старше 7 – 2. У всех пациентов во время операции диагностирована кишечная непроходимость на почве странгуляции. Точная диагностика была столь сложна, что у всех больных истинная причина острой кишечной непроходимости была установлена интраоперационно. Следует отметить, что клиническая картина кишечной непроходимости на почве дивертикула Меккеля (ДМ) у всех больных давала клинику острой кишечной непроходимости. ДМ у больных располагался на расстоянии 20-40 см от слепой кишки. Во всех случаях патология была осложнена разлитым перитонитом: у 20 – серозным, у 4 – гнойным. Все больные оперированы по экстренным показаниям через 2-8 ч после поступления и после соответствующей подготовки. У 18 больных со странгуляцией кишечника произведено рассечение сдавливающих спаек и фиброзных тяжей, идущих от ДМ к брыжейке тонкого кишечника, у 7 выполнена резекция кишечника вместе с ДМ с последующим наложением анастомоза конец в конец (2), конец в бок (1) и У-образного (1), у 2 осуществлена терминальная энтеростомия. У всех больных с осложненным перитонитом операции заканчивались дренированием брюшной полости с одной или двух сторон. Во всех случаях при кишечной непроходимости использовали срединные или трансректальные доступы.

Таким образом, при госпитализации детей с «острым животом» в процессе дифференциальной диагностики и во время интраоперационной ревизии следует не исключать возможности аномалий желточного протока.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПИЩЕВОДНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ НА ПОЧВЕ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Абдувалиева Ч.М., Косимов З.Н., Рахимов Б.С., Косимов К.Л., Матисаев Д.А., Сотволдиев З.И.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РНЦЭМП

Хирургические методы лечения синдрома портальной гипертензии (СПГ) направлены на профилактику кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Следует отметить, что у детей пищеводное кровотечение, по данным отдельных авторов, как правило, в 95% – 98% случаев наблюдается на почве внепеченочной формы портальной гипертензии. Нами проанализирован опыт работы отделения детской хирургии АФРНЦЭМП, основанный на лечении 40 больных детей в возрасте 5 – 15 лет с пищеводным кровотечением на почве СПГ. У 32 была внутривенечная форма СПГ, у 18 внепеченочная форма. Все больные поступили на высоте кровотечения, а также в

ближайшие дни после него. В начале мы придерживались тактики консервативной терапии. Гемостатический был эффект достигнут интенсивной медикаментозной терапией, многократной трансфузией крови и криоплазмы у 14 больных, а у 4 больных старшего возраста применен зонд Блэкмора. 7 пациентам с внутрипеченочной формой СПГ произведена спленэктомия с одновременной деваскуляризацией кардиального отдела желудка и оментодиафрагмопексией. В 15 случаях с внепеченочной формой СПГ осуществлено прошивание подслизистых вен пищевода и кардиального отдела желудка по методу Пациора – Петрова с сохранением селезенки. Не смотря на проведение широкого спектра гемостатической терапии у 6 больных кровотечение возобновилось. Из них 4 больных оперировано на высоте кровотечения. У трех произведена операция Таннера-Баирова. Все эти больные выписаны с улучшением основной патологии.

Таким образом, по нашим данным также преобладают число случаи пищеводажного кровотечения на почве внепеченочной формы СПГ. У больных с внутрипеченочной формой СПГ кровотечение протекает очень тяжело. У большинства больных с внепеченочной формой СПГ в связи с минимальным поражением паренхимы печени исход был благоприятным.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Абдуганиев А.А., Эгамназаров Н.К., Эргашев Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республиканский перинатальный центр

В отделении неонатальной хирургии Республиканского перинатального центра на лечении находились 35 больных с врожденным гидронефрозом (ВГ) в возрасте от 1 дня до 3 месяцев. Мальчиков было 29 (82,8%), девочек – 6 (17,2%). У 28 (80%) детей ВГ был выявлен антенатально, а у 7 (20%) – постнатально. С двухсторонним ВГ было 14 (40%) детей, с левосторонним – 11 (31,4%), с правосторонним – 10 (28,6%). У всех больных с ВГ в различных сочетаниях применялись УЗИ, фармакоэхография, доплерография, фармакодуплерография, экскреторная и инфузионная урография, восходящая цистография, а также общеклинические и лабораторные методы исследования. Множественные пороки развития выявлены у 2 (5,8%), сочетанные – у 1 ребенка.

35 детям с ВГ произведено 50 операций. В период новорожденности оперированы 14 (40,0%) детей, в раннем грудном возрасте (до 3 месяцев) – 21 (60,0%).

Всем больным с ВГ выполнены радикальные органосохраняющие операции, нефрэктомия не произведена ни у одного ребенка. У 8 (9,7%) детей предварительно выполнена чрескожная пункционная нефростомия под контролем ультразвука.

Для коррекции ВГ в качестве операции выбора мы

использовали резекцию пиелоуретрального сегмента (ПУС) по Hynes-Anderson-Kucera с некоторыми техническими дополнениями, направленными на придание анастомозу воронкообразной формы. Резекция ПУС с пиелоуретероанастомозом выполнена 34 (97,1%) больным, у 1 (2,9%) ребенка осуществлена резекция ПУС и антевазальный уретеропиелоанастомоз.

С двусторонним ВГ оперированы все 14 больных. 6 пациентам проведена резекция ПУС с двух сторон, 8 – с одной. Из них 1 больному с обструкцией на уровне ПУС слева и стенозом ПМС справа выполнены пиелоуретероанастомоз слева и операция Политано-Лидбеттера справа. Срок пребывания детей этого возраста в реанимационном отделении после операции составил в среднем 1-2 дня. Осложнений, связанных с техникой операции и наркозом, не наблюдалось. У 34 (97,1%) больных в ближайшем послеоперационном периоде была констатирована адекватная проходимость зоны анастомоза, пиелостомический дренаж был удален на 9 ± 2 сутки. Только у 1 (2,9%) ребенка в раннем послеоперационном периоде обнаружено нарушение уродинамики в зоне вновь сформированного анастомоза, в связи с чем удаление дренажа было отсрочено до 3 недель.

Таким образом, анализ ближайших результатов хирургического лечения ВГ у новорожденных и детей грудного возраста показал правомочность ранней коррекции порока при отсутствии высокого анестезиологического риска и неблагоприятного соматического фона.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т., Уринбоев Б.К.,

Мирзаматов Н.И., Исроилов З.Г.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА

В Ферганском филиале РНЦЭМП в 2013 гг. на лечении находились 378 детей с острой черепно мозговой травмой, что составило 44,5% из всех больных ЧМТ. Сотрясение головного мозга имело место у 310 детей, ушиб мозга легкой степени – у 53, ушиб средней степени – у 15. Оперированы 42 ребенка. Вдавленные переломы костей черепа были 18 оперированных, эпидуральные гематомы – у 6, субдуральные гематомы – у 15, внутримозговые гематомы – у 3. Сочетанные ЧМТ отмечались у 17 детей. Все больные обследованы согласно действующим стандартам. Методы диагностики и лечения, принятые у взрослых практически без изменений, переносятся на детей с учетом некоторых особенностей ЧМТ у детей. В то же время чем младше ребенок, тем сложнее клинически определить у него характер повреждения мозга. Одной из особенностей острого периода ЧМТ у детей является несоответствие тяжести перенесенной травмы и состояния ребенка.

Отдельную проблему представляет сочетанная травма. Очевидно, что при многообразии видов повреждений различных анатомических областей, тканей

и органов для больных с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой риск развития экстракраниальных вторичных повреждений мозга значительно повышается. Сочетание ЧМТ с повреждением других органов и тканей являетсяотягощающим фактором, влияющим на исход в остром и отдаленном периодах. С этих позиций несомненна актуальность разработки новых подходов к диагностике, мониторингу, предупреждению и лечению состояний, вызванных действием факторов вторичного повреждения мозга, с целью уменьшения их повреждающего эффекта. Клинические проявления ЧМТ в остром периоде у детей отличаются значительной динамичностью, в виде, как быстрого улучшения, так и внезапного ухудшения. Согласно современным стандартам по оказанию помощи детям с тяжелой сочетанной и изолированной черепно-мозговой травмой, предусматривается комплекс мероприятий, направленных, прежде всего, на восстановление витальных функций и предотвращение вторичных повреждений мозга. Общепризнанными являются сложности в клиническом выявлении посттравматических гематом, а ошибки в диагностике могут привести к фатальному исходу.

МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ **Абдурасулов Ф.Х., Кариев Ш.М., Усмонов Л.А.** **Республиканский научный центр нейрохирургии**

Множественные внутричерепные гематомы характерны для тяжелой черепно-мозговой травмы и составляют 20-30% всех внутричерепных гематом. К множественным травматическим внутричерепным гематомам относят случаи одновременного образования двух или более объемных кровоизлияний, различных по отношению к оболочкам и веществу мозга или по локализации. Множественные травматические внутричерепные гематомы образуются при интенсивной травме головы и составляют 20-30 % всех внутричерепных гематом. (Педаченко Е.Г., Макеева Т.И., 1980; Кариев М.Х. и др., 2001).

Цель исследования. Изучение механизма черепно-мозговой травмы, сопровождающейся множественными гематомами.

Материал и методы. Мы наблюдали 117 больных (100 мужчин и 17 женщин) с множественными гематомами в возрасте от 16 до 72 лет. У 74 больных были однополушарные гематомы (1-я гр.), у 43 - двухполушарные гематомы (2-я гр.).

Результаты. Анализ механизма черепно-мозговой травмы показал, что в возникновении множественных гематом ведущую роль играют два механизма: 1) удар движущейся головы о неподвижный предмет (падение с высоты собственного роста, удар головой об асфальт при транспортной травме) – 81 больной; 2) удар движущегося предмета о неподвижную голову (палкой, камнем) – 36 больных.

При первом механизме травмы наступали тяжелые диффузные повреждения головного мозга. У больных

2-й группы в основном наблюдался первый механизм травмы. При этом множественные двусторонние гематомы образовались на стороне удара и на противоположной стороне травмирующего агента по типу противоудара.

При втором механизме травмы чаще образовывались поэтажные гематомы. При этом возникали локальные изменения типа вдавленного перелома костей свода черепа и ограниченного ушиба вещества головного мозга.

Выводы. 1. «Поэтажные» множественные гематомы чаще образуются при локальном повреждении головного мозга по механизму «удар движущегося предмета о неподвижную голову». 2. Двусторонние гематомы и гематомы «по соседству» чаще всего образуются при диффузном повреждении головного мозга, по механизму «удар движущейся головы о неподвижный предмет».

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Адылова Г.С., Худайбердиев Ш.Г., Носиров М.У.
Республиканский СМПЦ Педиатрии

Цель. Изучение особенности пищеводно-желудочных кровотечений (ПЖК) у детей с портальной гипертензией.

Материал и методы. Для изучения особенностей течения ПЖК обследованы 66 детей, поступивших с профузным кровотечением, возраст пациентов колебался от 1 года до 15 лет (средний возраст – 7,4±0,6 года), мальчиков было 37, девочек – 29. Степень тяжести кровотечения оценивали по шокровому индексу Алговера-Бури. Эндоскопическую оценку ВРВ проводили по классификации Щерцингера.

Результаты. С профузным кровотечением чаще поступали пациенты с ВПГ – 51 (77,3%) ребенок, реже с внутрипеченочной ПГ – 15 (22,7%). У всех детей с внутрипеченочной ПГ кровотечение было первым, тогда как у 77% пациентов с ВПГ в анамнезе имели место неоднократные (от 2 до более 3 раз) кровотечения.

При выявлении причин, способствующих возникновению кровотечения, выяснено, что доминирующим фактором, провоцирующим ПЖК, практически у всех детей явилось повышение температуры тела на фоне ОРВИ и прием препаратов, содержащих ацетилсалициловую кислоту.

Анализируя частоту кровотечений в зависимости от возраста, мы отметили раннее начало кровотечения у детей с ВПГ в возрасте 1 – 3 лет. Тогда как при внутрипеченочной ПГ ПЖК чаще наблюдались среди детей старшей возрастной группы (11-15 лет). Отмечено, что ПЖК прослеживаются чаще в осенне-зимний период.

Среди детей с внутрипеченочной ПГ пищеводное кровотечение выявлено у 53,3%, кровотечения из вариксов желудка у 46,7%. У больных с ВПГ преобладали пищеводные кровотечения (90,2%), кровотечения из

вариксов желудка встречались редко (9,8%).

Оценка тяжести кровотечения показала, что у детей с внутрипеченочной ПГ преобладала более легкая – I степень, у пациентов с ВПГ чаще отмечалась II и III степени шокового индекса Алговера. Парадоксальным был тот факт, что у детей с внутрипеченочной ПГ находили относительно высокие степени ВРВ (ВРВ II степени – у 4 детей, III степени – у 9, IV степени – у 2). У детей с ВПГ тяжесть флэбэктазии, приведшей к кровотечениям, была следующей: ВРВ I степени у 10 детей, вариксы II степени – у 12, флэбэктазии III степени у 18, ВРВ IV степени у 11. Лишь у 9 детей выявлен рефлюкс-эзофагит, у 6 – поверхностный гастрит.

Таким образом, к особенностям ПЖК у детей с ПГ можно отнести отсутствие прямой зависимости частоты и тяжести кровотечений от диаметра и протяженности ВРВ. При низких степенях ВРВ (I – II ст.) характерны кровотечения из вариксов желудка, при высоких (III – IV ст.) – из флэбэктазий пищевода. Обильные кровотечения при ВПГ развиваются в раннем детском возрасте и провоцируются ОРВИ, приемом препаратов, содержащих ацетилсалициловую кислоту. Менее обильные и сравнительно редкие геморрагии характерны для внутрипеченочной ПГ цирротического генеза.

МОНИТОРИНГ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ

*Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А.,
Хонбабаева Р.Х., Туйчиев Ш.Т.*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Материал и методы. Проанализированы количество и причины суицида у подростков по данным научно-клинического отдела острых экзогенных отравлений Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. За период с 2008 по 2013 гг. из поступивших 10855 больных пациентов в возрасте от 11 до 18 лет было 3711 (34%), из них мальчиков – 706 (19%), девочек – 3005 (81%).

Результаты. Попытками суицида были все острые экзогенные отравления у пациентов в возрасте от 11 до 18 лет. Демонстративно-шантажные суицидальные попытки с агрессивным компонентом чаще совершают мальчики – 78% суицидентов мужского пола, а с манипулятивной мотивацией – девочки – 74% суицидентов женского пола.

Среди зарегистрированных суицидов преобладают отравления медикаментами – дифенгидраминол – 1390 (37,4%), комбинированное отравление – 828 (22,4%), психотропными средствами – 996 (26,8%) – 3214 (86,6%) из числа всех суицидальных действий. После медикаментозных следуют отравления уксусной кислотой – 363 (9,78%), на третьем месте – алкоголем – 100 (2,6%) и ядохимикатами – 34 (0,94%).

Наши наблюдения показали, что среди подростков мужского пола преобладали отравления тяжелой и средней степени тяжести (81,2%), которые требова-

ли интенсивной терапии, а среди подростков женского пола отравления тяжелой и средней степени составили всего лишь 31,7%, у 50,3% выявлено отравление легкой степени и у 18% отравление не выявлено, то есть преобладала демонстративная форма суицида, не требующая лечения.

В психоэмоциональном состоянии выявлены субклинически выраженная тревога/депрессия и клинически выраженная тревога/депрессия. 77% обследованных связывали свою попытку суицида с конфликтами в семье, 15% – с трудностями, связанными со школой, 8% – с проблемами взаимоотношений с друзьями, в основном противоположного пола.

Суицидальное поведение подростков характеризуется выраженным количественным преобладанием суицидальных попыток над завершенными суицидами (в 8-10 раз и более).

Выводы. По данным РНЦЭМП, основными причинами суицидальных попыток у подростков были сложная внутрисемейная ситуация; ограниченный и не гибкий подход взрослых к решению проблем, встающих перед подростками; депрессия, сопровождающаяся чувством безнадежности.

Основным путем решения конфликтных ситуаций подростки видят в суициде путем применения медикаментов, уксусной кислоты, алкоголя и ядохимикатов. Преобладает демонстрационная форма суицида, требующая не лечения, а психологической помощи.

КАМНИ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА, СИМУЛИРУЮЩИЕ «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ» У ДЕТЕЙ

*Аббаров Н.А., Гафуров А.А., Косимов К.Л.,
Исомиддинов З.Д.*

Андижанский государственный медицинский институт

Материал и методы. Под наблюдением были 94 ребенка в возрасте от 3 до 15 лет с уретеролитиазом справа, из них 62 мальчика и 32 девочки.

Для диагностики камней правого мочеточника и исключения «острого аппендицита» проведены клинико-лабораторные, ультразвуковые и рентгенологические исследования.

Результаты. 73 (77,7%) ребенка госпитализированы с диагнозом «острый аппендицит». После обследования этот диагноз был исключен. 21 (16,4%) больной ошибочно оперирован в различных лечебных учреждениях с диагнозом «острый аппендицит» (в основном во время дежурства молодыми хирургами или взрослыми хирургами в районных условиях).

У 20 детей камни локализовались в области верхнего сужения мочеточника, у 31 – в среднем, у 43 – в тазовом отделе. У 75 (82%) больных камни мочеточника сочетались с камнями другой локализации.

Следует отметить, что у 3 больных в связи с развитием пиелонефроза, у 1 из-за вторичного сморщивания почки в результате длительной обтурации правого мочеточника, произведена нефруретерэктомия.

Выводы. 1. В сомнительных случаях тщательный сбор анамнеза, внимательный осмотр больного, почасовое наблюдение, правильное сопоставление выявленных симптомов, лабораторных, ультразвуковых и рентгенологических данных позволяют избежать диагностических ошибок при установлении диагноза камня в правом мочеточнике. 2. Если больной берется на операцию с диагнозом «острый аппендицит», но во время операции «аппендицит» или другие острые хирургические заболевания со стороны органов брюшной полости не обнаруживаются, необходимо проводить комплексное урологическое обследование в стационаре с целью исключения мочекаменной болезни.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

**Акбаров Н.А., Касымов К.Л., Гафуров А.А.,
Расулов Т.М., Исомиддинов З.Д.**

Андижанский государственный медицинский институт

Материал и методы. В 2008 – 2013 гг. в детском хирургическом отделении АОДММЦ на обследовании и лечении находились 49 новорожденных с различными формами атрезии прямой кишки. У 9 (18,3%) детей была высокая атрезия прямой кишки у 7 (14,2%) – свищевая форма атрезии, в том числе промежностные свищи были у 6 (12,2%), ректовестибулярные у 5 (10,2%), атрезия прямой кишки с ректоуретральными или ректовезикальными свищами – у 2 (4,1%), клоакальная форма атрезии – у 1 (2,0%), низкая атрезия прямой кишки – у 11 (22,4%), анальная мембрана – у 6 (12,2%), стеноз – у 2 (4,1%). При обследовании у 11 (22,4%) детей выявлены сочетанные пороки развития: мочеполовой системы – у 3 (6,1%), пищеварительного тракта – у 2 (4,1%), сердечно-сосудистой системы – у 5 (10,2%), костно-мышечной системы – у 1 (2,0%).

При выполнении оперативных вмешательств учитывали форму аноректальной патологии. Так, при низких формах атрезии производили промежностную проктопластику с иссечением мембраны. При высокой атрезии прямой кишки без свищей или со свищами в мочевую систему накладывалась колостома как первый этап реконструктивной операции. При атрезии прямой кишки с промежностным свищем у мальчиков и ректовестибулярным у девочек проводили калибровку свищей с их последующим бужированием. В периоде новорожденности оперированы 37 больных: 11 детям выполнена промежностная проктопластика с иссечением мембраны, 2 – передняя анопластика. 36 – наложение колостомы. 21 больной был с высокой атрезией прямой кишки, 12 – со свищем в уретру или мочевой пузырь, 1 – с узким мошоночным свищем. Остальным детям со стенозом прямой кишки и эктопией со свищами на промежность в преддверии влагалища проводилось бужирование с отсрочкой реконструктивных радикальных операций до года.

Результаты. Результаты хирургической коррекции

врожденной аноректальной патологии у детей, по нашему мнению, зависят не только от квалификации хирурга, но и в не меньшей степени от выраженности анатомических структур запирающего аппарата. Нередко к неутешительным результатам приводит отсутствие четкой системы проведения реабилитационных мероприятий, которые могут растягиваться на годы. Этапность лечения больных с аноректальной патологией требует большого участия в этом процессе и родителей, которые осуществляют уход за наложенными стомами, за сохранением функции дистального участка толстой кишки. Больные должны четко выполнять все рекомендации по проведению комплекса лечебной физкультуры и физиотерапевтического лечения, направленных на улучшение функции сформированного запирающего аппарата прямой кишки.

Таким образом, при высоких формах атрезии прямой кишки в качестве первого этапа хирургической коррекции показано наложение двойной трансверзостомы с разведением концов кишки, а у детей со свищами в мочевые пути целесообразнее наложение двойной сигмостомы. При атрезии прямой кишки со свищами в преддверие влагалища или в промежность в период новорожденности показана калибровка свищей с последующим бужированием. Радикальные операции при различных формах аноректальной патологии целесообразно выполнять в грудном возрасте.

ВИЗУАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГКИХ

Акилов Х.А., Аминов У.С.

**Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Нами проанализирован архивный материал за 2008-2012 гг. в отделения неотложной педиатрии и хирургии детского возраста клиники РНЦЭМП. За этот период поступили 82 ребенка с различным течением БДЛ. Эхографическое исследование выполнено всем больным. Заболевание у мальчиков (51,2%) и девочек (48,7%) встречалось с одинаковой частотой. Во всех случаях в начале исследования использовались конвексные датчики, линейные датчики применялись для более тщательной оценки воспаленного фрагмента легочной ткани и выявления мелких очагов деструкции. Осмотру подвергались все отделы передней, задней, боковой и диафрагмальной поверхности легких, висцеральной и париетальной плевры. При этом выявлены ультразвуковые особенности, которые при серозном выпоте в плевральной полости характеризуются как анаэrogenное образование. Плевра, как висцеральная, так и париетальная в начальной стадии тонкая, гладкая, затем диффузно утолщается. У больных гнойными плевритами свободная жидкость определяется в виде анаэrogenного образования с мелкими гиперэrogenными включениями.

У 63,46% больных имела место легочно-плевральная форма заболевания, у 81,8% из них выявлен пи-

опневмоторакс, у 18,2% – пиоторакс. В 34,1% случаев диагностирована легочная форма заболевания, в 75% – абсцесс легкого, в 25% – мелкоочаговая множественная БДЛ. В остальных 2,43% наблюдений диагностированы хронические формы БДЛ.

В диагностике бактериальной деструкции легких у детей в сомнительных в отношении наличия жидкости УЗИ имеет несомненные преимущества перед рентгенологическим исследованием.

РЕДКОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РЕБЕНКА

Акилов Х.А., Урмонов Н.Т., Асадов Ш.Я.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Больной С., 2,5 года, и.б. № 13456, поступил 12.08.2010 г. в отделение неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, вздутие живота, рвоту, повышение температуры тела до 37°C, слабость, сонливость.

Из анамнеза: со слов матери жалобы появились неделю назад. У ребенка отмечались периодические боли в животе, вздутие живота, мать связывала начало болей с гельминтозом и проводила противогельминтную терапию, клизмы, эффекта от которых не было. Педиатр по месту жительства, к которому мать ребенка обратилась, назначил консервативную терапию, такие оказавшуюся неэффективной.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести. Сознание ясное, ребенок вялый, адинамичный, капризный. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно – розовой окраски. Температура тела 37°C. Живот равномерно вздут, симметричный, слабо участвует в акте дыхания. Пальпаторно не удается пальпировать из – за активного напряжения мышц передней брюшной стенки. Перкуторно притупления в отлогих участках нет. Печеночная тупость сохранена. Перистальтика кишечника выслушивается слабо. В течение последних трех дней мать ставила клизму, после чего отходили клизменные воды и в малом количестве каловые массы. С подозрением на кишечную непроходимость ребенок был обследован по стандарту.

Общий анализ крови: Нв 91 г/л, эр. 3,0, цв. пок. 0,86, тр. 180, л. 7,6, Нт 33%, с. 4%, п. 3%, лимф. 42%, СОЭ 15 мм/ч.

На рентгенограмме брюшной полости имеется тень от инородного тела длиной до 30 см в виде кольцевидной формы (ожерелье из магнитных бусинок).

Для уточнения локализации инородного тела произведено рентгеноконтрастное исследование.

Больному была произведена стимуляция кишечника (прозерин, дискинетон и очистительная клизма), но продвижения инородного тела по кишечной трубке не наблюдалось. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии, а также наличием болевого синдрома в животе ребенка решено оперировать.

Оперирован 13.08.2010 г. Лапаротомия. Разоб-

щение и ушивание межкишечных свищей. Санация дренирование брюшной полости. Интероперационно выявлено, что магнитные пластинки локализовались в просвете толстой и тощей кишки. Вследствие длительного нахождения в просвете кишечной трубки магниты, слипшись через стенку кишок, образовали пролежни и фистулы поперечно – ободочной и тощей, слепой и тощей кишками. Имели место также множественные прикрытые перфорации тонкой и толстой кишок.

Через дистальное перфоративное отверстие на тощей кишке часть инородных тел удалена. Остальная часть сгруппировавшихся магнитных бусинок, располагавшихся в поперечно – ободочной кишке, низведена в прямую кишку.

Образовавшиеся межкишечные фистулы разъединены, края свищевых отверстий освежены и ушиты двухрядными швами в поперечном направлении. Все предперфоративные участки и прикрытые перфорации также ушиты двухрядными швами. Брюшная полость санирована раствором фурацилина с добавлением бетодина, осушена, правый и левый боковые каналы и малый таз дренированы, рана ушита.

Послеоперационное течение гладкое, операционная рана зажила первичным натяжением, больной выписан на 12 сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Через 3 месяца родители ребенка вновь обратились в клинику с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту с примесью кишечного содержимого и отрыжку тухлым запахом. С подозрением на спаечную кишечную непроходимость больной был госпитализирован. При рентгеноконтрастном исследовании отмечается заброс контраста из желудка в толстую кишку. Для уточнения диагноза больному произведена МСКТ с ирригографией и ЭФГДС, по результатам которых был выставлен диагноз: спаечная болезнь. Частичная спаечная кишечная непроходимость. Желудочно – ободочный свищ.

21.01.2010 г. больной оперирован. Лапаротомия. Разъединение и ушивание желудочно – ободочного кишечного свища. Резекция тонкой кишки с наложением тонко-тонкокишечного анастомоза бок в бок. Послеоперационный период протекал гладко, больной на 10 сутки после операции был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

Акилов Х.А., Максумов Г.А., Асадуллаев Д.Р., Ходжиметов Ф.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проанализированы истории болезни 463 детей, поступивших в РНЦЭМП в 2005-2013 гг. с кровотечениями из ЖКТ. У 76 (16,5%) из них диагностирован дивертикул тонкой кишки. Мальчиков было 59 (77,6%),

девочек – 17 (22,4%). В возрасте: 0-3 года было 36 (47,4%) больных, 4-7 лет – 12 (15,8%), 8-12 лет – 16 (21%), 13-17 лет – 12 (15,8%). При поступлении жалобы на боли в животе, повышение температуры тела и рвоту (с картинами острого живота) предъявляли 48 (63,2%) больных, клиническая картина кровотечения из ЖКТ наблюдалась у 28 (36,8%) больных.

Всем больным, поступившим с кровотечением из желудочно-кишечного тракта, были произведены ЭФГДС и колоноскопическое исследование. У 48 детей источник кровотечения оказался вне поле зрения ЭФГДС и колоноскопии, ниже и выше оптического прибора (кровотечения из тонкой кишки). После ЭФГДС и колоноскопии диагностическая лапароскопия выполнена у 32 (42%) больных. В сроки от 6 до 24 ч после поступления в стационар экстренная операция произведена 68 (89,4%) больным, через 24 ч – 8 (10,6%). Дивертикулэктомия выполнена у 36 (47,4%) детей, клиновидная резекция – у 8 (10,5%), резекция кишечника с наложением анастомоза – у 28 (36,8%), резекция кишечника с наложением концевой илеостомы – у 4 (5,3%).

Острые процессы в брюшной полости, возникающие на почве дивертикула Меккеля, можно разделить на 3 группы: 1) кровотечение из пищеварительного канала; 2) воспаление дивертикула Меккеля; 3) кишечная непроходимость. Изъязвление и кровотечения из дивертикула Меккеля возникают вследствие наличия островков гетеротопической слизистой желудка типа или ткани поджелудочной железы. Пептическая язва обычно локализуется у основания дивертикула Меккеля.

Таким образом, успех лечения дивертикула Меккеля тонкой кишки во многом зависит от своевременной диагностики, последовательности проведения манипуляций: ЭФГДС, колоноскопия, диагностическая лапароскопия и комплексная интенсивная терапия в до- и послеоперационном периоде.

КАМЕНЬ ПАРАУРЕТРАЛЬНОЙ ТКАНИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

**Акилов Х.А., Хотамов Х.Н., Хидоятов Ж.С.,
Низомов Ш.А.**

**Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Больной О., 3 г. Поступил в отделение хирургии детского возраста РНЦЭМП. Со слов родителей, у ребенка отмечались повышение температуры тела, частое болезненное мочеиспускание, наличие уретрального бужирующего катетера.

Из анамнеза ребенок: болен с 28.12.11 г., отмечалось затрудненное мочеиспускание, обратились ЦРБ по месту жительства, где проведена катетеризация мочевого пузыря и выпущено 500 мл мочи. 29.12.11 г. отмечался повторный эпизод задержки мочи, и там же повторно катетеризован мочевой пузырь, катетер фиксирован к головке полового члена. Госпитализиро-

ван в отделение детской хирургии ЦРБ. Произведена обзорная рентгенография МВП, на которой обнаружен коралловидный камень правой почки. При проведении восходящей уретрографии обнаружено сужение мочеиспускательного канала. 29.12.11 г. по месту жительства, произведено вскрытие мошонки из-за затека мочи. С этими жалобами больной поступил в отделение неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП. При осмотре локально: наружные половые органы развиты по мужскому типу. Левая половина мошонки увеличена в объеме, при пальпации в парауретральной зоне определяются конгломерат и плотный инфильтрат. Мочеиспускание через катетер. На УЗИ и обзорной рентгенографии определяется конкремент в правой почки размерами 1,5х0,5 см и в парауретральной зоне размерами 0,8х0,6 см. При восходящей уретрографии затеков контраста нет, но отмечается сужение мочеиспускательного канала.

С диагнозом «камень парауретральных тканей, парауретрит, абсцесс парауретральной зоны. СПО. Скрототомия». Произведена операция удаления камня в парауретральной зоне, вскрытие абсцесса и дренирование. Установлен бужирующий катетер. На 5 сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписан домой. Через 1 месяц удален бужирующий катетер. Мочеиспускание свободное, струя мочи удовлетворительная.

Вывод. 1. Камни переднего отдела мочеиспускательного канала удаляют специальными уретральными щипцами. Из ладьевидной ямки камень можно извлечь пинцетом. При узком наружном отверстии мочеиспускательного канала производят меатотомию с последующим удалением камня. В настоящее время все инструментальные вмешательства по удалению камней уретры во избежание травматических осложнений осуществляют под эндоскопическим контролем. Открытое оперативное удаление камней из заднего отдела уретры сегодня практически не применяется. Камни из задней части уретры необходимо вправлять в мочевой пузырь гидравлическим путем. Существует два основных метода лечения больных с камнями мочевого пузыря: камнедробление (цистолитотрипсия) и камнесечение (литотомия). 2. Катетеризация мочевого пузыря при наличии камня уретры категорически противопоказана. Необходимо наложение эпицистостомы.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ РЕФЛЮКСИРУЮЩЕМ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Акилов Х.А., Магруппов Б.А., Хаккулов Э.Б.,
Пайзиев Х.М.**

**Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс на протяжении многих лет остается ведущим нефроурологическим заболеванием. Его распространенность среди детской

популяции составляет 1-2%. Несмотря на достижения современной науки в изучении этого заболевания, полностью исследованной эту проблему считать нельзя. Это относится, в частности, к некоторым вопросам этиологии, патогенеза, механизмов развития склеротических поражений почечной паренхимы, роли инфекции в этих процессах. Продолжаются споры по поводу тактики лечения и способа ее проведения.

Цель. Изучение морфологических особенностей мочеточников при рефлюксирующем уретерогидронефрозе у детей.

Материал и методы. В 1-ю группу включены 32 больных с рефлюксирующим уретерогидронефрозом. От 1-го дня до 1 года было 4 больных, от 1 года до 3 лет – 18. При морфологическом исследовании выявлено, что диаметр расширенной части мочеточника составил в среднем $1,1 \pm 0,4$ см, суженной части – $0,4 \pm 0,2$ см.

Результаты. У детей до 1 года при микроскопическом исследовании гистологических препаратах, сделанных с расширенной зоны мочеточников со стороны слизистого и подслизистого слоев, определялась диффузная полиморфноклеточная воспалительная инфильтрация, новообразование сосудов капиллярного типа, дистрофические изменения эпителия и отек. В мышечном слое также определялся отек с расширением межмышечного пространства. Здесь же происходило формирование мелких сосудов, в паравазальной зоне определялось скопление клеток воспаления. В адвентиции располагались толстостенные сосуды. В суженной части исследуемого материала во всех слоях стенки мочеточников определялось наличие воспалительной инфильтрации, состоящей преимущественно из плазматических и лимфоцитов. В подслизистом слое наблюдалась гиперплазия желез. Толщина стенки была увеличена преимущественно за счет мышечного слоя и адвентиции, где определялось разрастание соединительной ткани с замещением мышечной ткани на значительном пространстве. Четкой ориентации между мышечными волокнами в ряде случаев не было. В межмышечном пространстве формировались мелкие сосуды. У детей от 1 до 3 лет при исследовании расширенной части в стенке мочеточников определялись как дистрофические, так и воспалительные изменения. На участках слизистой с длительно текущим воспалительным процессом в дальнейшем формировалась грануляционная ткань, наблюдались очаги атрофии эпителия. В подслизистом, мышечном слоях и в адвентиции шло разрастание соединительной ткани. Причем соединительная ткань как бы «окутывала» мышечные пласты, расширяя пространство между мышцами. Как компенсаторная реакция формировалась гипертрофия мышечной ткани. В суженной части в слизистом слое также отмечалась воспалительная инфильтрация. Мышечный слой в ряде исследований был развит слабо и практически полностью замещался соединительной тканью. Отек слоев стенки присутствовал в гистологической картине. В ряде случаев за счет избыточного развития соединительной ткани отдельные мышечные

волокна гипертрофировались.

При сличении результатов полученных, в двух группах, отмечалось, что при первичном пузырно-мочеточниковом рефлюксе на первый план выступают признаки длительно текущего воспалительного процесса, тогда у больных с обструкцией воспаление встречается намного реже.

Таким образом, в стенке мочеточника у детей раннего возраста в разных зонах исследования отмечалась лимфогистиоцитарная воспалительная инфильтрация, а также дистрофические изменения в слизистой оболочке.

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ АЗИГОПОРТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Алиев М.М., Худайбердиев Ш.Г., Носиров М.У.

РСНМПЦ педиатрии

Известно, что операции азигопортального разобщения (АПР) позволяют значительно сократить риск повторных кровотечений в течение 5-6 лет. Однако у детей с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) рецидивы кровотечений после АПР отмечаются в 3-4 раза раньше ожидаемых сроков.

Цель. Уточнение причин и факторов, обуславливающих рецидивы кровотечений после операции АПР у детей с ВПГ.

Материал и методы. Изучены причины и частота рецидивов при кровотечении у 35 пациентов с ВПГ после АПР, выполненных в клинике ТашПМИ и на местах. Возраст больных на момент операции колебался от 9 месяцев до 10 лет. Операции осуществлялись на высоте кровотечения при безуспешности консервативной терапии. Операция Пациора выполнена у 9 детей, циркулярное прошивание дна желудка по Баирову – у 11, лигатурная транссекция желудка по Назырову – у 5, абдоминальный этап операции Сигаура – у 10. Сроки наблюдения за детьми – от одного месяца до 5 лет.

Результаты. Рецидив кровотечения у 10% больных наблюдался после операции абдоминального этапа Сигаура, у 45,4% – после циркулярного прошивания желудка по Баирову, у 40% – после лигатурной транссекции желудка по Назырову, у 88,9% – после операции Пациора.

В ближайшие сроки после операции (3-6 мес.) у 4 (44,4%) пациентов рецидивы кровотечения отмечались после операции Пациора. В сроки от 6 месяцев до 1 года рецидивы кровотечения после операции Пациора возникли у 2 (22,2%) детей, после циркулярной прошивки желудка по Баирову – у 2 (18,2%), после лигатурной транссекции желудка по Назырову – у 1 (20%). После абдоминального этапа операции Сигаура в сроки до 12 месяцев рецидивы кровотечений не было. На наш взгляд, рецидивы кровотечения в ближайшие сроки после операции связаны с тем, что при операции Пациора сохраняется приток крови в эзофагеальные вариксы через сохранившееся парагастральные и параэзофагеальные вены. При циркулярном прошивании желудка

по Баирову и лигатурной транссекции желудка по Назырову не осуществляется девакуляризация нижнего отдела пищевода, получающего приток из забрюшинных коллекторов через поддиафрагмальные вены.

В отдаленные сроки (от 1 года до 5 лет) рецидивные кровотечения отмечались у 15,3% больных: у 2 — после операции Пациора (3 года), у 3 — после циркулярного прошивания желудка по Баирову (3,4 года), у 1 — после лигатурной транссекции желудка по Назырову (2 года), у 1 — после абдоминального этапа операции Сигаура (5 лет). Поздний рецидив кровотечений можно объяснить формированием вариксов за счет притока крови из параэзофагеальных вен через частично сохранившиеся межмышечные коммуникантные вены. Другим важным фактором риска возникновения кровотечений из флелэктазий у детей после операций разобщения явились рефлюкс-эзофагиты имевшие место у 28,6% детей, и эрозивно — язвенные гастриты, чаще наблюдаемые после операции Пациора.

Таким образом, фактором, способствующим рецидиву кровотечения из пищевода и желудка при ВПГ, у 22,8% пациентов являлась неполноценность разобщения, у 28,6% — рефлюкс — эзофагит, у 14,3% — гастрит. После операции Пациора рецидивы кровотечений наблюдаются в ранние сроки (1-2 года). В течение более длительного времени эффект гемостаза сохраняется после циркулярного прошивания желудка по Баирову, лигатурной транссекции желудка по Назырову (3,4 года). Лучшие результаты прослежены после абдоминального этапа операции Сигаура.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Аллаев Д.Х., Эрназаров Х.М., Рузиев О.Н., Нодиров Б.О., Шодмонов Б.Р.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Основная задача хирургического вмешательства на костях при сочетанной и множественной травме у детей — обеспечение быстрой, атравматичной и стабильной фиксации отломков. Для этой цели большинство специалистов предпочитают использовать аппараты внешней фиксации. Преимуществами остеосинтеза аппаратами внешней фиксации являются минимизация хирургической травмы (уменьшение площади контакта имплантата с костью), быстрота наложения, что сокращает продолжительность операции, надежная фиксация отломков с возможностью ранней функциональной нагрузки на конечность, облегчение ухода за ранами при открытых переломах и ожогах. Однако зарубежные авторы подчеркивают, что при выполнении остеосинтеза костей конечностей у детей необходимо учитывать возраст, локализацию и характер перелома. При этом для диафизарных переломов бедра и костей предплечья оптимальным является интрамедуллярный остеосинтез, для переломов плечевой кости, костей голени и таза — остеосинтез аппаратами внешней фиксации.

Проанализированы результаты хирургического лечения переломов костей у 82 детей с сочетанной травмой и множественной травмой опорно-двигательной системы, находившихся в 2011-2013 гг. в отделениях травматологии, нейрохирургии и детской хирургии Кашкадарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Пациентов младшего школьного возраста (7-12 лет) было 43 (52,4%); 29 (35,4%) больных были в возрасте от 11 до 14 лет, 10 (12,2%) — от 4 до 6 лет. Сочетанная травма диагностирована у 73 (89,0%) пациентов, множественная — у 9 (10,0%). Большинство пострадавших поступили в первые 4-6 ч после травмы. 60 (73,2%) из 82 госпитализированным произведено оперативное вмешательство в первые сутки, 13 (21,7%), на 3-5 сутки, 23 (38,3), 5-6 суток и больше 24 (40,0%) больным из-за тяжелой состояния. Умерли 6 пострадавших, из них после операции 2.

Таким образом, удельный вес осложнений у пациентов с множественными и сочетанными повреждениями благодаря примененной организации оказания помощи снижен. Использование рациональной организации оказания специализированной помощи позволяет быстро и эффективно провести консультирование пострадавшего ребенка с множественными или сочетанными повреждениями с целью выработки или уточнения избранной тактики лечения (хирургической и консервативной). Наш опыт показывает, что определение эффективности хирургического лечения в каждом случае является индивидуальным.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Аллаев М.Я., Акбаров Н.А., Рахимов Б.С., Косимов З.Н., Рахмонов А.А., Халилов Ш.К.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Закрытое повреждение почек является тяжелой патологией, требующей пристального внимания, а порой оказания экстренной медицинской помощи. До настоящего времени вопросы лечебной тактики в остром периоде травмы почек остаются предметом многочисленных дискуссий.

Цели исследования. Выбор рациональной тактики лечения, пострадавших с травмой почки.

Материал и методы. Под наблюдением были 112 детей с закрытой травмой почки, находившихся на лечении в отделении детской хирургии АФ РНЦЭМП в 2007-2013 гг.

Для определения характера и степени повреждения почек проводили комплексное обследование, общеклинические и специальные исследования (экскреторная урография, УЗИ, КТ).

Результаты. Из 112 детей, поступивших в клинику с закрытой травмой почек, после соответствующего комплексного обследования у 93 больных была применена консервативно-выжидательная тактика, а у 19 — оперативное лечение. Консервативное лечение было направлено на снятие болевого синдрома, гемостати-

ческое лечение, профилактику воспалительного процесса в почке.

Из 93 пациентам, которым проводилось консервативное лечение, у 2 в связи с отсутствием эффекта, продолжающейся гематурией, сохранившимся болевым симптомом, ухудшением общего состояния на 2-3 сутки определены показания к операции. Характер оперативного вмешательства определяли в каждом случае индивидуально. Они были направлены на коррекцию анатомических нарушений, обусловленных травмой, санацию травмированной почки и паранефрального пространства.

Из числа оперированных больных: разрыв почек был у 15, отрыв полюсов почек – у 4, у этих больных структура почек сохранена. Частичный отрыв почечной ножки с размождением органа отмечался у 2 пациентов, которым произведена нефрэктомия.

В течение 2-4 суток после операции в зависимости от тяжести состояния больные получали инфузионную, антибактериальную терапию с уросептиками.

Осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не отмечалось. Перед выпиской выполняли контрольную экскреторную урографию.

Таким образом, при травматических повреждениях почек больного необходимо срочно госпитализировать в специализированный стационар, где провести все необходимое исследование. При стабильной гемодинамике и эффективности гемостатической терапии показано консервативное лечение.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Аллаев М.Я., Рахимов Б.С., Косимов З.Н., Косимов К.Л., Кодиров К.З., Усмонов Ш.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на проведение широкомасштабных профилактических мероприятий, число детей с различными травмами, и в частности органов брюшной полости, не уменьшается.

Цель работы. Разработка алгоритма диагностики и хирургической тактики при повреждениях органов брюшной полости у детей.

Материал и методы. Нами были проанализированы особенности диагностики и тактики лечения 107 детей с подозрением на повреждения органов брюшной полости в возрасте от 1 до 15 лет, находившихся на лечении в 2010-2013 гг.

При сборе анамнеза выясняли механизм травмы и возможный патологический фон. При осмотре обращали внимание на кожные покровы, указывающие на признаки острой анемии в результате внутреннего кровотечения. Проводили обзорную рентгенографию брюшной полости для выявления свободного газа. УЗИ брюшной полости, при необходимости в динамике, по показаниям компьютерно-томографическое (КТ) исследование. Дальнейшее обследование и тактика ведения

больного зависели от полученных результатов исследований и состояния больного. Параллельно с обследованием больному обеспечивали покой, с целью стабилизации общего состояния назначали инфузионную и гемостатическую терапию. Если при динамическом наблюдении не могли исключить повреждения органов брюшной полости, то выполняли лапаросцентез с методикой шарящего катетера или лапароскопию. После перечисленных исследований определяли степень шокового индекса.

Результаты. В течение обследования и наблюдения у 64 из 107 больных была исключена острая травма органов брюшной полости, требующая хирургического вмешательства и установлен диагноз ушиб передней брюшной стенки и органов брюшной полости. У их категории больных тактика лечения были консервативной. У 43 больных диагностированы повреждения органов брюшной полости. После соответствующей предоперационной подготовки, а в некоторых случаях сразу больного брали на операционный стол и в экстренном порядке оперировали.

Из 43 больных травма селезенки обнаружена у 19; печени – у 11; кишечника – у 6; большого сальника и брыжейки кишечника – у 5; желудке – у 2.

5 из 19 больных с травмой селезенки поступили в лечебное учреждение с явлениями выраженного травматического шока и нарушением гемодинамики. Больные сразу были взяты на операционный стол, начата операция на фоне противошоковой терапии. Интраоперационно обнаружены множественные разрывы селезенки и большое количество крови в брюшной полости. Исключив явления перитонита и разрыв полых органов, произвели реинфузию аутокрови.

4 пациентам произведена спленэктомия, 1 больной скончался на операционном столе.

У остальных 14 больных были неглубокие разрывы в различных участках селезенки, ушитые с оментизацией. В одном случае разрыв селезенки сочетался с перфорацией нисходящего отдела толстого кишечника, которая также была ушита с оментизацией.

У 2 из 11 оперированных с травмой печени наблюдали разрыв эхинококковой кисты, у 1 локализовавшийся в поддиафрагмальной части, у другого у переднего края печени. У этих больных до операции при стабильных гемодинамических показателях, при ультразвуковом исследовании в брюшной полости определялось большое количество жидкости.

У 1 пострадавшего травма печени сочеталась с повреждениями передней стенки желудка, разрывами большого сальника и брыжейки тонкого кишечника.

У 6 пациентов были обнаружены повреждения кишечника, у 3 из них с повреждением брыжейки и у 1 с повреждением желудка.

При всех повреждениях органов брюшной полости раны были ушиты с оментопексией. Брюшная полость санирована и дренирована.

Таким образом, травматические повреждения органов брюшной полости являются серьезной патологией, которая требует пристального внимания, тща-

тельного соблюдения алгоритма диагностики и комплексного лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТРОВКОВОГО ЛОСКУТА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Аманкулов З.К., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Кисть и пальцы являются конечным звеном верхней конечности и играют огромную роль в жизни человека. Практически не существует вида человеческой деятельности, в котором так или иначе не участвовала бы рука (Karlon E.B, Spinner M., 1984г). Активная роль кисти в деятельности человека определяет высокую частоту травм этого сегмента. По данным М.А. Рогового, повреждения верхней конечности составляют 41,6% от всех травм опорно-двигательной системы человека. Травмы кисти составляют 61,8% от травм руки и 25,4% от общего числа повреждений.

Цель исследования. Оценка методов лечения травматических дефектов пальцев кисти у детей с использованием островкового лоскута.

Одним из наиболее частых вариантов повреждения пальцев кисти является гильотинное отчленение ногтевой фаланги. К сожалению, в клинической практике распространен примитивный подход к лечению пациентов с такими повреждениями. Он состоит в том, что костную фалангу дополнительно укорачивают (или удаляют), что позволяет закрыть рану путем наложения двух-трех кожных швов. В результате этого формируется короткая и неэластичная культя пальца. Между тем имеются различные способы пластики: треугольные скользящие лоскуты, ладонный пальцевый скользящий лоскут, перекрестный лоскут с соседнего пальца, кожно-жировой лоскут ладони. Но все эти методы предполагают укорочение длины пальца. Реваскуляризация отчлененной ногтевой фаланги у детей практически невозможна в связи с малым диаметром сосудов. Выполняемая в данных случаях костно-кожная реконструкция с фиксацией кожно-сухожильного остова отчлененной фаланги пальца и последующей кожной пластикой с передней стенки живота на питающей ножке является мучительным для ребенка, который в течение 3 – 4 недель находится в вынужденном положении «рука-живот».

В связи с необходимостью поиска более щадящего и эффективного способа восстановления отчлененной ногтевой фаланги пальца нами использован способ укрытия островковым пальцевым лоскутом на периферической сосудистой ножке при костно-кожной реконструкции фаланги пальца.

За период с 2003 по 2013 гг. в отделении сердечно-сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП лечение получили 18 детей с травматическими дефектами пальцев кисти, у которых была применена данная методика.

После полного иссечения кожи и клетчатки с отчле-

ненной ногтевой фаланги пальца костно-сухожильный остов ампутированного фиксировался к культе путем интрамедуллярного проведения спицы. Сухожилия сгибателя и разгибателя пальца ушивались. Затем Z – образным разрезом по ладонно-боковой поверхности поврежденного пальца и межпальцевого промежутка выкраивали островковый лоскут необходимого размера (1,5 x 2,0 см), чтобы равномерно укрыть фалангу, и выделяли по периферии на ладонном сосудистом пучке. Фиксированный костно-сухожильный остов ногтевой фаланги укрывали выкроенным островковым лоскутом. Донорский дефект закрывался расщепленным кожным трансплантатом.

Все этапы операции выполнялись под оптическим увеличением. Ближайшие результаты оценены как полное приживление лоскутов у 14 (77,8%) пострадавших, краевой некроз – у 2 (11,1%), тотальный некроз в результате ишемии и нагноения раны – у 2 (11,1%).

Таким образом, использование предложенной нами методики позволяет улучшить результаты лечения этой категории больных, сохранить палец, избежать его укорочения и восстановить функцию.

ОСОБЕННОСТИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Аметов С.Н., Сайфуллаев Р.Н.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. Проанализировано 76 историй болезни детей, поступивших в отделение детской хирургии Нукусского филиала РНЦЭМП с инородными телами дыхательных путей в 2010-2013 гг., мальчиков было 44 (57,9%), девочек – 32 (42,1%). В возрасте до 1 года было 12 (16%) детей, 1-3 года – 34 (44,6%), 3-5 лет – 25 (32,8%), 5-15 лет – 5 (6,6%). В сроки до 6 ч поступили 20 (26,3%) больных, до 24 ч – 49 (64,5%), до 72 ч и более – 7 (9,2%). В тяжелом состоянии поступил 21 (28%) ребенок, в состоянии средней тяжести – , относительно удовлетворительном состоянии – 55 (72%), из них у 17 (22,4%) детей инородные тела исключены.

Органические инородные тела выявлены у 38 (64,4%) обследованных, неорганические – у 21 (35,6%).

Результаты. Число больных с инородными телами с каждым годом возрастает. В 2010 г. в отделение детской хирургии поступили 12 детей, в 2011 г. – 16, в 2012 г. – 20, в 2013 г. – 28. Органические тела были представлены арахисом, кусочками моркови, косточками урюка и семечками, остатками пищи. Из неорганических инородных тел обнаружены детали механизмов, колпачки от авторучек, аксессуары одежды, детали игрушек, шурупы. Диагностика инородного тела основывалась на жалобах родителей, данных объективного осмотра, данных рентгенологического исследования.

У всех пациентов инородные тела были удалены бронхоскопически с последующей санацией трахеобронхиального дерева. Бронхоскопия проводилась жестким бронхоскопом Фриделя. После удаления ино-

родного тела больные получали антибактериальное, противовоспалительное лечение и физиотерапию.

Осложнения в виде трахеобронхитов наблюдались у 30 (50,8%) больных, ателектаза – у 12 (20,3%), пневмоторакса – у 1 (1,7%). Следует отметить, что осложнения и трудности с удалением чаще наблюдались у пациентов с неорганическими инородными телами. Причем, по нашему наблюдению, количество неорганических инородных тел с каждым годом увеличивается. Так в 2010 г. такие больные составили 22,6%, в 2013 г. – около 35,2%. Чаще всего неорганические инородные тела отмечаются в возрастной группе от 1 до 3 лет – у 16 (47,05%) больных.

Таким образом, учитывая высокий риск развития состояний, угрожающих ребенку, и высокий процент осложнений при инородных телах неорганического происхождения, необходимо повысить бдительность родителей по отношению к ребенку (подбор игрушек соответственно возрасту, уборка мелких предметов и т. д.). При подозрении на инородные тела дыхательных путей нужно немедленно обращаться к специалистам для проведения соответствующих мероприятий.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ – ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ЭКСТРЕННОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Атаханов А., Усманов Б.У., Мамасалиев Н.С.,

Мамасалиев З.Н., Утанов З.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Как известно, выбор оптимального варианта хирургического способа лечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки зависит от ряда факторов, их совокупности и характера осложнений язвенной болезни. С другой стороны, эффективность любого оперативного вмешательства оценивается с позиций непосредственных и отдаленных результатов.

В ходе специального исследования, проведенного у 102 детей и подростков, изучены характер и частота осложнений, рецидивов и различных патологических синдромов в зависимости от хирургического вмешательства при осложненных формах язвенной болезни желудка (ОПЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ОПЯБДПКА) в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки после хирургического вмешательства.

Первичная резекция желудка произведена у 5,4% больных, из них по способу Бильрот I – у 4,9% и по Бильрот II – у 5,9%. Такая радикальная операция выполнялась в ограниченных случаях, то есть тогда, когда язва на ДПК низкорасположенная пенетрируется в поджелудочную железу (Бильрот II) или при наличии рубцового стеноза привратника или начальной части ДПК (Бильрот I). 4 подросткам из за тяжелого состояния из за тяжелого состояния был наложен межкишечный инвагинационный Браунский анастомоз и анастомоз по Ру-Ибадову. Ушивание перфоративной язвы осуществлена у 15,7% больных, у 2% подростков выполнено повторное ушивание прободной язвы. Во избежание

различных послеоперационных осложнений у 56,7% больных произведена экономная резекция желудка с иссечением малой кривизны, из них по Бильрота I у 50,3%, Бильрот II – у 31%, в модификации Гофмейстера-Финстерера – у 8,6%.

Сразу отметим, что данной способ практически не дает осложнений. Мы убедились в том, что экономная резекция желудка является методом выбора при хирургическом лечении ОПЯБЖ и ОПЯБДПК. Операция при рубцовых стенозах дает возможность более экономной резекции желудка, способствует уменьшению частоты и послеоперационных осложнений.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Улугмуратов А.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель. Поделиться опытом и результатами диагностики и лечения кишечной инвагинации у детей.

Материал и методы. В 2009 – 2013 гг. на обследовании и лечении в отделении детской хирургии СФРНЦЭМП находились 39 детей возрасте от 5 месяцев до 9 лет с диагнозом «инвагинация кишечника». Мальчиков было 23 (59%), девочек – 16 (42%). Первым и очень важным моментом при постановке диагноза явилась правильная интерпретация анамнестических данных, которые служили фундаментом для решения вопроса о характере заболевания. Следующий этап – анализ данных объективного осмотра, правильная объективная оценка клинических симптомов, их выявление и сопоставление с данными анамнеза и результатами дополнительных методов диагностики. В комплекс обследования были включены УЗИ, рентгенологические методы, в том числе пневмоирригографию, а также лабораторные методы. В лечении инвагинации основным принципом явилась как можно ранняя дезинвагинация: консервативная либо оперативная, после соответствующей предоперационной подготовки.

Результаты. У 7 (18%) больных в ранние (до 12 часов) сроки заболевания мы применили консервативный способ дезинвагинации путем нагнетания воздуха в толстую кишку с последующей контрольной рентгенограммией органов брюшной полости и пассажем контрастного вещества.

У 32 (82%) детей для дезинвагинации кишечника пришлось прибегнуть к хирургическому вмешательству. Толсто-толстокишечная инвагинация наблюдалась у 6 (19%) пациентов, илеоцекальная инвагинация была у 14 (44%) больных, у 12 (38%) детей диагностирована тонко-тонкокишечная инвагинация.

Операция по дезинвагинации выполнена у 28 (88%) больных. У пациентов (9%) из-за некроза инвагинированного участка кишки осуществлена резекция пораженного отдела кишечника. У 1 (3%) больного резекция кишечника произведена с удалением илеоцекального угла и наложением анастомоза по типу

конец в бок. У 3 (9%) детей после резекции тонкого кишечника был наложен анастомоз конец в конец. Целостность кишечной трубки восстановлена с помощью однорядного шва с использованием атравматического шовного материала. В послеоперационном периоде с целью профилактики пареза кишечника использовали продленную перидуральную анестезию.

Результаты лечения детей с инвагинацией кишечника были хорошими. Во всех случаях кишечные анастомозы зажили без осложнений.

Таким образом, дифференцированный подход к диагностике и лечению инвагинации кишечника способствует улучшению оказания квалифицированной хирургической помощи детям с данной патологией. Залогом успешного лечения детей с инвагинацией кишечника является своевременная диагностика и выполнение лечебных мероприятий только в условиях детского хирургического отделения специалистами-детскими хирургами.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ПИОНЕФРОЗОМ

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Улугмуратов А.А.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. У 15 из 275 детей с врожденной обструкцией мочеточника обструктивная уропатия осложнилась пионефрозом. У 9 больных был врожденный гидронефроз, у 5 – уретерогидронефроз.

Результаты. У детей пионефроз зачастую осложнен состоянием гнойной интоксикации, поэтому риск первичной нефруретерэктомии высок. Не смотря на гнойно-воспалительный процесс, у детей велики компенсаторные возможности почки, а наличие 15-20% от функции почки является основанием к проведению органосохраняющей операции после стабилизации процесса. В связи с этим у таких больных нами применялась следующая тактика. Оперативное лечение проводилось в два этапа. После предварительного урологического обследования на первом этапе выполнялась перкутанная нефростомия пораженной почки. При распространении гнойного процесса на околопочечную клетчатку в обязательном порядке осуществляли дренирование гнойника. После выведения больного из состояния тяжелой гнойной интоксикации благодаря дренированию почки, стабилизации приморбидного фона, производилось повторное урологическое обследование (доплерография, экскреторная урография, радиоизотопные методы). Если по данным исследования констатировалось отсутствие функции почки, больному производилась органудаляющая операция. Нефруретерэктомия была произведена у 11 детей. У 4 детей было выявлено функциональная способность почки. После разгрузки верхних мочевыводящих путей с помощью перкутанной нефростомии на фоне комплексной терапии установлено 15-20% сохраненной почечной паренхимы. Таким детям производились

реконструктивно – пластические операции на верхних мочевыводящих путях (2 ребенка с врожденным гидронефрозом, 2 – с уретерогидронефрозом).

Таким образом, в отличие от нефростомии открытым способом, создающей дополнительные рубцы в окружающих почку тканях и в тканях брюшной стенки, где проходит разрез, чрескожная нефростомия не создает дополнительных технических трудностей для повторной операции, которая, по существу, проходит в техническом отношении не как повторное, а как первичное вмешательство. Кроме того, повторное урологическое обследование после декомпрессии мочевыводящей системы может достоверно определить показания к органосохраняющим или пластическим операциям на мочевыводящем тракте.

ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШОК В ПОЗДНИЕ СРОКИ У ДЕТЕЙ

**Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А.,
Маматов С.О., Мирзаев З.Х.**
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Инвагинация составляет до 50% всех случаев кишечной непроходимости у детей младшего возраста (Рошаль Л.М., 1970). Наиболее часто (до 80%) инвагинация встречается в возрасте 3-9 мес. Выделяют тонкокишечную, толстокишечную и смешанную. Возможно также наличие у одного больного нескольких инвагинаций или даже ретроградной (Исаков Ю.Ф. и др., 1988).

Цель исследования. Оценить результаты оперативной дезинвагинации и хирургического лечения инвагинации кишок у детей, поступившие в поздние сроки.

Материал и методы. В 2004–2011 гг. в отделении экстренной детской хирургии СФ РНЦЭМП на лечении с кишечной инвагинацией находились 53 ребенка от 3 мес до 3 лет. В возрасте до 1 года было 65% обследованных. Механические причины инвагинации (полипы, опухоли кишечной стенки, дивертикул Меккеля) установлены у 4,2% детей. Позже 24 ч от начала заболевания поступили 42 (56%) пациента.

Оперативное расправление кишечной инвагинации оказалось успешным у 11 (20,7%) детей в возрасте до 1 года. После интенсивной предоперационной подготовки оперированы 42 ребенка с инвагинацией кишечника.

Результаты. Диагноз инвагинации ставился на основании анамнеза, данных осмотра и результатов дополнительных методов обследования (рентгенологические, УЗИ, КТ).

Клиническая картина инвагинации кишечника зависит от многих причин и прежде всего от степени сдавления брыжейки инвагированной петлей кишечника. При выраженном сдавлении брыжейки с нарушением кровообращения в ней заболевание протекает по типу странгуляции (у 20), при незначительном сдавлении – по типу обтурации (у 22). Кроме того, имеют значение протяженность поражения, локализация, возраст больного. Особенно тяжело инвагинация протекала у

11 грудных детей.

Заболевание начинается с появления сильной схваткообразной боли животе (у 89,5%), выделения крови из прямой кишки (симптом cruveilhier) у 74,5% детей в течение 24 ч после приступа. По данным Л.М. Рошаля (1970), у 40% больных кровянистые выделения появляются в первые 4 ч от начала приступа беспокойства, у 70% в первую и у 30% – во вторую половину суток. «Опухоль» (колбасовидной формы, эластической) в брюшной полости выявлена у (74,5%) 38 детей. Кроме того, нами установлена (определена) у 35% детей наблюдался положительный симптом Алару, у 24% – симптом Руша, у 18% – симптом Шимана-Данса. Ректальное исследование выявило зияние (расслабление) сфинктера заднего прохода (у 32), наличие кровянистых выделений (у 30), дало возможность прощупать выпавший в прямую кишку инвагинат (у 17). Рентгенологическое исследование у 48,5% детей показал наличие «чаши Клойбера», при УЗИ у 75,6% детей определены «маятникообразные» движение кишечника, а у 39,5% – наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Оперативное вмешательство производилось под эндотрахеальным наркозом, правосторонним параректальным доступом. Наиболее простым методом является дезинвагинация. В ходе оперативной дезинвагинации обязательно выполняем следующий прием: блокада корня брыжейки 0,5% раствором новокаина, согревание кишки с инвагинатом салфетками, смоченными теплым (не более 40°C) изотоническим раствором хлорида натрия. Сама дезинвагинация у 11 детей производилась методом выдавливания внедрившейся кишки (Исаков Ю.Ф. и др., 1988).

При некрозе инвагинированной кишки осуществляли одномоментную резекцию ее с созданием у 20 пациентов илеоасцендоанастомоза «конец в бок» для предупреждения рефлюкса по Д.Д.Витебскому (1973), у 21 – илеотрансверзоанастомоз «конец в бок» и у 1 ребенка из-за обширного некроза кишки после ее резекции осуществлена илеодесцендоанастомоз. Жизнеспособность кишки оценивали визуально по 4 критериям (пульсация сосудов, перистальтика, окраска и отек кишечной стенки). Резекцию кишечника производили в пределах здоровых тканей на расстоянии не менее 8-10 см от границы некроза в проксимальном отделе и 5-6 см – в дистальном.

Одномоментная резекция кишки произведена 31 больному с илеоцекальной и у 11 – с тонкокишечной инвагинацией. Во всех случаях операция заканчивалась назоинтестинальной интубацией кишечника, для предупреждения послеоперационного пареза кишечника, а также для профилактики несостоятельности анастомоза и энтерального питания.

В послеоперационном периоде умер 1 (1,96%) ребенок после илеодесцендоанастомоза от полиорганной недостаточности. Остальные больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Таким образом, правильно проведенная визуальная оценка жизнеспособности кишки и резекция ее в пределах здоровых тканей не менее чем на 8-10 см выше и ниже участка некроза позволяют сохранить в зоне анастомоза хорошее кровообращение и тем самым предупредить несостоятельность швов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Соаткулов Х.М., Нармурадов Д.К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В экстренном детском хирургическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП, в 2008–2013 гг. на лечении по поводу острого аппендицита находились 140 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Мальчиков было 60 (42,9%), девочек – 80 (59,1%).

До 24 часов от начала заболевания поступили 45(32,1%)детей, позже – 95 (67,9%). У всех больных отмечались сильные боли в животе, напряжение мышц живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга и высокий лейкоцитоз крови.

Результаты. В зависимости от срока поступления и тяжести общего состояния предоперационная подготовка проводилась в течение 2-4 часов. Она включала дезинтоксикационно-инфузионную терапию, коррекцию нарушений электролитного состояния (K, Na, Cl) и других жизненно важных функций организма. Объем вводимой жидкости рассчитывался по гематокритному числу по номограмме Абердина– Глазмана. Оперативное вмешательство во всех случаях проводилось под общим обезболиванием.

Хирургическое вмешательство производилось доступом Волковича-Дьяконова у 92 (65,7%), трансректальным – у 22 (15,7%), средним – у 26 (18,6%) пациентов.

У всех детей с аппендикулярным перитонитом червеобразный отросток был перфоративным. После аппендэктомии, при необходимости, резецировалась воспалительно измененная часть сальника, производилась аспирация гноя электроотсосом, влажными тампонами удалялись гнойно-фибринозные пленки.

В послеоперационном периоде больным диффузным и разлитым перитонитом проводили интенсивное комплексное лечение, включающее дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, общеукрепляющую терапию: антибиотики, инфезол и др.

Послеоперационные гнойные осложнения отмечались у 11 (7,8%) больных (инфильтрат в правой подвздошной области – у 3, нагноение послеоперационной раны – у 8). Умер 1 (0,7%) ребенок с разлитым (терминальным) перитонитом с тяжелым врожденным пороком сердца. Причиной смерти явилась нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность.

Сроки пребывания пациентов в стационаре в среднем составили 5,5±0,5 койко-дня.

ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Аллазов Х.С., Бобоев И.Д.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Разработка оптимальной тактики диагностики и лечения повреждений кишечника.

Материал и методы. В 2001–2009 гг. в Самаркандском филиале РНЦЭМП оперированы 38 детей с различными повреждениями кишечника. Мальчиков было 17 (44,74%), девочек 21 (55,26%). У 14 (36,84%) больных имелось повреждение тонкой и толстой кишки, у 5 (13,16%) повреждения кишечника сочетались с травмой других органов брюшной полости.

Результаты. До операции диагноз повреждения кишечника и других органов брюшной полости были диагностированы у 35 (92,11%). В сомнительных случаях широко пользовались лапароцентез и лапароскопию, чувствительность которых составили 95–97%. Предоперационная подготовка была кратковременной (не более 1–2 часов) и интенсивной. Методом выбора считали срединную лапаротомию. После лапаротомии особое внимание уделяли исследованию органов брюшной полости, проводя его в определенной последовательности. При наличии крови в брюшной полости, первую очередь, находили источник кровотечения и останавливали его. У 7 (18,42%) больных повреждения тонкой кишки были множественными, поэтому хирург не должны удовлетворяться находкой одного повреждения и тщательно осмотреть весь кишечник.

Ушивание места разрыва тонкой кишки выполнено у 36 (94,74%) пациентов. Резекция поврежденного участка кишечника протяженностью от 30 см до 90 см осуществлена у 4 больных (10,56%). На заключительном этапе операции проводили тщательный туалет брюшной полости и назоинтестинальная интубация кишечника. Дренажи оставляли по показаниям. В послеоперационном периоде основное внимание уделяли профилактике и лечению перитонита. Летальных исходов было в 3 (7,89%). Причиной смерти: множественные повреждения, прогрессирующий перитонит в связи с поздним обращением и поздно начатым лечением, пневмония.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ БОЛИ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Соаткулов Х.М., Нармурадов Д.К., Ахмедов И.Ю.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Боль в животе у детей являются частой причиной обращения к врачу и одним из основных поводов для экстренной госпитализации. Однако выявление причины болей нередко представляет значительные трудности не только в амбулаторных условиях, но и в стационаре. Многие дети с болями в животе неоднократно обследуются у различных специалистов, им ставят всевозможные диагнозы, причем некоторых напрасно оперируют в связи с подозрением на острый аппенди-

цит, тогда как истинная причина боли годами остается неизвестной.

Цель исследования. Оценка результатов дифференциации боли в абдоминальной патологии у детей.

В детском хирургическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП, в 2008–2013 гг. госпитализированы 2105 детей по поводу острых болей в животе в возрасте от 3 до 14 лет. Мальчиков было 1187 (56,4%), девочек – 918 (43,6 %).

При поступлении больных детей мы обращали внимание на время появления болей и связь ее с приемом пищи, локализацию, миграцию и иррадиацию болей, а также на факторы, способствующие изменению характера болей. У девочек изучали гинекологический анамнез. Особое значение имели сроки появления и продолжительность боли, внезапность или постепенность ее начала.

Первичное обследование включало общий анализ крови и мочи. При необходимости лабораторное исследование дополняли биохимическим анализом крови, мочи. Обзорную рентгенограмму брюшной полости в вертикальном положении выполняли при подозрении на кишечную непроходимость или перфорацию полого органа, рентгенограмму грудной клетки – при подозрении на пневмонию. В экстренной медицине УЗИ более рационально при подозрении на наличие кист и заворота яичников, острого аппендицита и его осложнений (инфильтрат, абсцесс), для выявления травм паренхиматозных органов, патологии желчного пузыря, поджелудочной железы, наличия жидкости (кровь, выпот) в брюшной полости

Результаты. После установления диагноза острого аппендицита оперированы 812 (38,5%) больных, по поводу гинекологических заболеваний оперированы 37 (1,7%) девочек, травмы брюшной полости – 80 (3,8%), с кишечной непроходимостью 67(3,1%), дивертикула Меккеля – 16 (0,7%) детей. 53(2,5%) пациентам по показаниям произведена диагностическая лапароскопия. У остальных 1040 (49,4%) детей острые хирургические заболевания были исключены. После консультации они переведены в другие специализированные отделения, а в случае удовлетворительного состояния выписаны на амбулаторное наблюдение. У оперированных больных в зависимости от срока поступления и тяжести общего состояния предоперационная подготовка продолжалась в течение 2–4 ч. Проводили дезинтоксикационно-инфузионную терапию, коррекцию нарушений водно-электролитного состояния (K, Na, Cl) и других жизненно важных функций организма.

При спаечной непроходимости производили иссечение спаек брюшной полости. У пострадавших с травмами брюшной полости широко применяли лапароскопический метод лечения. При некрозе резецировали кишечник и накладывали различные виды кишечных анастомозов с интубацией кишечника зондом Эббота – Мюллера.

Таким образом, сложность интерпретации боли в животе у детей, обилие абдоминальных и внеабдо-

минальных причин требуют высокопрофессиональных знаний. Правильный диагноз заболевания при острой абдоминальной боли у ребенка основывается, прежде всего, на тщательно собранном анамнезе и данных физикального обследования, при необходимости несколько раз в динамике, дополненных результатами лабораторно-инструментальных методов на различных этапах оказания лечебно-профилактической помощи.

ТОТАЛЬНЫЙ НЕКРОЗ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА С ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А.,

Маматов С.О., Аллазов Х.С.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Приводим случай из практики. Пациент Э.О., 17 лет, госпитализирован по экстренным показаниям 14.12.2013 г. в отделение экстренной детской хирургии СФ РНЦЭМП с жалобами на боли и вздутие в животе, рвоту, отсутствие самостоятельного стула и отхождения газов.

Из анамнеза: со слов больного болеет 72 ч, болезнь началась остро с болей живота, рвоты. Больному в амбулаторных условиях проведена инфузионная терапия, после которой боли в животе и рвота не купировались, родители обратились в областную паразитологическую больницу, где больной был обследован и направлен в СФ РНЦЭМП.

Объективно: состояние пациента средней тяжести, кожные покровы и слизистые бледные. В легких везикулярное дыхания, тоны сердца ясные, АД 110/70 мм рт.ст., пульс 90 в минуту. Язык сухой, обложен налетом. Живот симметричный, вздут, в акте дыхание участвует пассивно. При пальпации живот слабо-мягкий, болезненный. Симптомы Щеткина-Блюмберга и Воскресенского слабopоложительные. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень и селезенка не пальпируются. При аускультации живота перистальтика кишечника не прослушивается. Стула не было в течение 48 часов. Почки не пальпируются, безболезненны.

Лабораторные исследования. Общий анализ крови: Нв 78 г/л, эр. $2,8 \times 10^{12}$ г/л, л. $11,3 \times 10^9$ г/л, СОЭ 13 мм/ч. Биохимия крови. Общий белок 58,0 г/л, общий билирубин 12,8 ммоль/л, АСТ 0,38, АЛТ 0,54. Общий анализ мочи: без патологии.

Инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости – выявлен пневматоз кишечника. При рентгеноскопии органов брюшной полости обнаружены чаши Клойбера.

Больному поставлен диагноз: острая кишечная непроходимость. Проведена спазмолитическая, инфузионная терапия, очистительная клизма. При контрастной гастроэнтерографии контрастное вещество эвакуировалось до тонкого кишечника. Несмотря на проведенное консервативное лечение, общее состояние больного ухудшилось. После предоперационной подготовки произведена диа-

ностическая лапароскопия. В брюшной полости обнаружен тотальный некроз тонкого кишечника и 500 мл серозно-геморрагической жидкости.

Операция продолжилась срединной лапаротомией, резекция некротизированного тонкого кишечника, лапаростома, санация и дренирование брюшной полости.

После операции общее состояние больного незначительно улучшилось, проводилась антибактериальная, инфузионная терапия, переливание одногруппной эритроцитарной массы и плазмы крови. После стабилизации гемодинамических показателей больному произведена операция: Лапаросанация, еюнотранверзоанастомоз конец в бок, устранение лапаростомы, санация и дренирование брюшной полости.

После второй операции у больного кишечный анастомоз зажил удовлетворительно, признаков анастомозита и недостаточности анастомоза не наблюдалось. Больной чувствовал себя хорошо. В течение 8 суток больной был на парентеральном питании, на 12 сутки после операции переведен на стол №1. Стул был кашеобразным.

Заключение: описанный случай интересен тем, что тотальный некроз тонкого кишечника обнаруживается в единичных случаях. После резекции больной выздоровел через 2 недели. Признаков недостаточности питания не выявлено.

КОМПЛЕКСНАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Ашуров З.И., Ашуров У.А., Шарифбаев С.А.,

Хайдаров У.А., Исмаилов О.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Под наблюдением были 53 ребенка, поступившие в наш центр с тяжелой черепно-мозговой травмой, из них 37 мальчиков и 16 девочек. Возраст детей от 9 до 11 лет. Всем больным при поступлении проводилось обследование по стандарту, ЭхоЭС головного мозга, рентгенография конечностей при наличии патологии. Проводили УЗИ органов брюшной полости и грудной клетки с консультацией детского и торакального хирургов. При тяжелой сочетанной травме выполняли МСКТ головного мозга, грудной клетки и органов брюшной полости, что позволило улучшить диагностику имеющийся патологии. В послеоперационном периоде для мониторинга состояния головного мозга, выявления дислокации срединных структур, вазогенного отека и вторичных ишемических процессов в головном мозге также проводилась контрольная МСКТ.

У всех поступивших больных проведен комплекс лечебных мероприятий, направленных на стабилизацию системного и мозгового кровообращения, внутричерепного и перфузионного давления, обеспечение эффективного дыхания и газообмена, коррекцию метаболических и электролитных нарушений, профилакти-

ку клинически значимых осложнений. Особенностью интенсивной терапии явилось поэтапное применение нейтропротективной, антиоксидантной терапии, раннее начало реабилитационных мероприятий.

У 30 (54,3%) пациентов с комой I-II степени, у которых оценка по шкале Глазго составляла 6-7 баллов, отмечалось быстрое восстановление неврологического статуса. У 19 (45,7%) пациентов с комой III-IV степени в неврологическом статусе двигательные расстройства преобладали над психоэмоциональными. Двигательные расстройства были функционально обратимы. У 4 (6,8%) больных этой группы выявлен поэтапный выход из комы в персистирующее вегетативное состояние с последующим переходом в состояние малого сознания и восстановление сознания. У этих больных оценка по шкале Глазго составила 5-6 баллов. Длительность терапии у них в среднем составила 2 месяца.

Таким образом, применение описанного комплекса интенсивной терапии в сочетании с методами ранней реабилитации сократило сроки пребывания пациентов в вегетативном состоянии, уменьшило снижение мнестико-интеллектуальных функций, снизило двигательный дефицит, что подтверждается клиническими и электрофизиологическими исследованиями головного мозга.

ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

**Ашуров И.С., Разаков В.В., Мирзаматов Н.И.,
Эминов Б.Ж., Рахмонов Д.К.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Работа основана на анализе результатов лечения 18 детей грудного возраста с внутримозговыми кровоизлияниями, находившихся в ФРЦЭМП. Возраст пациентов при поступлении – от 1 до 2,5 месяцев. Мальчиков было 10, девочек – 8. Диагноз поражений головного мозга ставили на основании анализа данных анамнеза, результатов клинко-неврологического и инструментальных исследований (в основном интраскопических). У 15 больных детей диагностирован ДВС-синдром, у 2 – гемолитическая болезнь новорожденных, у 1 – родовая травма. Внутримозговое кровоизлияние в виде внутримозговой гематомы обнаружено у 1 ребенка, субдуральные гематомы – у 6, кровоизлияние смешанного характера – у 11.

Параллельно с медикаментозной терапии, которая была направлена на восстановление гемостаза, коррекцию анемии и поддержание перфузии мозга, проведена верификация внутримозговых осложнений и поставлен вопрос о необходимости хирургического вмешательства. У 5 детей в силу различных причин хирургическое лечение не проводилось (тяжелое состояние с нарушением свертывания крови, отказ родителей от хирургического вмешательства).

Оперированы 13 больных. Дренирование субдуральной гематомы выполнено 13, наружное дренирование желудочков по Аренту – 2, резекционно-де-

компрессивная трепанация с удалением субдуральной гематомы и детритов мозга – 1, КПТЧ с удалением субдуральной гематомы – 2, внутримозговой гематомы – 1, КПТЧ с удалением гематомы правого бокового желудочка – 1.

Операции выполняли на фоне переливания крови и при относительной стабилизации коагулограммы. 1 ребенку в связи с ухудшением состояния операция проведена, несмотря на плохие показатели свертывающей системы. Умерли 4 ребенка, летальность составила 22,2%. Из умерших не были оперированы 2 детей. Сроки пребывания выживших детей в стационаре в среднем составляли 24 дня. Все выжившие были выписаны со значительным улучшением в общем и неврологическом статусе. У детей с острым внутримозговым кровоизлиянием после КПТЧ с удалением гематомы неврологический дефицит был менее выраженным, отмечалась более положительная томографическая динамика, сроки пребывания в стационаре были намного меньше (в среднем 14 дней).

Выводы. 1. Наружное дренирование является методом выбора при хронических субдуральных гематомах. 2. При острых внутримозговых кровоизлияниях костнопластическая трепанация с удалением гематомы является наиболее эффективным методом лечения. 3. Ишемическое поражение мозга на фоне внутримозгового кровоизлияния у детей, трудно поддающееся терапии, усугубляет тяжесть состояния больного и повышает риск инвалидности.

ПРИМЕНЕНИЕ ПНЕВМОТАМПОНА ДЛЯ ОСТАНОВКИ НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бахадинова И.Б., Хасанов М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Носовое кровотечение (НК) – одна из наиболее частых причин обращения пациентов за экстренной оториноларингологической помощью. Основным методом остановки НК остается передняя тампонада с помощью марлевой турунды или «эластических» тампонов из поролона в перчаточной резине, при неэффективности которой производится задняя тампонада. Тампонада сопровождается нарушением носового дыхания, головной болью и болью в области лица, гипертермией, воспалительными осложнениями.

Цель исследования. Разработка простого устройства для остановки НК, обеспечивающего эффективную тампонаду носа.

Материал и методы. Предложено устройство в виде эластичной камеры, соответствующей сагиттальному сечению полости носа, содержащей в нижнем отделе «дыхательную трубку» и трубку, по которой подается воздух, заполняющий камеру. «Трубка для подачи наполнителя» располагается над дыхательной трубкой и снабжена пневмобаллоном для регулирования давления в камере и клапанным механизмом для обеспечения герметичности. Устройство применили у

16 больных. У 14(87,5%) из них пневмотампонада обеспечила эффективную остановку НК. У 1 больного отмечалась несостоятельность пневмотампона, у другого — рецидив НК после удаления тампона. 10 (66,67%) из 15 больных перенесли тампонаду носа без значительного дискомфорта. 5 больных отмечали головную боль, 2 жаловались на затруднение носового дыхания. Средняя продолжительность тампонады 2,44 ($\pm 0,24$) дня.

Результаты. Предложенное нами «устройство для остановки носовых кровотечений» имеет преимущества перед известными методами. Форма камеры, соответствующая анатомии носа, обеспечивает компрессию кровоточащих сосудов слизистой всех отделов полости носа. Использование «дыхательной трубки» уменьшает дискомфорт, обусловленный нарушением носового дыхания. Наличие сигнального пневмобаллона на «трубке для подачи наполнителя камеры» позволяет контролировать давление в пневмотампоне, избежать кровотечения при недостаточном раздувании тампона, развития мацерации слизистой при чрезмерном раздувании, снижает травматичность тампонады, уменьшает болевые ощущения у больных. Небольшие размеры тампона в «нерабочем» состоянии и расположение «трубки для подачи наполнителя камеры» над «дыхательной» трубкой обеспечивают простоту установки и удаления тампона.

Использование пневмотампонады носа — простой, эффективный и удобный способ остановки НК, который может применяться наряду с другими методами передней тампонады.

ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Бекбулатова С.Т., Мамасолиев Н.С., Сайитжанов Л.С., Атаханов А.М.

Андижанский филиал РНЦЕМП

Проанализированы данные 395 больных с язвенной болезнью желудка (ПЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Диагноз язвенной болезни ставился на основании результатов комплексных клинических, эндоскопических, биохимических и морфологических исследований.

Типичная симптоматика ЯБЖ и ЯДПК среди детей: в возрасте 5-10 лет наблюдалось у 2,5%, 11-13 лет — у 7,6%, 14-16 лет у 18,7%, 17 лет у 19,7%. Среди детей 8-14 лет язвенная болезнь выявляется с частотой 3,3%, 15-16 лет — 3,5%, 17 лет — 10,1%.

Язвенная болезнь у детей и подростков в основном проявляется следующими симптомами: боли в эпигастриальной области (97,7%), тошнота (72,9%), рвота (51,1%), отрыжка (51,1%), похудание (18,2%), общая слабость (19,4%), изжога (68,9%), дегтяобразный стул (29,1%), плохой аппетит (16,9%), чувство тяжести в подложечной области (6,8%), головокружение и головными болями (7,6%), сухость во рту (7,3%), снижение работоспособности (7,6%).

Факторами риска ПЯБЖ и ПЯБДПК являются нерегулярное питание (40%) регулярный прием острой пищи (44%) курение (28,2%), предязвенные заболева-

ния (7,8%). Отягощенная наследственность наблюдалась у (29,2%) обследованных

Таким образом, наличие достоверной информации о клинических особенностях ПЯБЖ и ПЯБДПК и выделение значимых факторов риска позволят оптимизировать существующие методы хирургического лечения этого заболевания.

БОЛАЛАРДА ТИРСАК НЕРВИ ЖАРОҲАТЛАНГАНДА ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Бойматов И.И., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.
РШТЕИМ Фарғона филиали

Барча жароҳатлар ичида периферик нервлар жароҳати 1,5–2,4%ни ташкил этади (Шевелев И.Н., 1990; Борода Ю.И., 2003; Lee S.K., Wolfe S.W., 2000). Булардан тирсак нервнинг шикастланиши 20-30% ни ташкил этади. Тирсак нервнинг жароҳатланиши беморларда ўзоқ муддат давомида меҳнат фаолиятининг пасайишига олиб келади. Тирсак нервнинг шикастланишларида кафтни сезувчидан ташқари ҳаракатланувчи вазифалар ҳам бузилади.

2000-2013 йиллар давомида РШТЕИМ Фарғона филиали қон-томир жарроҳлиги ва микрохирургия бўлимида тирсак нервни жароҳатланиши билан 78 та бемор болалар даволанган. Беморлар шошоланч ҳолатда операцияга олинган. Операция вақтида 26 та болаларда қисман, 52 та болаларда тўлиқ тирсак нерви жароҳатланганлиги аниқланди. Операцияда қисман ва тўлиқ жароҳатланган нервларга микроскоп остида эпинеурал чоклар қўйилиб тикилди. Қон томирлар ва мушаклар жароҳатланган беморларда ҳам тиклаш операциялари ўтказилди.

Беморлар бўлимида ташрихдан сўнг 5 кундан 8 кунгача етиб, антибактериал ва оғриқ қолдирувчи, нейропротекторлар, витамин дори-дармонлар билан даволандилар. Қон-томирлари тикланган беморларга антикоагулянт, антиагрегантлар тайинланди. Кейинчалик беморларга 21 кунгача гипсли боғламда, қўлни юқорида кўтариб юриш, 3 ойдан 18 ойгача нейропротекторлар, витаминлар, реабилитация муолажалари буюрилди. Маълум бир вақт ўтгач (6 ой ичида) 78 нафар тирсак нерви жароҳатланган болаларнинг 65 нафарида ижобий натижалар кузатилди, уларда биланк нерви бажарадиган барча вазифалар тикланди. 13 нафар болаларда ташрихдан сўнг буюрилган даво муолажалари ўз вақтида ва етарлича олиб борилмаганлиги сабабли қониқарсиз натижа юзага келди. Бу беморлар қайта реконструктив операция бажаришга ва ўзоқ муддатли реабилитация муолажаларига жўнатилди.

Хулоса қилиб айтганда, болаларда тирсак нерви жароҳатланган беморларни махсус ихтисослашган бўлимларда даволаш, даволашни шу йўналишда малакали мутахассислар олиб бориши, ташрихдан сўнг тирсак нервнинг тикланиши учун нейропротекторлар, витаминлар, реабилитация муолажалари қилиниши. Юзага келиши мумкин бўлган асоратларни камайтиради ва болаларни ногирон бўлишини олдини олади.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ИНТЕНСИВНОЙ ПЕДИАТРИИ

*Гарифулина Л.М., Шакаров Ф.Р., Атаева М.С.,
Рустамова Ю.М.*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский
государственный медицинский институт**

Врожденные пороки сердца (ВПС) составляют 30% среди всех врожденных пороков развития у детей. В последние десятилетия отмечается увеличение больных с этой патологией что в значительной степени обусловлено совершенствованием диагностики ВПС, в том числе пренатальной. Однако ряд ВПС по-прежнему не диагностируется после рождения и проявляют себя только после присоединения инкуррентных заболеваний.

Цель. Изучение характера проявлений ВПС у больных детей отделений интенсивной педиатрии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 98 историй болезни пациентов проходивших стационарное лечение в 1-м и 2-м отделениях интенсивной педиатрии СФРНЦЭМП в 2012-2013 гг.

Результаты. У 61 (62,3%) больного были документированы гемодинамически малозначимые ВПС, такие как ОАП, мелкие ДМЖП, локализованные в ее мышечной части. У 37 (37,7%) больных диагностированы пороки сердца, гемодинамически значимые. Дети с ВПС в основном были в возрасте от 2 до 6 месяцев ($3,1 \pm 0,7$ мес.). Следует отметить, что с основным диагнозом ВПС поступили 8 (8,1%) детей, в основном с одышечно-цианотическим приступом при Тетраде Фалло, средний возрастной контингент здесь был в пределах $10,2 \pm 0,9$ лет. Остальные дети поступили с основным диагнозом внебольничная бронхопневмония (91,8%). Сроки постановки диагноза ВПС варьировали в широких пределах. Особого внимания заслуживает тот факт, что пренатально ВПС был поставлен только 5 (5,1%) детям, несмотря на то, что УЗИ-скрининг во время беременности прошли практически все беременные женщины (97%). По срокам постановки диагноза в постнатальном периоде в первые 2-3 сутки жизни диагноз ВПС был верифицирован у 13 (13,2%) пациентам. У 69,3% больных диагноз был поставлен впервые после поступления в стационар в связи с бронхолегочным заболеванием, 12 (15,9%) больных были под постоянным наблюдением кардиолога.

Чаще всего среди ВПС встречался ДМЖП – у 41 (41,8%), ДМПП – у 25 (25,5%), открытый артериальный проток – у 9 (9,1%), транспозиция магистральных сосудов диагностирована – у 2 (2,4%) тетрада Фалло и изолированный стеноз легочной артерии соответственно встречались у 13,2 и 7,1%. Особо тяжелый порок, полная анатомическая коррекция которого даже при условии наличия специализированной кардиохирургической помощи в настоящее время невозможна, – это единственный желудочек сердца, который имело место у 1 (1,0%) пациента.

У 13 (13,2%) детей было диагностировано сочетание нескольких пороков развития, в том числе у 9 (9,1%) – ДМПП и ДМЖП, у 6,1% ВПС и фиброэластозт эндокарда.

У 17 (17,3%) пациентов развился синдром полиорганной недостаточности (СПОН), обязательными компонентами которого была сердечно-сосудистая и сердечно-легочная недостаточность, часто осложненная развитием пневмонии. Зачастую было трудно определить первичность развития бронхолегочного заболевания или ВПС, осложненный застойной пневмонией. Так, при пороках с существенным увеличением легочного кровотока в ущерб системной циркуляции возникает состояние несбалансированного легочного кровотока (большой ДМЖП, общий открытый атриовентрикулярный канал, общий артериальный ствол и т.д.). Компенсаторным механизмом у таких пациентов является спазм легочных сосудов («легочной замки»). Декомпенсация развивается вследствие перегрузки малого круга чаще на фоне наложения пневмонии.

Основной целью лечения было поддержание «легочного замка» в закрытом состоянии. Была исключена кислородотерапия, а также нитраты и эуфиллин, проводилась активная дегидратация фуросемидом. При наличии стойкой тахикардии проводили насыщение дигоксином. Одним из необходимых компонентов являлась седативная терапия.

Таким образом, большая часть ВПС диагностируются только при присоединении инкуррентных заболеваний. Среди ВПС преобладают пороки с обогащением МКК, в частности, чаще всего встречается ДМЖП как изолированный, так и в сочетании с другими дефектами. Терапии ВПС должна предшествовать диагностика видовой принадлежности порока сердца с определением основополагающего заболевания.

ПРОЯВЛЕНИЯ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА У БОЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

Гарифулина Л.М., Азимова К.Т., Шамсуддинова Д.К.
**Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский
государственный медицинский институт**

Неревматический кардит (НК) может наблюдаться в любом возрасте, но чаще у детей и лиц молодого возраста. Истинная распространенность НК неизвестна. В основном НК являются осложнением различных вирусных заболеваний, которыми несколько раз обязательно болеют дети. При этом сердечно-сосудистая система вовлекается в патологический процесс у 80% пациентов, а у 5% детей возможно развитие НК, резко ухудшающего течение и прогноз основного заболевания. Следует отметить, что основным контингентом больных отделений экстренной медицинской помощи являются дети с ОРИ, осложненными различными синдромами.

Цель. Определение тяжести течения НК у больных отделений интенсивной педиатрии.

Материал и методы. Под наблюдением были в исследование были включены 125 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, госпитализированных в детские отделения СФРНЦЭМП, у которых в ходе обследования впервые в жизни были выявлены признаки острого НК. Диагноз подтвержден в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра и рекомендациями Американской ассоциации кардиологов на основании впервые выявленных клинических, электрокардиографических, лабораторных и ультразвуковых данных. ЭКГ регистрировали в 12 стандартных отведениях с расшифровкой по общепринятой методике, также проводили ЭхоКГ исследование.

Результаты. Большинство пациентов были в возрасте от 6 месяцев до 1,5 лет (53,3%). 52% заболевших были госпитализированы в течение 3-6 суток от момента начала основного заболевания. У 53,6% госпитализированных общее состояние было тяжелым. У большей части было сочетание симптомов острого респираторного заболевания (ОРЗ) и гипертермического синдрома (59,2%). У остальных детей выявлена пневмония, в единичных случаях – острый обструктивный бронхит или бронхолит (6,4%). По результатам обследования на основании сочетания впервые выявленных клинических симптомов, изменений ЭКГ и данных Эхо-КГ у всех детей диагностирован НК, в 8,8% дополнительно выявлялись признаки перикардита. Среди клинических симптомов наиболее часто отмечались систолический шум (80%), приглушенность или глухость тонов сердца (93,6%), тахикардию, не адекватную температуре тела (86,4%), брадикардию (13,6%). Расширение перкуторных границ сердца наблюдалось у 48,8% обследованных случаев, пастозность (21,6%). Изменения на ЭКГ касались в основном (71,2 %) процессов реполяризации. Отмечались сглаженность (43,2%) или инверсия (13,6%) зубца Т, депрессия (20,3%) или элевация (15,2%) сегмента ST в двух отведениях или более. Повышение электрической активности желудочков (левого и/или правого) наблюдалось у 33,6% детей. Те или другие нарушения внутрижелудочковой проводимости регистрировались у 40% детей. Реже имело место снижение вольтажа зубцов R (22,4%) и атриовентрикулярная блокада I- степени (4,5%). У большинства (76,8%) пациентов одновременно отмечали сочетание от двух до четырех нарушений. По результатам Эхо-КГ увеличение размеров одной или более камер сердца выявлено у 54,4% детей – чаще всего по типу эксцентрической гипертрофии. У 32% больных отмечалось снижение сократимости миокарда левого желудочка. У 21,6% больных отмечалось снижение фактического выброса. У 36,8% пациентов регистрировалось утолщение ЗСЛЖ, в 15,2% – МЖП.

Таким образом, миокардиты возникают в ранние сроки от начала вирусной патологии и имеют тяжелое течение. Педиатр должен быть настороженным в отношении возникновения данного заболевания. НК осложняют также течение острой пневмонии.

ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРАВМЫ ОРГАНОВ МОШОНКИ

Григорьева М.В., Туманова М.В., Гасанова Э.Н.

**НИИ неотложной детской хирургии и травматологии
ДЗ г. Москвы, Научный центр здоровья детей РАМН**

Отсутствие четких дифференциально-диагностических критериев заболеваний, входящих в понятие синдрома «отечной и гиперемизированной мошонки» у детей, приводит к необоснованному расширению показаний к диагностическим операциям. Применение ультразвукового метода позволяет получить исчерпывающую информацию о характере патологических изменений органов мошонки.

В исследование включены 410 пациентов мужского пола в возрасте от 1 месяца до 18 лет, поступивших в НИИ НДХИТ в 2009 – 2013 гг. С перекутом гидатиды были 296 (72%) больных, перекутом яичка – 27 (7%), с воспалительными заболеваниями – 54 (13%), с травматическими повреждениями – 33 (8%). При обследовании больных с перекутом гидатиды мы выделили две подгруппы пациентов в зависимости от течения заболевания (осложненное вторичным воспалением органов мошонки и неосложненное). У 32 пациентов с неосложненным течением заболевания отмечалась невыраженная болезненность в области верхнего полюса яичка, не было отека и гиперемии пораженной половины мошонки. При УЗИ было выявлено, что оболочки яичка симметричны, не утолщены; размеры, контуры, эхоструктура яичка и придатка не изменены. Осложненное течение перекута гидатиды было у 210 пациентов. Клиническая картина характеризовалась отеком половины мошонки и гиперемией. Болезненность при пальпации описывалась как умеренная, максимально выраженная боль фиксировалась в области верхнего полюса яичка. При УЗИ выявлялось утолщение, слоистость оболочек яичка на пораженной стороне, скопление свободной жидкости. У всех больных было выявлено дополнительное округлое или овальное эхогенное образование между верхним полюсом яичка и головкой придатка или на фоне головки придатка.

При перекуте яичка клиническая картина у всех больных отличалась выраженным болевым синдромом и нарушением общего состояния. Отмечалось острое начало заболевания, резкая боль в области яичка, явления болевого шока, рвота. Эхографически на фоне скопления свободной жидкости определялось яичко округлой формы с четкими ровными контурами, несколько увеличенное в размерах. Выявлялось также нарушение взаиморасположения органов мошонки: яичко было повернуто, вследствие этого головка придатка в типичном месте не определялась. Усиление кровотока при ЦДК в оболочках яичка сопровождалось отсутствием кровотока в паренхиме яичка или резким его ослаблением.

При воспалительных заболеваниях яичка и/или придатка – неспецифическом эпидидимите, орхите, эпидидимоорхите – отмечались отек половины мошонки,

гиперемия и болезненность при пальпации. При эпидидимите ультразвуковая картина характеризовалась увеличением размеров, неоднородностью эхоструктуры придатка, при доплерографии отмечалось усиление кровотока в придатке. При эпидидимоорхите описанные эхографические изменения выявлялись также в проекции яичка.

При травме органов мошонки УЗИ позволило выявить и локализовать ушиб мягких тканей либо гематомы оболочек яичка у 13 мальчиков, посттравматический эпидидимит – у 8, ушиб яичка – у 9, разрыв яичка – у 3. При разрыве яичка отмечалась неровность, нечеткость контуров органа, неоднородность эхоструктуры, скопление жидкости с дисперсной взвесью в полости собственной влагалищной оболочки яичка (гематоцеле), что являлось патогномоничным симптомом и требовало хирургического лечения.

Как показал наш опыт, хирургическое вмешательство в экстренном порядке абсолютно показано только при перекруте и травматическом разрыве яичка. Пациенты с остальными острыми заболеваниями яичка и травматическими повреждениями могут быть дообследованы и подвергнуты хирургическому лечению при наличии показаний в отсроченном порядке.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЧЕРЕПА И КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Джаббаров Д.Д., Жумаев М.Б., Тожибоев Б.А.

Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

В 2011-2013 гг. в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП лечились 24 детей с сочетанной травмой черепа и конечности в возрасте от 1 года до 15 лет, из них 14 (58,3%) мальчиков и 10 (42,7) девочек. Закрытых переломов конечностей было 90,6%, открытых – 9,4%, причем среди открытых переломов чаще наблюдались вторично-открытые переломы. У 3 больных была бытовая травма, у 17 – транспортная, у 4-уличная. Из общего числа больных умер – 1.

В зависимости от основного повреждения, определявшего тяжесть состояния пострадавшего, все больные были разделены на три группы:

А. больные с тяжелой черепно-мозговой травмой и тяжелыми повреждениями конечностей;

Б. больные с тяжелой черепно-мозговой травмой и нетяжелыми повреждениями конечностей;

В. больные с тяжелыми повреждениями конечности и нетяжелой травмой черепа.

Такое деление на наш взгляд, обеспечивает более четкую диагностику, определение очередности проведения и целенаправленность лечебных мероприятий.

Существенные трудности при сочетанной травме черепа и конечностей представляет дифференциальная диагностика нарушения внутримозгового кровообращения, гипоксии мозга, ушиба его стволовых отделов, нарушение внешнего дыхания, значительной кровопотери, шока. Отсутствие у пострадавшего сознания, вынужденное положение не позволяют провести тщательного обследования.

Наши наблюдения показали, что в лечении данной патологии в соответствии с ее клиническими течением целесообразно выделять два периода:

1 – проведение мероприятий по восстановлению гемодинамики, дыхания, устранению сердечно-сосудистой недостаточности, борьба с отеком мозга;

2 – лечение непосредственно локальных повреждений и профилактика осложнений.

У 2 наших больных травма черепа сопровождалась открытыми, у 7 – закрытыми переломами свода и основания. Внутрочерепная гематома диагностирована у 6 больных с помощью компьютерной томографии. Декомпрессионная трепанация черепа произведена у 5 пациентов в первые 6 ч после получения травмы.

Переломы костей конечности имелись у 20 детей, у остальных были ушибы, вывихи и прочие повреждения. Переломы таза имелись у 2 больных, перелом бедра – у 3, у одного из них двусторонний. Наложение скелетного вытяжения у этих больных с повседневной коррекцией способствовало полному сращению костных отломков. 8 пострадавших с открытым переломом костей голени оперированы в первые сутки после травмы. Наложение аппарата Илизарова при сочетанных травмах является малоинвазивным методом, который облегчает следующие этапы лечения. Переломы верхней конечности встречались у 7 детей, из них перелом ключицы у 1, перелом плеча у 4, перелом костей предплечий у 2. Переломы верхней конечности лечили консервативно. Одномоментная репозиция с наложением гипсовой повязки дала хорошие результаты. Компенсаторные возможности и особенности детского травматизма позволяет проводить консервативное лечение переломов конечностей.

Таким образом, лечение пострадавших с сочетанной травмой черепа и конечности требует строго дифференцированного подхода. Раннее выявление и эффективное лечение осложнений сочетанной травмы головного мозга и конечности позволяет снизить процент неблагоприятных исходов при этом тяжелом виде повреждений.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗ- И НАДМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Джаббаров Д.Д., Куйлиев М.К., Тожибоев Б.А.

Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

В 2011 – 2013 гг. в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП лечились 77 детей с чрез- и надмышечковыми переломами плечевой кости в возрасте от 1 года до 15 лет, из них 36 (46,7%) мальчиков и 41 (53,2%) девочки. Наиболее часто чрез- и надмышечковые переломы плечевой кости встречались в возрасте от 4 до 16 лет. Повреждение правой руки отмечалось у 49 (63,6%), левой у 28 (36,3%) пострадавших. Закрытые переломы составили 92,5%, открытые – 7,5%, причем среди открытых переломов чаще наблюдались вторично-открытые. По виду смещения отломков число разгибательных переломов превышало число сгибательных в 10 раз. У 6 (7,7 %) больных были осколь-

чатые переломы. Чрезмыщелковые переломы имели место у 61 (79.2%) больных, надмыщелковые – у 6 (7,7%), то есть соотношение составило 7,3:1.

При чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости без смещения костных отломков вполне достаточно фиксация поврежденной руки гипсовой лонгетой в течение 2-3 недель. Таких больных было 11 (16.4%). Эти больные считались в основном амбулаторными и наблюдались в поликлиниках. При смещении костных отломков лечение начинали с закрытой ручной репозиции с наложением гипсовой повязки. Устранение смещений костных отломков контролировали клиническими и рентгенологическими методами. После уменьшения отека на 6-7 сутки производили контрольную рентгенографию.

Из 51 больного, которым применяли консервативный метод, у 69,3% он оказался удачным, у 30,7% отмечались отрицательные исходы. Безуспешные закрытые репозиции и вторичные смещения отломков потребовали применения более рациональных методов лечения. Показанием к оперативному лечению больных были переломы с четкой симптоматикой расстройства функции сосудисто-нервного пучка, первично и вторично открытые и многооскольчатые, Т-У-образные переломы с выраженными расхождениями отломков, а также переломы с интерпозицией мягких тканей.

Открытая репозиция и остеосинтез спицами Киршнера применены у 3 больных. Спицы удаляли через три недели. В нашей клинике широко применяется закрытая репозиция костных отломков путем остеосинтеза аппаратом Илизарова по методу клиники НИИТО МЗ РУз. При чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости со смещением отломков под внутривенным наркозом производим закрытую ручную репозицию костных отломков. Под ЭОП контролируем состояние костных отломков, после чего накладываем аппарат Илизарова из двух полуколец. Остаточные смещения костных отломков устраняем путем дистракции и компрессии, а также натягиванием спицы с упорной площадкой. Этот метод применен у 14 больных. Через 3-4 недели аппарат Илизарова демонтировали, больным рекомендовали ЛФК локтевого сустава. С целью уменьшения болевого синдрома и отека тканей назначали электрофорез новокаина 0,5%, а при избыточном разрастании периостальной мозоли электрофорез йодистого калия или хлористого натрия 10%.

Анализ результатов лечения детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости показал, что применение рациональных методов лечения снижает риск развития вторичных смещений отломков, параартикулярных процессов в мягких тканях, контрактуры, тугоподвижности и деформации локтевого сустава. Применение консервативных методов при лечении чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости с грубыми смещениями костных отломков приводит к развитию контрактуры локтевого сустава. Закрытый остеосинтез аппаратом Илизарова сокращает срок реабилитации на 3-4 недели.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ДЕТСКОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА Джумабаев Э.С., Хакимов И.С., Бобаев У.Н., Мирзабаев Г.Э. Андижанский филиал РНЦЭМП

В отделении абдоминальной хирургии за последние 5 лет по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки оперированы всего 390 больных. В возрасте от 15 до 18 лет (детского и юношеского возраста) было 18 больных, в том числе детей и юношей было 14, девушек – 4. Все больные были доставлены до 12 часов после перфорации. У всех больных выполняли операцию иссечения перфоративной язвы с пилоропластикой методом Джада-Тонаки. Осуществлялось верхнесрединная лапаротомия, санирование брюшной полости. Во всех случаях перфоративная язва располагалась по передней стенке двенадцатиперстной кишки. Производилось ромбовидное иссечение перфоративной язвы электроножом с пилородилятацией и пилоропластикой с целью улучшения эвакуации из желудка в раннем послеоперационном периоде. Для декомпрессии проводили назогастроудоденальный зонд. В послеоперационном периоде проводились инфузионная и антибиотикотерапия, инъекции H₂ – блокаторов, регулярные аспирации желудочного содержимого. На 2 сутки делали очистительную клизму, с 3 суток отмечалось уменьшение аспирируемой жидкости из желудка, больные были активизированы, питье разрешали со 2 суток.

Послеоперационных осложнений не было. При выписки из стационара рекомендовали курс противоязвенной терапии. В отдаленном послеоперационном периоде у 2 больных выявлена рецидивная язва двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, иссечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой является эффективным методом хирургического лечения у детей и подростков.

АТРАВМАТИЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ Еримбетов Д.А., Наубетов Д.Д., Торемуратов С. Каракалпакский филиал РНЦЭМП

В 2011–2013 гг. в отделении сочетанных травм на стационарном лечении находились 124 больных с переломами проксимального отдела плечевой кости, костей предплечья, бедренной кости и костей голени в возрасте от 6 до 15 лет. Мальчиков было – 89 (71,7), девочек – 35 (28,3). Перелом хирургической шейки и верхней трети диафиза плечевой кости было у 20 пострадавших, перелом средней трети диафиза костей предплечья – у 48, перелом нижней трети диафиза плечевой кости – у 29, верхней трети диафиза бедренной кости – у 8, перелом средней трети диафиза костей голени – у 19.

У всех больных при лечении переломов применя-

ли атравматичный оперативный метод под контролем ЭОП. При переломах хирургической шейки плечевой кости под контролем ЭОП выполняли репозицию костных отломков и с помощью электрической дрели проводили спицы Илизарова.

При переломах шейки бедренной кости у 4 больных использовали пучки спиц Илизарова. У 12 больных под контролем ЭОП было осуществлено оперативное вмешательство с применением спонгиозных винтов, у 4 пациентов с переломом шейки бедренной кости выполнено первичное эндопротезирование тазобедренного сустава. При вертельных переломах бедренной кости применяли остеосинтез пластиной НИИТО МЗ РУз.

Все пациенты были активизированы на 2 сутки после операции, к 14–16 дню они могли двигаться самостоятельно, с использованием средств опоры, и к этому времени обычно выписывались на амбулаторное лечение. У оперированных больных пролежней, пневмоний, тромбоэмболий легочной артерии не отмечалось, флелотромбозы наблюдались у 8%.

Таким образом, дифференцированное активное хирургическое лечение с учетом характера перелома, сроков с момента травмы позволило в три раза уменьшить общую летальность и значительно улучшить результаты лечения.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Исаков Б.М., Мухитдинова М.К., Ташланов Ф.Н., Шарипов А.А., Ташланов М.М., Курбанов С.У., Исаков К.Б.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Под нашим наблюдением в отделении нейрохирургии АФ РНЦЭМП в 2010 – 2013 гг. находились 1316 детей с черепно-мозговыми травмами в возрасте от нескольких дней от рождения до 14 лет. Наибольшее число больных были в возрасте от 3 до 8 лет – 768 (58,3%). Мальчиков было 879 (66,7%), девочек – 437 (33,2%). Автодорожная травма отмечалась у 756 (57,4%) пострадавших, бытовая (падение с высоты, побои) – у 465 (35,3%), школьная и спортивная – 95 (7,2%).

Согласно утвержденному стандарту были проведены клинично-неврологическое обследование, нейросонография, рентгенография, КТ– и МРТ– исследование. У 1099 (83,5%) больных диагностировано сотрясение головного мозга, у 217 (26,5%) – ушиб головного мозга различной степени тяжести. По результатам рентгенологических, КТ– и МРТ– исследований у 115 (8,7%) больных выявлены признаки перелома костей свода черепа: линейные переломы костей свода черепа – 67 (5,1%), вдавленные переломы – у 48 (3,6%).

У 58 (4,4%) из 115 больных с переломами костей свода черепа были гематомы различного объема.

1230 больным проведено консервативное медикаментозное, у 86 – оперативное лечение: наложение фрезевого отверстия и репонирующее вдавленного участка кости выполнены 37 (2,8%) больным (когда наибольшая глубина вдавленного участка превышала 5 мм), декомпрессивная трепанация черепа, ревизия

пространств черепа и головного мозга, удаление эпилептической субдуральной гематомы – 49 (3,7%).

Хорошие и удовлетворительные результаты были получены у 111 больных, у 4 наступил летальный исход.

Таким образом, у большинства детей с вдавленными переломами костей свода черепа (при отсутствии гематомы) оперативное вмешательство может быть ограничено репонирующим вдавленного участка кости. Сочетание перелома костей свода черепа и дополнительных факторов сдавления головного мозга (гематома, гидрома) являются показанием к декомпрессивной трепанации черепа и удаления компрессирующих факторов.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ

Исантурдиев У. И., Касимов Э.К., Кунисhev Ш.У., Соатмуродов Ш.Н.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В отделение детской реанимации Сырдарьинского областного филиала РНЦЭМП в 2008-2013гг. были госпитализированы 28 детей с инородными телами дыхательных путей. В возрасте до 1 года было 3 (10,7%) больных детей, от 1 года до 3 лет – 7 (25%), от 3 до 5 лет – 7 (25%), от 5 до 14 лет – 11 (39,3%). Мальчиков было 20 (71,4%), девочек – 8 (28,6%). В сроки менее 6 ч доставлены 11 (39,3%) детей, до 12 ч 15 (53,6%), до 24 ч и более 2 (7,1%).

Пуговицы и частицы различных игрушек были у 15 (53,6%) детей, пищевые (зерна кукурузы, арахис, фасоль, семечки) – у 13 (46,4%). Диагностика инородного тела дыхательных путей основывалась на жалобах родителей, клинических проявлениях, данных рентгенологического обследования в различных проекциях и лечебно-диагностической бронхоскопии.

Длительно находящиеся инородные тела в трахеобронхиальном дереве вызывают тяжелые осложнения: трахеобронхиты были у 15 (53,6%) детей, пневмония – у 4 (14,3%), ателектаз – у 2 (7,1%).

У всех пациентов инородные тела были удалены бронхоскопически с последующей санацией трахеобронхиального дерева. Бронхоскопия проводилась жестким бронхоскопом 8 (28,6%) больным, фибробронхоскопом 20 (71,4%). Во время бронхоскопии у 21 (75%) ребенка инородные тела обнаружены в дыхательных путях правого легкого, у 7 (35%) слева. У 9 (32,1%) больных был диагностирован гнойный эндобронхит, связанный с долгим пребыванием инородного тела и обтурацией просвета бронха. После удаления инородного тела и санации бронхов эндобронхиально вводили антибиотики, ферменты, при необходимости, гормональные препараты. После удаления инородных тел дети получали стационарное лечение: антибактериальную, противовоспалительную терапию, по показаниям физиотерапию в течение недели с последующим переводом для дальнейшего лечения и наблюдения по месту жительства.

Таким образом, раннее оказание диагностической и лечебной помощи позволяет улучшить результаты лечения больных с инородными телами дыхательных путей и снизить число осложнений в бронхолегочной системе.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАХ СКЕЛЕТА, СОЧЕТАННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, У ДЕТЕЙ

Исантурдиев У.И., Джаббаров Д.Д., Жумаев М.Б., Тожибоев Б.А.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Проанализированы результаты лечения 51 пострадавшего с травмами скелета, сочетанными с повреждением внутренних органов. Среди травмированных преобладали дети в возрасте от 4 до 18 лет. Травмы скелета у 24 больных сочетались с повреждением головного мозга, у 8 – с повреждением органов грудной клетки, у 19 – с повреждением органов живота, забрюшинного пространства или органов малого таза. У 6 больных отмечались повреждения двух полостей. Такой характер травмы не отражает истинной частоты сочетаний, так как в настоящем сообщении учтены лишь – больные, госпитализированные или требовавшие последующего лечения в травматологическом стационаре.

Основные трудности в диагностике и выборе лечебной тактики при всех видах повреждений определялись двумя общими для множественной и сочетанной травмы особенностями – отягощениями процесса каждым из повреждений при маскировке отдельных симптомов и трудностью или даже невозможностью диагностировать или оценить степень кровопотери, особенно при закрытых переломах костей с подозрением на повреждение внутренних органов.

Первым обстоятельством следует объяснить то, что у 2 больных, направленных в стационар врачами, не были выявлены относительно менее значительные повреждения скелета, а у одного пострадавших такие ошибки были допущены в условиях специализированного стационара. Замаскированными могут оказаться даже симптомы, манифестирующие жизнеопасные повреждения, требующие срочного оперативного вмешательства.

У 2 больных диагностика оказалось более сложной. Разрыв селезенки у больного с множественными переломами ребер слева, переломом левого плеча и основания черепа удалось диагностировать только через 5 часов – в основном по ухудшению показателей гемодинамики. Перелом основания черепа у этого больного был выявлен лишь на 2 сутки.

Большинство пострадавших с травмой живота поступали непосредственно в хирургический специализированный стационар в первые часы после травмы. При наличии перелома IX-X ребер больной после введения анальгетика на этапе первой врачебной помощи был госпитализирован в районное медицинское объединение, а оттуда через 6 ч направлен в нашу клинику,

где после 2 – часового наблюдения произведена лапароскопия и установлен разрыв кишечника.

Повреждения мочевого пузыря, как внебрюшинные, так и внутрибрюшинные (2 больных), обычно окончательно диагностировались после урографии. У 1 больного с тяжелым внутрибрюшинным повреждением мочевого пузыря в сочетании с травмой черепа наличие ссадин и сглаженности в поясничной области, резкая болезненность при пальпации и перкуссии, примесь крови в моче при катетеризации привели к постановке ошибочного диагноза разрыва почки. Операция была начата с люмботомии вместе лапаротомии. Дооперационная урография не производилось из-за тяжести состояния больного. Разрыв почки симулировался общей забрюшинной гематомой.

Приведенные данные о травмах живота и мочеполовых органов свидетельствуют о том, что при сочетанных повреждениях необходима шире ставить показания к лапароскопии.

Трудности диагностики, шок, состояние после операции у больных, которым требовались срочные вмешательства на органах грудной полости, живота и малого таза, вынуждали менять тактику лечения повреждений скелета. У большинства больных оказалось невозможным использовать ранний металлоостеосинтез.

Оперативное соединение костей при травме живота и таза откладывалось до полной ликвидации признаков перитонита, а при травме груди – до разрешения легочно – плевральных осложнений.

При наличии тяжелой черепно-мозговой травмы изменялись и тактика лечения повреждений костей и суставов – чаще накладывали гипсовые повязки, ограничивалось применение не только оперативного метода лечения, но и постоянного вытяжения (при бессознательном состоянии пострадавшего, при двигательном возбуждении). В остром периоде черепно – мозговой травмы часто использовались временные или съемные гипсовые повязки.

В заключение следует отметить, что весьма перспективно широкое применение параклинических методов обследования при сочетанных травмах, поскольку это снижает частоту осложнений у детей.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ

Исантурдиев У.И., Джаббаров Д.Д., Косимов М.А., Мусавий Б.Д., Тожибоев Б.А.

Сырдарьинской филиал РНЦЭМП

В 2011–2013 гг. в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП лечились 18 детей с переломами диафиза локтевой кости в сочетании с вывихом головки лучевой кости в возрасте от 1 года до 17 лет: из них мальчиков 11 (61,1%), девочек 7 (38,8%). У 12 (66,6%) больных были повреждения справа, у 6 (33,3%) – слева. При падении травмы получили 6 (33,3%) у детей, при подвижных играх – 4 (30,7%), во время тренировок – 3 (16,6%), прямые травмы отмечались у 4 (22,2%), не прямые у 1 (5,5%).

10 (55,5%) больных обратились в первые 6 ч с момента травмы, 3 (16,6%) – в течение 24 – 48 ч, 5 (27,7%) спустя 3 дня после лечения у народных лекарей.

У 13 (72,2%) больных мы применяли консервативное лечение, которое заключалось в закрытом вправлении головки лучевой кости с репозицией отломков локтевой кости под внутривенным наркозом. Под ЭОП контролировали репонированные костные отломки, после чего накладывали гипсовую лонгету. После уменьшения отека повторяли контрольную рентгенографию на 2-3 сутки. Из 13 больных, у которых применяли этот метод, у 12 (92,3%) результаты лечения оказались хорошими, а у 1 (7,3%) пациента отмечался отрицательный исход. Безуспешные закрытые репозиции и вторичные смещения костных отломков локтевой кости потребовали применения более рациональных методов лечения.

Позднее обращение 5 больных за медицинской помощью не позволило провести закрытое вправление компонентов повреждений Монтеджи. У 3 больных было вправлена головка лучевой кости, но неудовлетворительно состояние костных отломков локтевой кости потребовало оперативного вмешательства. У 3 (16,6%) больных при вправлении головки лучевой кости мы ограничились интрамедуллярным остеосинтезом локтевой кости. Невосстановленные кольцевидные связки лучевой кости часто осложняются рецидивом – вывихом головки лучевой кости (Тер-Егизаров Г.М. с соавт., 1977). Однако такие осложнения мы не наблюдали, возможно, благодаря высоким компенсаторным возможностям детского организма.

У 2 (11,1%) больных мы применяли открытое вправление с трансартикулярной фиксацией головки лучевой кости и ретроградным интрамедуллярным остеосинтезом локтевой кости. В течение операции восстановлены кольцевидные связки лучевой кости. При застарелых повреждениях Монтеджи было невозможно определить разорванные концы кольцевидной связки. В таких случаях мы выполняли местную мышечную пластику для закрытия и стабилизации передней и наружной поверхности лучевой кости. Для уменьшения контрактуры локтевого сустава трансартикулярные спицы удаляли через 7 дней, гипсовые повязки – через 6-7 недель.

При позднем обращении за медицинской помощью у больных с повреждением Монтеджи использовали более стабильные методы фиксации. В нашей клинике широко применяется открытое вправление головки лучевой кости с ретроградным интрамедуллярным остеосинтезом локтевой кости и их фиксация аппаратом Илизарова по методу НИИТО МЗ РУз. Под внутривенным наркозом открытым способом после вправления головки лучевой кости ретроградным способом выполняли интрамедуллярный остеосинтез локтевой кости. Под ЭОП контролировали репонированные костные отломки, после чего накладывали аппарат Илизарова с двумя полукольцами. Для разработки локтевого сустава во время лечения аппаратом Илизарова

проводили спицу Киршнера с упорной площадкой от верхней трети лучевой кости. Трансартикулярную спицу удаляли через 7-10 дней. Этот метод применялся у 2 больных, которые разрабатывали локтевой сустав на 7-10 сутки после операции. После 7-8 недель аппарат Илизарова снимали, больным рекомендовали ЛФК локтевого сустава. С целью уменьшения болевого синдрома и отека ткани назначали электрофорез 0,5% раствора новокаина, а при избыточном разрастании параартикулярной ткани вокруг локтевого сустава – электрофорез йодистого калия или 10% раствора хлористого натрия.

Таким образом, своевременное обращение больных с повреждениями Монтеджи в лечебных учреждениях уменьшает количество неудовлетворительных результатов. При длительном лечении больных гипсовыми повязками ограничение движения в локтевом суставе приведет к контрактуре локтевого сустава. Открытое вправление головки лучевой кости с ретроградным интрамедуллярным остеосинтезом локтевой кости и их фиксация аппаратом Илизарова позволяет начинать движения в локтевом суставе на 7-10 сутки после операции, что сокращает срок реабилитации на 2-3 недели.

БОЛАЛАРДА БУРАЛГАН КАТТА ЧАРВИ ЭХИНОКОКК КИСТАНИНГ ЎТКИР ОҒРИҚЛИ СИНДРОМИ ҲОЛАТИДА ЎТИШИ

**Искандаров Э.Р., Эшбоев А.Т., Бердиев Ў.Р.
РШТЎИМ Сурхондарё филиали**

РШТЎИМ Сурхондарё филиалида кейинги 10 йил давомида 7 нафар ҳар-хил ешдаги бемор болаларда қорин бўшлиғидаги катта чарвида буралган эхинококк кистаси операциягача аниқланиб, даволанди. Илмий марказга бу беморлар ўткир аппендицит? Перитонит? Ўткир ичак тутилиши? ва бошқа бирламчи ташхислар билан келтирилган. Шулардан 1 нафари шахарлик, 6 нафари қишлоқдан. Яна шуни таъкидлаб ўтиш керакки, 6 нафар қишлоқлик бемор болаларнинг ҳаммаси чорвачилик ривожланган туманлардан келишган.

Ҳамма бемор болаларда ўткир оғриқ қорин бўшлиғида тўсатдан бошланиб, борган сари кучайган. Бунга кўнгил айланиши, қусиш белгилари қўшилган. Бемор болаларда юзи кўкариб, баданидан совуқ тер ажралиши, ваҳимага тушиш, қўрқиш ва бошқа салбий ҳолатлари юзага келган.

Илмий марказда ташхиси аниқ бўлиши учун лабораторик, рентгенологик, УТД, Компьютер томографияси текширувлари ўтказилди. Текширувда қорин бўшлиғида ҳар-хил ўлчамли киста аниқланди. Беморлар операцияга оптимал тайерланиб, эндотрахеал наркоз орқали адекват операция ўтказилди.

Жарроҳлик амалиётида. Қорин бўшлиғида буралган катта чарви эхинококк кистаси аниқланиб, уларнинг ўлчам ҳажми 6х8х4 см.дан 12х10х8 см.гача овалсимон шаклда бўлиб, оқиш кўкимтир рангли кистанинг девори таранглашган. Деворлар қон томирлари димланган ҳолатда бўлиб, кисталар ўз ўқи атрофида 1700 дан 3600

гача соат миля бўйича буралганлиги аниқланди. Амалиётда катта чарви буралган қисми билан биргаликда, эхинококк кистаси олиб ташланди. Операциядан кейинги давр асоратсиз ўтди. Беморлар қайта УТД ва Компьютер томографиясидан ўтгандан сўнг эхинококкнинг кистасимон сояси бартараф бўлганлиги аниқланди.

Хулоса. Ўткир оғриқли қорин абдоминал синдроми пайдо бўлишини сабабларидан бири буралган катта чарвининг эхинококк кистаси бўлиши мумкин. Уни стандарт текширувдан ўтказилиб, операцияга оптимал тайёрланиб, ўз вақтида адекват операция ўтказилиши, операциядан кейинги асоратларини ва ўлим ҳолатини қамайтиради.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Исмаилов Ж.Т., Махмудов Н.И., Усманов Б.С.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В настоящее время неуклонно увеличивается число больных с костно-сосудистыми повреждениями конечностей, что связано с ростом количества дорожно-транспортных происшествий, механизацией и интенсификацией труда. Несмотря на развитие сосудистой хирургии и травматологии, сохраняется высокая частота послеоперационных осложнений (39-46%), ампутаций конечностей (до 25%), а также летальности пострадавших (12-21%) (Анкин Л.Н., 2004; Соколов В.А., 2006; Yucel N. et al., 2006).

Нами проанализированы результаты лечения 26 детей с костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей, в 2000 – 2013 гг. находившихся на лечении в отделениях сердечно-сосудистой хирургии и травматологии ФФРНЦЭМП. Открытые травмы наблюдались у 20 (76,9%) детей, закрытые повреждения – у 6 (23,1%). У 3 (11,5%) пострадавших костно-сосудистая травма сочеталась с ЧМТ, у 2 (7,7%) – с травмой органов груди, у 3 (11,5%) – с травмой органов брюшной полости. Тяжелый геморрагический и травматический шок отмечался у 14 (53,8%) пострадавших детей.

Основной причиной неблагоприятных исходов лечения данной категории больных была поздняя диагностика повреждений сосудов. У большинства пациентов диагноз устанавливался на основании клинических симптомов, наиболее частыми из которых были: наружное кровотечение, наличие обширной напряженной гематомы, изменение цвета и похолодание дистальных отделов конечности, отсутствие пульса на периферических артериях. В сомнительных случаях выполнялась ультразвуковая доплерография сосудов.

Выбор хирургической тактики зависел от общего состояния больного, характера травмы, вида повреждения и степени ишемии.

Всем детям с открытым переломом, наряду или после вмешательства на жизненно важных органах, под общим обезболиванием и после временной остановки наружного кровотечения выполнялась первичная хирургическая обработка раны. После обнажения и

взятия на сосудистые зажимы поврежденных сосудов проводилась фиксация переломов костей. Интрамедуллярный остеосинтез выполнен 16 больным, аппарат Илизарова использован у 3, артродез суставов – у 2, костный остеосинтез – у 5 детей.

Чаше встречались боковые повреждения стенок и контузии, реже – сквозные ранения или отрыв сосуда. Травма артерий выявлена у 33% пострадавших, вен – у 40%, сочетанное повреждение артерий и вен – у 27%.

После фиксации костных отломков и определения истинного дефекта сосудов выбирался оптимальный вариант сосудистого шва или пластики. Так, циркулярный шов артерий наложен 8 больным, вен – 4, боковой шов артерий – 4, вен – 7; аутовенозное протезирование артерий – 2, лигирование вен – 5.

С целью профилактики туннельного синдрома выполняли фасциотомии, раны дренировали по Редону. Больным назначали антикоагулянты, антибиотики, противоотечные средства.

Послеоперационные осложнения отмечались у 7 больных: у 3 – нагноение ран, у 2 – тромбозы сосудов, у 1 – аррозивное кровотечение, у 1 – отек головного мозга, у 1 – сепсис, у 2 – пневмония.

Удовлетворительные результаты получены у 88% пациентов, остальные больные находятся на этапах реабилитации. Умерших не было.

Таким образом, наш опыт лечения костно-сосудистых повреждений нижних конечностей у детей показывает, что своевременная диагностика, основанная на тщательном физикальном осмотре и УЗДГ и активная хирургическая тактика, заключающаяся в восстановлении поврежденных сосудов после стабильной фиксации костных отломков, служат залогом хороших результатов.

БОЛАЛАРДА БОЛДИР-ОШИҚ БЎҒИМИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ УЧРАШИ ВА УЛАРНИ ШОШИЛИЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ

Исмоилов А.В., Насриддинов С.А., Маматкулов Ю., Тухтасинов Х.Т.

РШТЎИМ Фарғона филиали

Марказимиз қабул диагностика бўлимига 2008–2013 йиллар давомида болдир–ошиқ бўғими шикастлари билан 3150 беморлар мурожат қилган. Булардан катталар 2400 та (76,2%), жумладан 14 ешгача бўлган болалар 750 та (23,8%) ни ташкил этди. 438 нафар (58,4%) болаларда ташқи тўпиқни синиши, 242 нафар (32,3%) ички тўпиқни синиши, 70 нафар (9,3%) болаларда ички ва ташқи тўпиқни синиши аниқланди. Қабул диагностика бўлимида беморлар тўла рентгенологик, клиник биохимик текширувларидан ўтказилгандан сўнг уларнинг 41 ташқи тўпиқни синиқ юзларининг силжиб синиши, 35 нафарда ички тўпиқни силжиб синиши, 16 нафар беморларда ички ва ташқи тўпиқни силжиб синиши аниқланди. Барча беморлар қабул диагностика бўлимида оғриқсизлантириш ва иммо-

близация муолажалари ўтказилиб, силжиб синишлар аниқланган 92 нафар беморлар шифохонада ётиб даволанди.

Болдир-ошиқ бўғими суякларининг синиб силжиган ҳолатларида синиқ бўлаклар орасига новокаин 2% – эритмаси билан блокада қилинди. Сўнг суяк бўлаклар епиқ усулда синиқ бўлаклар ҳолати бўйича репозиция қилиниб, орқанги ва ён U-симон гипс лонгет боғлами билан иммобилизация қилинди.

Болдир-ошиқ бўғими суякларининг тўлиқ репозиция қилинмаслиги, кейинчалик бўғим деформацияловчи артрози ривожланишига олиб келади. Бу эса беморларда доимий оғриқ ва ҳаракат фаолиятини пасайишига ҳатто ногиронликка олиб келади.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

Исмоилов А.В., Тожиев М.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Сложность анатомо-физиологического строения локтевого сустава значительно затрудняет лечение и усугубляет прогноз при переломах костей этой области. Частота и тяжесть данных повреждений, сложности клинической и рентгенологической диагностики, трудности вправления и удержания фрагментов при двух и более сопутствующих повреждениях, неодинаковые сроки иммобилизации при вывихе и переломе создают много препятствий на пути к благоприятным результатам лечения этих сложных повреждений.

В 2011-2013 гг. в отделении экстренной травматологии ФРЦЭМП на стационарном лечении находились 76 больных с повреждениями в области локтевого сустава. Мальчиков было 48 (63,1 %), девочек – 28 (36,9 %).

Чрезмыщелковые переломы были у 21 (27,6%) пациента, медиального надмыщелка – у 12 (15,8 %), переломы головчатого возвышения – у 18 (23,6%), блока плечевой кости – у 8 (10,5%). Второе место по частоте переломов занимала лучевая кость, в области шейки – переломы отмечались у 6 (7,8%), головки – у 4 (5,3%). Переломы локтевой кости были – у 7, из них локтевого отростка – у 6 (7,8%), венечного – у 1 (1,3%).

В отличие от других видов повреждений в области локтевого сустава множественные переломы и переломовывихи протекали тяжело, сопровождалась обширными околосуставными кровоизлияниями, выраженными деформациями и резкими болями: активные и пассивные движения в суставе были невозможны. Клиническая диагностика на таком фоне представляла значительные трудности, решающим фактором в постановке правильного диагноза были данные рентгенографии с учетом возрастных особенностей строения и развития детского локтевого сустава.

Основным методом лечения переломов был консервативный. Обращали внимание на тяжесть повреждения, степень и характер смещения отломков. При боковых и умеренных угловых смещениях применяли

закрытое одномоментное вправление. Обычно допускались однократные попытки путем воздействия на наиболее выраженные компоненты смещения. При больших смещениях отломков с полных их разобщением, преобладанием ротации, наличием внутрисуставного ущемления костных фрагментов и явлением интерпозиции применяли метод с фиксацией отломков спицей.

При надмыщелковых и чрезмыщелковых переломах со смещением костных отломков применяли закрытый остеосинтез аппаратом Илизарова из 2 полуколец под контролем ЭОП.

При остеопифизеоллизе локтевого отростка и отрыва медиального надмыщелкового возвышения произведена операция под контролем ЭОП рентгеновским аппаратом закрытым способом кортикальным остеосинтезом спицами Киршнера. После операции наложена гипсовая лонгета сроком на 12-16 дней. А переломов проксимальными концами лучевая кость закрытым способом трансартикулярно остеосинтеза спицами Киршнера.

В лечении детей с указанной патологией всегда оправдывало себя стремление как консервативными, так и оперативными методами добиваться правильного анатомического взаимоотношения фрагментов. В предупреждении ближайших и отдаленных осложнений исключительно важным фактором является бережное обращение с тканями поврежденного локтевого сустава.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И СРОКИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кайтазов А.И., Насыров М.М., Курбанов М.М.,

Алимханов Б.Ш.

РСНПМЦ педиатрии

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) у детей остается одной из наиболее острых проблем хирургии. Интерес к ней, несмотря на многолетнюю историю ее изучения, не ослабевает. Спаечный процесс в брюшной полости и развивающиеся вследствие этого осложнения занимают ведущее место среди причин релапаротомий у детей.

Цель. Определение сроков допустимой консервативной терапии при ОСКН у детей и анализ послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 42 больных в возрасте от 3 до 15 лет с острой спаечной кишечной непроходимостью, из них 31 (73,8%) мальчик и 11 (26,2%) девочек. Алгоритм диагностики заключался в уточнении жалоб, тщательном сборе анамнеза и объективном осмотре ребенка. Инструментальные методы включали обзорную рентгенографию органов брюшной полости стоя, контрастное исследование ЖКТ, УЗИ органов брюшной полости.

Результаты. Все больные жаловались на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и неотхождение газов. В анамнезе больные перенесли

операции на органах брюшной полости по поводу перитонита – 14 (27,6%), закрытых травм органов брюшной полости – 10 (23,9%), аппендэктомии – 9 (21,4%), врожденных аномалий органов брюшной полости – 5 (11,9%), острых гинекологических заболеваний – 4 (9,5%). После первой операции по поводу ОСКН повторно оперированы однократно 5 (11,9%) больных, дважды 2 (4,7%).

В сроки от начала заболевания до 6 ч. обратились 16 (38%) детей, 6-12 часов – 19 (45,2%), более 12 ч. 7 (16,5%). При ректальном исследовании у всех больных ампула прямой кишки была пустая, тонус сфинктера снижен. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости стоя (ОБП) уровни жидкости и чаши Клойбера в ранние сроки выявлены у 24 (57,1 %) больных, в более поздние сроки – у 18 (42,9 %). На УЗИ наблюдалось расширение петель кишечника, жидкость в просвете кишечника, «маятникообразная» перистальтика у всех больных. Свободная жидкость в брюшной полости выявлена у 7 (16,7%) больных, поступивших позднее 12 ч.

У 15 (35,7%) больных диагноз был сомнительный, параллельно с консервативной терапией им проведено рентгеноконтрастное исследование ЖКТ, которое подтвердило диагноз. У всех больных в анализах периферической крови имелся лейкоцитоз, в биохимических анализах – нарушение электролитного баланса.

35 (83,4%) больных оперированы в сроки до 6 часов с момента поступления, 7 (16,6 %) – через 6-10 ч.

Среди детей с давностью заболевания более 12 часов у 2 обнаружен некроз петель кишечника без перитонита. Им произведена резекция тонкой кишки с наложением анастомоза «конец в конец». У 5 детей был некроз кишки с перитонитом, им произведена резекция кишки с наложением стомы.

7 больных оперированы спустя более 6 ч. с момента поступления. 4 (57,1%) из них произведена диагностическая лапароскопия, во время которой у 3 вмешательство завершилось рассечением спаек и восстановлением проходимости кишечника, 1 больному понадобилась конверсия.

Таким образом, частота осложнений ОСКН напрямую зависит от срока обращения с момента появления начальных признаков заболевания. Несмотря на ранние сроки оперативного вмешательства, у больных с поздним сроком заболевания наблюдается большое количество осложнений.

ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Каримбаев Ш.Т., Ашуров З.И., Шарифбаев С.А., Исмаилов А.И., Ходжиев С.К.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В Наманганском филиале РНЦЭМП в 2009 – 2013 гг. на лечении находились 7 больных с АГМ, из них 3 с отогенными и 4 – с синусогенными осложнениями. Возраст больных составлял от 3 до 18 лет. Клинически АГМ проявлялся головной

болью (40%), лихорадкой (80%) и очаговыми неврологическими нарушениями (20%).

Результаты. У 2 больных в стадии несформировавшегося абсцесса-энцефалита, со стертой клинической картиной проводилась активно – выжидательная тактика с применением антибиотиков широкого спектра действия. У 3 пациентов произведено тотальное удаление АГМ. Критерием хирургического лечения явилось значительный масс – эффект АГМ, дислокация срединных структур, близкое расположение абсцесса к желудочку мозга при МСКТ, сформировавшийся абсцесс и наличие клинических признаков выраженной внутричерепной гипертензии (ВЧГ). У 2 больных в связи с тяжелым состоянием и глубинным расположением абсцесса произведено пункционное дренирование с последующим промыванием его полости с применением приливно-отливной системы. Всем пациентам проводилась антибактериальная, дегидратационная и антиконвульсивная терапия. До и после операции выполнялась контрольная МСКТ, санация первичного воспалительного очага с привлечением ЛОР специалистов.

Таким образом, применение современных методов визуализации, адекватная дифференцированная хирургическая тактика, а также наличие высококвалифицированных специалистов позволяет своевременно оказать необходимую помощь данной категории больных.

НЕОТЛОЖНАЯ РАДИКАЛЬНАЯ МИНИИНВАЗИВНАЯ ФИСТУЛОКРИПТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ЕЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Каримов И.М., Хамраев А.Ж., Назирова М.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Высокая частота (52%) рецидивирующего течения и неудовлетворительных результатов лечения острого парапроктита (ОП) у новорожденных остается актуальной проблемой детской хирургии и требует поиска более радикальных методов операций и их морфологическое обоснование.

Цель исследования. Уменьшение числа послеоперационных осложнений ОП у новорожденных путем усовершенствования новых методов миниинвазивных фистулокриптоэктомий (МИФКЭ).

Материал и методы. Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 42 новорожденных с ОП. Проводились общеклинические и лабораторные методы исследования, аноскопия. У всех пациентов МИФКЭ проводили в неотложном порядке. Для изучения радикальности МИФКЭ проведены морфологические исследования. При этом иссеченные 42 фрагмента ткани фиксировали в 10-12% растворе формалина на фосфатном буфере по Лили. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином. При светооптической микроскопии фотографии получали на микроскопе «Биолам И». Для сканирующей электронной микроскопии (СЭМ), препараты после фикса-

ции и высушивания напыляли золотом (НЦХ МЗ РУз).

Результаты. При МИФКЭ с помощью проводимого через свищевой ход при ОП узла нити, полностью вылушиваются остатки эпителиальной выстилки свищевого хода, в крипте удаляется та часть эпителия, которая подвержена воспалению. Тем самым удается избежать травмы сфинктера прямой кишки и образования дефекта слизистой большого размера. Через 2 суток после снятия лигатуры раневой канал равномерно заполняется грануляционной тканью, и происходит прочное вторичное рубцевание, что способствует быстрому заживлению раны промежности. После лечения рецидивов ОП не наблюдалось. С помощью СМ и СЭМ гистоморфологически было подтверждено полное удаление крипты и эпителиальной выстилки и роль микродренажной функции оставленной в ране для санации нитки.

Изучение лески и ее узлов с помощью СЭМ до проведения санации показало, что поверхность ее гладкая, местами отмечается незначительная десквамация тонких слоев поверхности лески. После санации свища на ее поверхности появляется большое количество разнообразных наложений, что является содержимым свищевого хода. При большом увеличении отчетливо различают детрит, фибрин, эритроциты, эпителиоциты, разнообразные микроорганизмы в виде палочек и фрагменты грибов, эхиноциты и стоматоциты. После повторной санации свищевого хода, микроорганизмы практически отсутствуют на поверхности узлов лески, выявляются только эритроциты.

Таким образом, при МИФКЭ использование для микросанации микродренажей в виде капроновых лесок с узлами морфологически доказывают удаление из полости свищей не только детрита, фибрина и десквамированных клеток, но и патогенного содержимого в виде микроорганизмов, палочек и структур грибов, что обеспечивает радикальность вмешательства. Клинически во всех случаях при хирургическом лечении ОП с помощью МИФКЭ у всех новорожденных наблюдалось полное выздоровление, рецидивов не было.

Таким образом, в неотложной неонатальной хирургии при лечении ОП у новорожденных метод МИФКЭ обеспечивает профилактику рецидивов заболевания.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ

Касымов К.Л., Гафуров А.А., Туйчиев Г.У.,

Мамажонов У.Ш., Исомиддинов З.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Материал и методы. В отделении хирургии АОДММЦ в 2010 – 2013 гг. по поводу различных форм аппендицита оперированы 426 детей в возрасте от 2 до 17 лет. Нами проанализировано 11 историй болезни пациентов, у которых согласно гистологическому заключению имелся хронический аппендицит.

Результаты. 74 пациента 1-й группы поступили

в клинику с жалобами на боли в животе, и были оперированы по экстренным показанием (лапаротомия). Ни у одного из них хронический аппендицит не был диагностирован интраоперационно. В протоколах операций отмечено утолщение отростка в центре или на верхушке (80%), наличие спаечного процесса в проекции куполы слепой кишки с фиксацией аппендикса (67,6%), «улиткообразная» деформация червеобразного отростка (18,9%). У 58 детей выставлен диагноз острого флегмонозного аппендицита, у 16 – простая или катаральная форма аппендицита. Из анамнеза выяснилось, что 29 детей неоднократно поступали в больницу с жалобами на боли в животе, и после обследования лечились консервативно. Согласно гистологическому заключению у всех пациентов были морфологические признаки хронического аппендицита: склероз и атрофия мышечной оболочки червеобразного отростка. Во 2-ю группу включены 11 больных, которые лечились в хирургическом отделении АОДММЦ по поводу аппендикулярного инфильтрата. Через 2-6 месяцев после выписки из стационара им проведена аппендэктомия. До операции алгоритм обследования включал УЗИ брюшной полости с визуализацией червеобразного отростка и мезентериальных лимфоузлов. Выявлено снижение эхогенности мышечного слоя отростка, нарушение дифференцировки слоев и увеличение мезентериальных лимфоузлов.

Выводы. Хронический аппендицит наблюдается у 10% детей от общего числа оперированных. Определяющим в диагностике являются клиническая картина болевого симптома с неоднократным поступлением больного на стационарное лечение, данные УЗИ брюшной полости. Лечение хронического аппендицита у детей оперативное: аппендэктомия традиционным способом или лапароскопическая аппендэктомия.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Кобилев Э.Э., Раупов Ф.С., Аслонов А.А., Ахмедов А.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) – одно из самых тяжелых и распространенных заболеваний детского возраста, возникающее в различные сроки после оперативных вмешательств на органах брюшной полости. После устранения ОСКН при «открытом» оперативном вмешательстве особое значение придается декомпрессии желудочно – кишечного тракта.

На первых этапах работы мы чаще применяли интубацию тонкой кишки через гастростому, значительно реже – другие методы (цекостомия, интубация через заднепроходное отверстие, пункция кишки). В связи с тем, что эти методы довольно травматичны и нередко сопровождаются различными осложнениями, в дальнейшем мы практически отказались от них и перешли к интраоперационному одномоментному опорожнению тонкой кишки путем «сцеживания» ее содержимого в толстую кишку или в желудок. В обя-

зательном порядке проводили блокаду брыжейки тонкой кишки 0,25 % раствором новокаина. Сравнительный анализ всех методов декомпрессии тонкой кишки показал преимущество последнего: быстрее восстанавливается перистальтика кишечника, меньше послеоперационных осложнений, сокращаются сроки пребывания больного в стационаре. Так, при «сцеживании» кишечного содержимого тонкой кишки в желудок или толстую кишку самостоятельный стул в первые 3–4 сутки отмечался у 92,6% больных; в то же время при всех остальных методах декомпрессии тонкой кишки (интубация через гастростому, цекостому, аппендикостому и заднепроходное отверстие) только у 67,3 % пациентов.

При анализе послеоперационных осложнений, связанных непосредственно с методом декомпрессии кишечника, установлено, что при интубации кишечника через гастростому у 18,8% больных отмечались нагноение раны и мацерация кожи вокруг гастростомы, у 1 ее несостоятельность и развитие перитонита, что потребовало релапаротомии. При применении других методов декомпрессии у 15% больных в области послеоперационной раны также отмечались местные воспалительные явления.

Таким образом, в связи с указанными обстоятельствами, интраоперационное «сцеживание» кишечного содержимого в желудок или толстую кишку как щадящий и эффективный метод декомпрессии желудочно–кишечного тракта при лечении ОСКН у детей должен найти широкое применение в практическом здравоохранении.

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

**Қодиров Р.Ф., Мингжигитов Ш.С., Эргашев Б.Қ.,
Жуманов Н.Л., Чулибоев И.
РШТЁИМ Жиззах филиали**

РШТЁИМ Жиззах филиали шошилиш болалар хирургияси бўлимида 2001-2013 йилларда қорин бўшлиғи аъзоларининг очик ва ёпиқ жароҳатлари билан 176 та бемор болалар даволанди. Ўғил болалар 112 (63,3%) та, қиз болалар 64 (36,4%) тани ташкил қилди. Ушбу етқизилган беморларнинг 132 (75,0%) тасида ҳар хил даражадаги оператив даволар ўтказилди, бу ушбу йилларда ўтказилган операцияларнинг 2,3% ини ташкил қилади. Беморлардан 109 (61,9%) таси автотравма билан қолганлари 67 (38,1%) таси маиший травмалар. Стационарга ўз мурожаати билан 144 (81,8%) таси, ТТЁ билан 32 (18,2%) тани ташкил қилган. Беморлар етқизилгандан сўнг керакли текширув усуллари лаборатор, рентгенологик, ультратовуш ва компьютер томографик текширув методларидан фойдаланилди.

29 (16,4%) беморда спленэктомия, 26 (14,7%) беморда ичак ва тутқич жароҳатларини тикиш, 24 (13,6%) болада жигар жароҳатини тикиш, 18 (10,2%) ҳолатда йўғон ичак жароҳатини тикиш, 11 (6,25%) амалиётда катта чарви жароҳатини тикиш, 6 (3,4%) беморда ошқозон жароҳатини тикиш, 5 (2,8%) беморда ошқозон

ости беи жароҳатини тикиш бажарилди. 13 (7,3%) та беморда қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатини инкор қилишнинг иложи бўлмаганлиги туфайли диагностика лапароцентез ва лапороскопик операциялари қилинди ва бу беморларда қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатлари топилмади.

44 (22,7%) та беморда кузатиш ва текширишдан сўнг 31 тасида «қорин олд деворининг лат ейиши», кўкрак қафаси аъзолари жароҳатларининг 13 тасида ўткир хирургик касалликлари инкор қилиниб, беморларни уйига қониқарли аҳволда жавоб берилган.

Қорин бўшлиғи жароҳатлари билан етқизилган беморлардан 4 (2,2%) та беморда ўлим қайд этилиб, икки беморда ҳамкор жароҳат-кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари жароҳати, гемоторакс, тарқалган тери ости эмфиземаси, жигарнинг жароҳати, қорин парда орти соҳа тотал гематомаси билан, иккита беморда агонал ҳолат, жигарнинг парчаланиб ерилиши, тарқалган гемоперитонит, постгеморрагик ва посттравматик шок оғир даражаси билан ўлим ҳолати қайд этилди.

Хулосалар. 1. Травматик жароҳатларда прогноз қўйишда комплекс текширувлар ўтказиш, зарур ҳолларда уролог, нейрохирург ва травматологларни жалб қилиш керак. 2. Даволашнинг дастлабки даврлариданоқ шокка қарши даво чоралар, йўқотилган қон миқдорини тўлдириш катта аҳамиятга эга. 3. Б е - морларда операция олд тайергарлигини анестезиолог билан биргаликда олиб борилиши ўта муҳим.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

**Колыхалкина И.А., Амчеславский В.Г., Карасева О.В.,
Чернышева Т.А., Иванова Т.Ф., Коваленко М.И.,
Бережной Ю.Ю.**

**НИИ неотложной детской хирургии и травматологии,
Москва, Россия**

Цель исследования. Оценка эффективности разрабатываемой последовательности неотложных действий (Протокола) при ВЧГ у детей с тяжелой сочетанной травмой.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 90 пациентов с тяжелой травмой в возрасте от 1 года до 18 лет (9,3±4,9 года): мальчиков – 80 (69,6%), девочек – 35 (30,4%). Тяжесть пострадавших по шкале ISS составила 33,4±17,4 балла; по шкале комы Глазго (ШКГ) – 6,5±2,5 балла. Всем детям проводили клинический, лабораторный, инструментальный мониторинг, включая мониторинг ВЧД.

Сочетанные повреждения (87%) наиболее часто были представлены травмой органов грудной клетки (71%) и травмой живота (26%), наряду с тяжелой ЧМТ, которая была изолированной у 13% пострадавших детей.

Было выделено 2 группы больных сопоставимого возраста, уровня сознания (ШКГ), тяжести травмы (ISS) и составляющим лечения.

В 1-ю группу вошли анализируемые ретроспективно 33 (36,7%) больных, у которых лечение острой ВЧГ

соответствовало международным рекомендациям.

2-ю группу составили 57 (63,3%) проспективно набранных больных, у которых был применен разработанный нами Протокол пошаговой терапии ВЧГ (Протокол) со строгими показаниями к началу его проведения, назначению каждого последующего «шага», определенной последовательностью и временными рамками предпринятых «шагов».

При наличии показаний к мониторингу ВЧД установка внутричерепных датчиков была выполнена у 13% больных с тяжелой изолированной ЧМТ и у 87% детей с сочетанными повреждениями, включающими тяжелую ЧМТ. Для непрерывного получения результирующей величины церебрального перфузионного давления (ЦПД) инвазивно измеряли АД. Исходы оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ) на момент выписки больного из стационара.

Результаты. 1-й «шаг» Протокола включал комплекс мероприятий по коррекции экстракраниальных факторов, вызывающих нарастание ВЧГ, что у 31% детей позволило нормализовать ВЧД, не прибегая к дальнейшим «шагам» Протокола.

2-й «шаг» Протокола заключался в дозированном выведении ликвора через вентрикулярный дренаж и был выполнен у 9,6% больных, но ни у одного пациента он не оказался окончательным.

3-й «шаг» Протокола – терапия гиперосмолярными растворами – был применен у 62,3% детей. У 80% из них использовали гипертонические растворы NaCl (3%, 7,5%), у 20% – 15% раствор маннитола. Этот шаг Протокола привел к устойчивому эффекту нормализации ВЧД у 12,8% детей, что позволило не прибегать к последующим шагам.

4-й «шаг» Протокола – гипервентиляционная терапия, имел ограничения во времени из-за опасности развития стойкой гипоксии и был выполнен нами у 55,7% больных, что позволило достичь стойкого эффекта у 31,2% детей.

5-й «шаг» Протокола – «барбитуровая кома» осуществлен у 25% больных. Для его проведения обязательным было контрольное КТ – исследование. Через 48 ч от момента начала «барбитуровой комы» при ее эффективности у 16% детей проводили контрольное КТ – исследование с принятием решения по достигаемому результату лечения.

6-й «шаг» Протокола – декомпрессивная трепанация черепа – был применен в различные сроки острейшего периода травмы при ВЧГ у 7 (12%) больных.

Анализ полученных результатов применения Протокола на момент его внедрения выявил улучшение исходов во 2-й группе больных в сравнении с 1-й группой при одновременном снижении летальности во 2-й группе на 5,4% (21,2% в 1-й группе – против 15,8% во 2-й).

Таким образом, протокол пошаговой терапии ВЧГ является эффективной и неотъемлемой составляющей при лечении детей с тяжелой изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой, при использовании которого можно достичь улучшения исходов

острого периода.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Косимов З.Н., Абдувалиева Ч.М., Аллаев М.Я., Рахмонов А.А., Усмонов Ш.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Изолированное повреждение двенадцатиперстной кишки (ИПДК) встречается редко, в 2,5% от общего числа травм желудочно-кишечного тракта. Трудности диагностики связаны с анатомическим расположением органа. Тяжелейший перитонит после повреждении ДПК (ПДПК) встречается в 50-70%, летальность при этом составляет 20-50%.

За последние 10 лет в детское хирургическое отделение АФНЦЭМП поступили 9 детей с ИПДК в возрасте от 2 до 15 лет, мальчиков было 7, девочек 2.

У 5 мальчиков травма возникла в результате прямого удара или при падении на тупой предмет. Эти подкожные разрывы были расположены ниже фатерова сосочка. У 1 мальчика повреждение наступило от палочки от конфеты. У 2 девочек 14 лет были повреждения швейной иглой верхней горизонтали, то есть выше фатерова сосочка. У мальчика ятрогенное повреждение наступило во время идеальной эхинококэктомии в толще малого сальника, было повреждение вертикальной части ДПК.

У 1 мальчика 2 лет наступил полный отрыв нижней горизонтали, наложен анастомоз конец в конец.

Все дефекты ДПК ушита двухрядными швами и перитонизацией свободным сальником. В последующем произведена назогастроудоденальная интубация. 8 больных выписаны с выздоровлением. 1 (11,1%) мальчик 13 лет умер от желчного перитонита. Он поступил на 3 сутки после травмы, у него образовался свищ ДПК, в последующем развился абдоминальный сепсис.

Таким образом, залогом успеха оперативного лечения ПДПК являются: 1) своевременная диагностика и тщательная ревизия гематомы во время лапаротомии вокруг ДПК; 2) разгрузочная назогастроудоденальная интубация ниже поврежденного участка ДПК.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Кулдашев К.А., Холматов А.А., Ташланов М.М., Тухтаев Н.М., Гафуров Б.З.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Основные механизмы нейротравмы определяются не только первичным воздействием в момент травмы, но и действием различных вторичных повреждающих факторов, одним из которых является внутричерепная гипертензия (ВЧГ). При травматической болезни мозга

синдром внутречерепной гипертензии развивается в 5-11,5% случаев. Основная опасность ВЧГ заключается в снижении перфузии мозга с формированием ишемического поражения, а также дислокационных нарушений, приводящих к ущемлению ствола мозга. Внутречерепная гипертензия, постепенно нарастая, достигает максимума к 48-72 ч после травмы и может сохраняться в течение нескольких недель.

За прошедший год (с 2013 – март 2014 гг.) в отделениях детской нейротравматологии и нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи на лечении находился 681 пострадавший с черепно-мозговой травмой. Синдром ВЧГ развился у 178 (29%) из них.

Основными проявлениями синдрома внутречерепной гипертензии служили: изменение памяти и внимания – у 163 (91,8%), из них выраженное – у 59 (32,9%); отсутствие пульсации центральной вены сетчатки – у 159 (89,5%); снижение индекса вазомоторной реактивности – у 142 (79,7%), гидроцефалия по данным магнитно-резонансной или компьютерной томографии – у 110 (61,8%), патологические типы электроэнцефалограмм – у 96 (53,9%). Дополнительные критерии: рентгенологические признаки отмечались у 43 (24,2%), головная боль, сопровождающаяся тошнотой – у 42 (23,7%), эпилептический синдром – у 26 (14,5%), зстой на глазном дне – у 16 (9,2%).

Во всех случаях нарушения уровня сознания, иногда сочетающегося с острой респираторной или сердечной недостаточностью, при травматических повреждениях головного мозга оправданной считалось нейровизуализация, в частности КТ и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.

Мониторинг внутречерепного давления проводился у больных с тяжелой ЧМТ (3-8 баллов по шкале комы Глазго) с и без патологии на КТ. При оценке данных КТ признаками ВЧГ считались компрессия охватывающей цистерны, компрессия желудочков, отсутствие субарахноидальных щелей, сглаженность борозд и извилин, смещение срединных структур. Особое внимание уделяли наличию отека головного мозга, а также дислокационным изменениям срединных структур. Важнейшими структурами в экстренной нейровизуализации являлись артерии, кровоснабжающие мозг, дренирующие вены и синусы, базальные цистерны, срединные структуры, некоторые критерии, указывающие на ликвородинамические расстройства.

Нейровизуализационные симптомы, такие как компрессия мозговой ткани, парастволовых цистерн, латеральная и/или аксиальная дислокация срединных структур, расширение/сдавление желудочка мозга, как правило, дали критическую информацию о патологическом очаге у 119 (67%) пострадавших. Наиболее постоянным признаком, ассоциирующимся с компрессией латеральных перимезенцефалических цистерн, считалось изменение диаметра и реакции зрачков – у 146 (82%) пациентов. Одно- или

двусторонний мидриаз обычно служил ориентиром состоявшегося вклинения.

КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ У ДЕТЕЙ

**Мамадалиев Б.Р., Усманов Б.С.,
Исмаилов Ж.Т., Хомиджонов И.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Пластическое закрытие дефекта кожного покрова кисти при ее повреждении прочно вошла в практику хирургов как заключительный элемент первичной хирургической обработки. Наиболее признанным видом дермопластики является выкраивание лоскута на питающих ножке с передней стенки живота в различных модификациях.

За период с 2003 по 2013 гг. в отделении хирургии сосудов и микрохирургии ФФРНЦЭМП лечение получили 422 больных с открытыми повреждениями пальцев кисти различного характера, из них мужчин было 313 (69,8%), женщин 109 (21,3%), в том числе детей до 18 – 76 лет.

Мы используем следующий вариант кожной пластики для замещения дефектов кожи кисти и пальцев. Под общим обезболиванием производим первичную хирургическую обработку раны, выкраиваем лоскут с выбранного участка с соотношением сторон 2:1 при дефектах кожи 1 пальца или в области тенара выкраиваем полуовальный лоскут с передней стенки живота. Дефект кожи II-III-IV-V пальцев и области гипотенара закрываем лоскутом, сформированным на передней стенки живота. Донорская рана в зависимости от ее величины закрывается путем сближения краев после их мобилизации и проведения послабляющих разрезов или свободным кожным трансплантантом.

При фиксации лоскута к раневому дефекту кисти и пальцев большое значение уделяем адаптации их краев, используя П-образный или интрадермальный шов. Между кистью и животом укладывается сухая ватно-марлевая прокладка. Фиксация кисти к бедру может быть обеспечена мягкой тканью повязкой.

Описанная методика применена нами у 76 детей. Первичное заживление отмечалось у 68 детей с хорошим приживлением лоскута и восстановлением функции кисти. У 7 детей отмечался частичный краевой некроз, у 1 – полный некроз.

Разработанное лечение при глубоких поражениях мягких тканей с дефектами пальцев и кисти позволяет сохранить полную функцию кисти и снизить количество послеоперационных осложнений.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ БРОНХОСКОПИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ

**Мамаджанов А.А., Таджибаев А.Х.
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Материал и методы. Специфика эндоскопического исследования у детей определяется анатомическими особенностями органов дыхания. Это небольшие раз-

меры исследуемых органов, повышенная подвижность стенок трахеи и бронхов, проявляющаяся физиологическим пролапсом, затрудняющим введение инструмента, а также склонность к генерализованному отеку слизистой, гиперпродукции бронхиального секрета.

В Наманганском филиале РНЦЭМП в 2011 – 2013 гг. бронхоскопические исследования выполнены у 207 детей. Все бронхоскопические исследования проводились по экстренным показаниям в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии. Необходимость к экстренной лечебной бронхоскопии у 80 (38,6%) детей возникла в связи с инородными телами дыхательных путей, у 57 (27,5%) – различными травматическими повреждениями, у 49 (23,6%) – бронхолегочными осложнениями, у 21 (10,1%) – различными отравлениями.

Результаты. Показаниями к экстренной бронхоскопии являлись неотложные состояния с острой дыхательной недостаточностью, развившейся вследствие обтурации бронхов вязкой слизью, гноем, кровью, содержимым желудка и инородными телами. У больных, находящихся на искусственной вентиляции легких, ФБС выполнялась через интубационную или трахеостомическую трубку. При повреждении легких в результате политравмы в сочетании с ушибом легкого и кровохарканьем бронхоскопия проводилась после ликвидации нарушений кардио-респираторного равновесия, угрожающих жизни больного, во избежание углубления гипоксии и возникновения рефлексорных расстройств при наличии выраженных нарушениях дыхания и кровообращения. Больным после утопления в пресных водоемах экстренная бронхоскопия проводилась в первые часы после поступления, независимо от рентгенологической картины. Удаление инородных тел из верхних дыхательных путей и своевременная их санация позволили ликвидировать глубокие гипоксии, снизив частоту вторичных осложнений у больных с обструкцией верхних дыхательных путей.

Заключение. Диагностическую и лечебную бронхоскопию следует включать в комплекс лечебных мероприятий при интенсивной терапии больных с обструкцией верхних дыхательных путей.

РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ

Мансуров А.Б., Жамолов Т.А.

Бухарский филиал РНЦЭМП

В отделении детской хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП под нашим наблюдением в 2010-2011гг. находились 2 пациента с диагнозом «закрытая травма живота». Посттравматический разрыв хвоста поджелудочной железы. Посттравматический панкреатит. Псевдокиста корня брыжейки поперечно-ободочной кишки» и 2 пациента с посттравматическим панкреатитом без развития других последствий. В этот же период на лечении по поводу тупой травмы живота находился 61 больной. Таким образом, частота посттравматических панкреатитов составила 6,6%. Все пациенты получили тупую травму живота в результате падения.

Больным проводился комплекс лечебно-диагностических мероприятий по стандартам. На рентгенографии брюшной полости у всех 4 пациентов выявлены явления пневматоза кишечника. Лишь у 1 пациента на ультразвуковом исследовании в проекции ворот селезенки обнаружено забрюшинно расположенное жидкое содержимое округлое образование диаметром более 20 мм. Уровень диафрагмы крови колебался от 64 до 128 ед. При динамическом УЗИ у этого пациента наблюдалось увеличение размеров образования до 50х47 мм к 5 суткам, а к 8 суткам размеры жидкое содержимое образования увеличились до 129х98 мм с признаками местного перитонита. При этом выявлен дефект капсулы и паренхимы хвоста поджелудочной железы, что и явилось показанием к выполнению лапаротомии.

Интраоперационно обнаружено посттравматическое повреждение хвоста поджелудочной железы (разрыв капсулы) размером 3х12 мм, кроме того, в области корня брыжейки поперечно-ободочной кишки выявлено жидкое содержимое образования (псевдокиста), содержащее около 200 мл мутной жидкости (показатели диафрагмы в эвакуированной жидкости с этого образования составили 1600 ед).

Таким образом, острый посттравматический панкреатит после тупых травм живота у детей протекает с очень бурными клиническими явлениями с развитием в 25% случаев посттравматической псевдокисты поджелудочной железы, что требует к таким пациентам настороженного внимания детских хирургов.

РОЛЬ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ТАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Махкамов К.Э., Тухтабеков З.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Опухоли головного мозга составляют от 6 до 8,6% от общего числа всех новообразований. Среди органических заболеваний ЦНС на опухоли головного мозга приходится 4,2-4,6%. Особое место среди опухолей головного мозга занимают опухоли задней черепной ямки (ЗЧЯ) вследствие ограниченного объема, важной роли ее структур, в частности с заинтересованностью стволовых структур головного мозга.

Удаление опухолей задней черепной ямки в современной нейрохирургии составляют одну из наиболее важных и трудных проблем, операции при них сопровождаются большим риском и не всегда заканчиваются благоприятным исходом.

Цель исследования. Выбор тактики хирургического лечения с учетом клинко-неврологического течения и локализации опухоли ЗЧЯ.

Материал и методы. В 2006-2013 гг. оперативное лечение проведено у 27 больных детей с опухолями головного мозга с субтенториальным расположением. По отношению к структурам ЗЧЯ отмечалось следующее распределение опухолей: 14 больных с опухолями мозжечка (51,85 %); 9 – с опухолями мостомозжечково-

го угла (33,3%); 4 – с опухольями IV желудочка (14,8%).

У 23 (85,18%) больных отмечался окклюзионный синдром различной степени выраженности.

От первой манифестации болезни до точного установления диагноза прошло от 1 месяца до двух лет. Первым проявлением опухолей ЗЧЯ у 24 (88,8%) больных было нарастание и приобретение постоянного характера головных болей. Другие неврологические нарушения при манифестации процесса встречались как моносимптом или как сочетание симптомов. Снижение слуха отмечалось у 12 (44,4%) больных, головокружение у 15 (55,5%), диспепсические явления и тошнота у 5 (18,5%), общая слабость у 3 (11,1%). После подозрения на объемное образования головного мозга диагноз был верифицирован КТ- и МРТ-исследованием, при котором определялось объемное образование размерами свыше 2,5х3,0 см, а также явления окклюзионной гидроцефалии – у 25 (92,6%).

Немаловажную роль в выборе тактики хирургического лечения играла выраженность окклюзионного синдрома и степень угнетения уровня сознания.

Всем больным произведена трепанация ЗЧЯ с удалением опухоли и с восстановлением ликворотока. 11 больным, у которых использовалась двух этапная тактика оперативных вмешательств, в связи с наличием симптомов вклинения в экстренном порядке установлен вентрикулярный дренаж с целью декомпрессии ликворной системы. Вторым этапом произведена трепанация ЗЧЯ с удалением опухоли головного мозга.

Таким образом, сроки, тактика и объем оперативного вмешательства при опухолях ЗЧЯ зависят от выраженности клинико-неврологических проявлений окклюзионного синдрома.

БОЛАЛАРДА ЧЕГАРАЛАНГАН АППЕНДИКУЛАР ПЕРИТОНИТНИ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ

Махмудов Н.И., Юлдашев Н.Н.

РШТЁИМ Фарғона филиали

РШТЁИМ Фарғона филиали шошилиш боалар хирургия бўлимида 2010-2013 йиллар мобайнида ўткир аппендицит билан 39 нафар беморларда перитонитни чегараланган формаси билан операция ўтказилган. Шундан аппендикуляр инфильтрат 18 (45%) беморларда, абсцесс 21 (55%) беморларда кузатилган. 1-6 ёшда бўлган боалар 4 (8%)ни, 6—15 ёшдагилар 35 (88%) нафарни ташкил этган. Стационарга ётган давргача касалликни кечиши ўртача 1,5-3,0 кунни ташкил этган. Суткага 6 та (16%), 1 суткадан ортиқ вақтда 33 та (84%) беморлар мурожат қилишган.

Кўпчилик беморларда, периаппендикуляр абсцесслар операциягача «Ўткир аппендицит» еки «Ўткир аппендицит, перитонит» диагнози қўйилган. Абсцессларни жойлашуви асосан чувалчангсимон ўсимта жойлашувига боғлиқ: ўнг енбош чуқурлигида 42%, ретроцекал 38%, кичик чанокда 13%, медиал 7% ҳолатларда учраган. 2 беморда чувалчангсимон ўсимта ретроперитониал жойлашган. Диагностикада асосий қийинчиликлар чувалчангсимон ўсимтани медиал, ретроцекал ва ре-

троперитониал жойлашувида кузатилди.

Периаппендикуляр абсцессларни хирургик даволашда, абсцессни очиш, аспиратор орқали йирингни эвакуация қилиш ва чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш, абсцесс бўшлиғини санация қилиш ва дренажлашдан иборат.

11 беморларда аппендикуляр инфильтрат диагнози операциягача бўлган даврда аниқланди ва бу беморлар консерватив усулда даволандилар. 28 беморларда аппендикуляр инфильтрат диагнози операция вақтида аниқланди. Оператив даволашда инфильтратни ажратиш, аппендэктомия, қорин бўшлиғини санация қилиш ва дренажлаш амалиети бажарилди. 4 беморларда чувалчангсимон ўсимтани инфильтратдан ажратиш ва олиб ташлашни имкони бўлмади. Бу ҳолатларда қорин бўшлиғини найчалаш ва инфильтрат йўқолгунча консерватив даво муолажалари олиб борилди.

Периаппендикуляр абсцессни ва аппендикуляр инфильтратни келиб чиқишида ҳамма ҳолатларда ўткир гангреноз аппендицит сабаб бўлган.

Хулосалар. 1. Беморлар ўртасида периаппендикуляр абсцесслар ва аппендикуляр инфильтратлар нисбати 1:0,8 ни ташкил қилади. 2. Периаппендикуляр абсцесс ва аппендикуляр инфильтратни клиник кўриниши ўхшаш бўлгани билан, даволаш тактикасида ҳар хил ендошиш керак. 3. Чегараланган перитонитларни дифференциал диагностикасида УТТ ва диагностика лапароскопия асосий ўринни эгаллайди.

ТРАВМЫ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Махмудов О.О., Мухитдинова М.К.,

Игамназаров Ж.Ж., Ташланов М.М., Рахимов Х.Х.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Повторное обращение больного, особенно ребенка, с перенесенной травмой головы и верхней части туловища наводит на мысль о более тяжелой сочетанной травме. Частота повторных обращений детей раннего возраста от 1 до 5 лет составляет 20-30%. Преобладают мальчики – 71% повторных обращений. Из 45 детей в возрасте до 5 лет (13 девочек и 32 мальчика), обратившийся повторно на 2-5 сутки после перенесенной травмы головы, госпитализированы 18, из них на стационарное и лечение госпитализировано в отделение детской нейротравматологии 11 в отделение педиатрии – 7. У 1 пациента выявлена внутримозговая гематома головного мозга малого размера, у 3 подтвержден диагноз сотрясения головного мозга, у 2 острый гастрит, у 2 динамическая кишечная непроходимость, у 3 обострение хронического колита, у 7 ушибы мягких тканей головы, шейной области, грудной клетки. Всем детям проводилась соответствующая консервативная терапия, оперативного вмешательства не потребовалось.

Причинами повторного обращения были в основном диспепсические явления (отказ от пищи, тошнота, рвота, головокружение) и общемозговые нарушения (общая слабость и головная боль, диплопия). Анализ первичных карт регистрации выявил отсутствие не-

врологической симптоматики, отклонений в общем статусе и при дополнительных методах исследования (осмотр невролога, окулиста, рентгенологические исследования). Клиническая картина при повторных обращениях складывалась из диспепсических нарушений связанных, главным образом с нарушениями моторики желудка и кишечника, выделительной функции ЖКТ, запорами и метеоризмом. Причем диспепсические нарушения в большей части случаев усугубляли, а иногда и скраывали общемозговые симптомы.

Всех детей, как при первичном, так и при повторном обращении осматривали педиатр и детский хирург. Однако при первичном осмотре заключение дается под воздействием основной патологии, связанной с точкой приложения травмирующего агента в области головы или верхней части туловища. В этой ситуации нивелируются повреждения внутренних органов, особенно полостных, на фоне заполнения пищей, либо при наличии преморбидных состояний – склонности к метеоризму, запорам, анемии и др.

У врача приемного отделения существует два тактических варианта действия: госпитализировать всех детей в возрасте 1-5 лет с травмами головы для наблюдения, либо второй выдавать строгие рекомендации родителям ребенка о необходимости амбулаторного наблюдения. Первый вариант приводит к гипердиагностике, второй недостаточен ввиду слабости патронажной службы, невнимательного отношения родителей к здоровью ребенка. Возможно, выход из ситуации заключается в тщательном первичном осмотре детей специалистами с использованием современных экспресс – тестов и методов диагностики, а также модернизации системы оповещения амбулаторно-поликлинической службы, неразрывной связи экстренной медицинской помощи с КВП, а в городе – со структурой «махаллинских» медсестер.

ПРИМЕНЕНИЕ РАННЕЙ ИВЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ШОКОВОГО ЛЕГКОГО

Махмудов Х.А., Турдиев М.И., Усмонов Х.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

В реаниматологической практике синдром шокового легкого (СШЛ) встречается не часто: в большей или меньшей степени он выражен при всех критических состояниях. Это наблюдается при нарушении реологических свойств крови с агрегацией клеток (геморрагический синдром, травматологический, кардиогенный, анафилактический шок). Если продукты нарушения метаболизма и микроциркуляций оседают в легочных капиллярах, наступают физиологические последствия. Имеет значение не только механическое илегочного капиллярного кровотока, но и повреждающее действие биологически агрессивных веществ, поступивших в легкие в избыточном количестве. Объем внесосудистой воды в легких при этом синдроме всегда повышен. Эти физиологические механизмы обуславливают клиническую картину острой дыхательной недостаточности.

Под нашим наблюдением были 60 больных с исходной гиповолемией, с острым кровотечением – 34 (56,6%), с тяжелой сочетанной травмой – 22 (36,6%) с диареей – 4 (6,6%). Возраст больных – от 12 до 18 лет. Диагностику и интенсивную терапию начинали в реанимационном зале приемно-диагностического отделения. У 15 больных наблюдалось ничем не объяснимая гипервентиляция, несмотря на что гипоксемия нарастала.

Мы оценивали это как начальную фазу синдрома шокового легкого. Исходя из этого после медикаментозной подготовки больных переводили на ИВЛ. Для профилактики дальнейшего развития СШЛ она проходила в режиме РЕЕР. Для достижения этой цели использовано респиратор Vela Plus с пульсоксиметром. По ходу проводилась оксигенотерапия с увлажненным кислородом, скорость которого составило в среднем 3-5 л/мин.

На фоне ИВЛ проводилась целенаправленная инфузионно-корректирующая терапия в зависимости от циркулирующей крови, центрального венозного давления, уровня гемоглобина, гематокрита, свертываемости по Ли-Уайту, насыщения крови кислородом.

В результате проводимой интенсивной терапии состояние больных стабилизировались: АД в среднем 130/80 мм рт. ст., $Ps-80-88$; $SaO_2>95\%$.

Цианоз исчез, кожа и видимые слизистые розовой окраски, дыхание спокойное. После этого больные успешно экстубированы в течение 4-6 часа Осложнений, приведших к органной и полиорганной недостаточности, не отмечалось. Предупреждено развитие такого грозного осложнения как СШЛ.

Больные переводились в отделение экстренной терапии после полной стабилизации и коррекции гемологических, дыхательных, водно-солевых нарушений.

Таким образом, своевременная начатая инфузионно-корректирующая терапия на фоне ИВЛ позволяет предотвратить различные грозные осложнения, в том числе и СШЛ.

ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ ЧРЕЗ- И НАДМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Ахмедов Р.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Основными причинами повреждения магистральных сосудов и нервов при чрез- и надмышечелковых переломах плечевой кости являются ушиб и ущемление костными отломками, сдавление отеками мягкими тканями при глухой гипсовой повязке, а также ятрогенные повреждения после закрытой ручной репозиции отломков. У детей при несвоевременном и неадекватном проведении лечения чрез- и надмышечелковых переломов плечевой кости, осложненных повреждениями сосудисто-нервного пучка области локтевого сустава, наблюдаются нарушения функции верхней конечности. Одно из самых грозных осложнений раз-

вивающаяся вследствие тяжелой ишемии тканей, контрактура Фолькмана. Чрез- и надмыщелковые переломы плечевой кости у детей в 2-14% случаев могут осложняться повреждениями сосудисто-нервного пучка, что вызывает развитие ишемии конечности и расстройства функции периферических нервов.

В 2006–2013 гг. в отделении детской травматологии РНЦЭМП на лечении находились 1459 пациентов с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости. Повреждения магистральных артерий (в основном плечевой) наблюдались у 85 (5,8%) из них, повреждения периферических нервных стволов – у 47 (3,2%), сочетание сосудистых и неврологических нарушений – у 29(2%). Мальчиков было 82 (62,1%), девочек – 50 (37,9%). Наибольшее количество переломов приходилось на возраст от 4 до 10 лет. 90% пострадавших детей поступили самотеком, без иммобилизации конечности. 97 (73,4%) больных обратились в течение от 2 до 24 ч, 35 (26,6%) – в более поздние сроки с момента травмы. Среди пострадавших с запоздалым обращением преобладали жители сельской местности, где им оказывали помощь врачи общехирургического профиля, недостаточно знающие анатомо-физиологические и клинко-рентгенологические особенности переломов дистального отдела плечевой кости у детей. 24 (18,2%), пациентам помощь на догоспитальном этапе была оказана табибами со всеми вытекающими из этого последствиями. Именно в этой группе детей чаще наблюдалось усугубление патологического процесса в сосудах и нервах. Нарушения кровообращения в виде ослабленной пульсации на артериях предплечья на поврежденной конечности отмечались у 45 (34,1%) больных, отсутствие пульса – у 22 (25%). Среди поврежденных нервов часто повреждался срединный нерв – у 24 (51,1%) больных, лучевой нерв – у 16 (34%), локтевой нерв – у 7 (14,9%).

Нами разработана программа для диагностики и выбора лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей (№ DGU 02169 ГПВ РУз, от 29.03.11 г.). Тактика лечения детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости с сосудистыми и неврологическими осложнениями включала в консервативные и оперативные методы. Консервативное лечение проведено у 33 (25%) больных, оперативное – у 99. Консервативный метод заключался в проведении закрытой репозиции и наложении гипсовой повязки с последующим курсом спазмолитической, антикоагулянтной терапии и назначением препаратов, улучшающих периферическое кровообращение. При хирургическом методе лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости, осложненных интерпозицией сосудисто-нервного пучка, первично производили закрытую репозицию под контролем электронно-оптического преобразователя и стабилизацию костных отломков методом внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с использованием аппарата Илизарова по методике НИИТО МЗ РУз. После этого совместно с сосудистыми хирургами

выполняли ревизию сосудисто-нервного пучка в области перелома стандартным передне-медиальным доступом в нижней трети плеча с переходом на область локтевого сгиба. Были выполнены следующие виды операций на сосудах и нервах: ревизия, высвобождение от сдавления костными отломками и артериолиз плечевой артерии – у 18; ревизия, тромбэктомия и боковой шов плечевой артерии – у 4; анастомоз плечевой артерии «конец в конец» узловыми швами – у 6; 1 пострадавшему из-за повреждения стенки плечевой артерии на протяжении, выполнено ее аутовенозное протезирование; в одном случае – из-за спазма плечевой артерии на всем протяжении плеча произведена механическая дилатация плечевой артерии; ревизия, невролиз периферических нервов осуществлены у 11 больных. В результате проведенного лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости с сосудистыми и неврологическими осложнениями положительные исходы получены у 125 (94,7%) больных.

Таким образом, повреждение магистральных артерий и периферических нервов при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости у детей является грозным осложнением, которое требует тщательного контроля состояния периферического кровообращения и иннервации, при необходимости выполнения ревизии сосудисто-нервного пучка в неотложном порядке.

КОРРЕКЦИЯ ОСТАТОЧНОГО РОТАЦИОННОГО СМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПРИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Машарипов Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Наш опыт показывает, что основной причиной возникновения варусной деформации у детей является неустраненное остаточное ротационное смещение костных отломков. Чем меньше возраст больного, тем выше риск возникновения этой деформации.

Для лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей с остаточным ротационным смещением костных отломков в отделении детской травматологии РНЦЭМП разработано «Устройство для лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей» (№ FAP 00772 от 31.10.2012 г.). Устройство состоит из двух полуколец, каждое из которых имеет возможность вращаться друг по отношению к другу за счет щелевидной вырезки в полукольцах. Устройство применяется следующим образом: под внутривенным наркозом после соответствующей обработки кожи поврежденной конечности антисептиками чрескостно проводится две спицы Киршнера: первая – через верхнюю треть плечевой кости в сагиттальной плоскости, вторая – через проксимальный метафиз локтевой кости. Спицы фиксируются на полукольцах с щелевидной вырезкой. Затем на резьбовых штангах производится дистракция с целью устранения смещения костных отломков по длине. Убедившись в устранении смещения

костных отломков по длине, сохраняющееся ротационное смещение устраняется вращением полуколец друг относительно друга. Резьбовые штанги закрепляются. Проводится третья спица Киршнера с упорной площадкой через дистальный конец проксимального отломка во фронтальной плоскости спереди назад и натягивается с помощью резьбовой штанги для устранения смещения костных отломков в переднее заднем направлении. Под электронно-оптическим преобразователем на операционном столе достигается окончательная репозиция.

В 2012-2013 гг. устройство с успехом было применено у 64 детей с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости с остаточными ротационными смещениями костными отломками, из них 14 (21,9%) – младшего возраста. С помощью устройства ротационное смещение костных отломков у всех больных было легко устранено, достигнута более точная репозиция костных отломков. Устройство удаляли через 3-4 недели в зависимости от возраста ребенка и степени консолидации перелома. Ближайшие результаты лечения в сроки от 2 до 6 месяцев с момента удаления устройство изучены у всех больных. У 58 (90,6%) пациентов получен хороший, у 5 (7,8%) – удовлетворительный анатомический и функциональный результат. Только у 1 (1,6%) больного, 1,5 лет на 12 сутки после выписки имело место вторичное смещение костных отломков из-за миграции аппарата после падения на поврежденную руку. В сроки до 2 месяцев после лечения движения в локтевом суставе были в полном объеме, а в сроки до 6 месяцев деформации в локтевом суставе не наблюдалось.

Таким образом, в процессе лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей для достижения нормализации положения отломков в первую очередь необходимо добиваться устранения ротационного смещения отломков. Своевременная коррекция ротационного смещения костных отломков при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей обеспечивает хороший анатомический результат и предупреждает возникновение варусной деформации локтевого сустава.

СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ РАН В СОБСТВЕННОЙ ЖИДКОЙ СРЕДЕ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Мензул В.А.

Главный военный клинический госпиталь

ВВ МВД России, Балашиха,

Московский областной детский ожоговый центр

Люберецкой городской детской больницы

Разработка предложенной системы (патент №2108078 «Способ лечения глубоких ожоговых ран» от 16.08.1996г) построена на концепциях G.Winter (1962), C.D.Hinman, H.Maibach (1963) и Р.Ш.Брейтмана (удостоверение на рационализаторское предложение №21 от 15 марта 1963 г. «Методика лечения ран и ожогов полихлорвиниловыми пленочными повязками с антибиотической присыпкой»). Система включает

следующие консервативные и хирургические принципы лечения.

1. Местное консервативное лечение ожоговых ран в собственной жидкой среде (основополагающий принцип). Лечение ран в собственной жидкой среде осуществляется до полной эпителизации или выполнения их грануляционной тканью. Для осуществления метода используются полиэтиленовые повязки DDB-M (патент № 2093126 авторы В.А. Мензул, Р.Ш. Брейтман), обработанные с внутренней стороны специальной сухой медикаментозной смесью. Повязки, прикрепленные лейкопластырными полосками к здоровым участкам кожи и соединенные между собой (черепицеобразно), укрывают марлевыми салфетками и фиксируют турами бинта. Повязки выполняют роль временного протеза кожи. Под повязкой на раневой поверхности собирается экссудат – собственная жидкая среда, основу которой составляет лимфа и плазма. Эта сложная многокомпонентная жидкость постоянно омывает, промывает и дренирует рану. Избыток ее выделяется в марлевые салфетки по краям повязки на ране, в местах их черепицеобразного перекрытия или через дренажные отверстия. Собственная жидкая среда обладает бактерицидным действием, обеспечивает жизнедеятельность течения раневого процесса. Из нее на раневой поверхности образуется фибрино-лейкоцитарная оболочка, покрывающая рану, которая является матрицей для роста клеток кожи в ране. Смену повязок производили через 24-48 ч. Туалет ран осуществляют марлевыми салфетками, смоченных раствором антисептика или физиологическим раствором путем туширования. Фибрино-лейкоцитарная оболочка из раневой поверхности не удаляется, особенно в местах плотного прилегания ко дну раны. После туалета рану закрывают новой повязкой DDB-M. Эпителизация ожогов II ст. завершается на 5-7-9 сутки, II-IIIА ст. – на 9-11, IIIАБ ст. – на 14-21-31 сутки в зависимости от площади поражения. Метод обеспечивает постоянную естественную влажность ран, предохраняет раны от инфицирования, потерь тепла и повреждения оставшихся неповрежденных придатков кожи, образования вторичных некрозов, а также позволяет диагностировать в ранние сроки истинные размеры поверхностных и глубоких ожоговых ран, уменьшает страдание больного, препятствует образованию грубых патологических рубцов, дает хорошие функциональные результаты.

2. Операция – предтрансплантационная резекция грануляционной ткани и аутодермопластика. Эта операция проводится в случаях, когда раны очищаются от некрозов и выполняются грануляционной тканью (ожоги III ст.) на 10-14-18 сутки с момента ожоговой травмы. В отличие от традиционной аутодермопластики кожи на мелкозернистые, розовые, липкие грануляции, перед пересадкой кожи производится резекция грануляций дна и краев раны. Операция выполняется электромеханическим дерматомом ДЭ-60-01 с дисковым ножом (патент №181692 авто-

ры В.А.Мензул, К.А.Дроздов). Послойно иссекаются поверхностный и частично сосудистый слои до мало обсемененного, самого зрелого фиброзного слоя. На практически стерильное, жизнеспособное, воспринимающее ложе раны производят пересадку кожи аутодерматрансплантатами, чаще расщепленными и перфорированными, с различным коэффициентом перфорации. Фиксированные к краям и между собой аутодермотрансплантаты и одновременно донорские раны укрываются повязками DDB-M для их дальнейшего лечения в собственной жидкой среде в послеоперационном периоде. Кровотечения, как правило, незначительное, легко останавливается марлевыми салфетками раствором адреналина. При необходимости для конечной остановки кровотечения использую коагулятор. Оригинальным является применение аутодерматрансплантатов с кожной перемычкой в перфорационном отверстии, увеличивающих покрываемость кожей раневую поверхность. Смену повязок производят через 24–48 ч (6–8 сут.). Затем лечение пересаженных аутодермотрансплантатов продолжают под современными сетчатыми покрытиями (Джолонет, паратран, бранолинд) до полного их приживления. Эпителизация донорских ран наступает на 6–9 сутки. Операция улучшает не осложненное, ускоренное и полное приживление пересаженных аутодермотрансплантатов.

3. Операция – субтотальная дерматомная некрэктомия (нерадикальная). Операция выполняется при ожогах IIIБ–IV степени, независимо от площади поражения после выведения больного из шока. Некротические ткани срезаются послойно электромеханическим дерматомом ДЭ-60-01 до подкожной клетчатки на площади до 30% – 50% поверхности тела. По окончании операции и после окончательной остановки кровотечения иссеченные от некротических тканей раны укрывают повязками DDB-M для последующего их лечения в собственной жидкой среде. Смену повязок производят через 24 – 48 ч до периода очищения ран (6–12 дней) с последующей операцией предтрансплантационной резекцией грануляционной ткани и аутодермопластикой. Операция позволяет сохранить подкожную клетчатку и глубокие дериваты кожи. Применение электродерматома обеспечивает качество среза тканей, особенно в уязвимых анатомических участках, и сокращает время операции за счет скорости вращения дискового ножа.

С 1993 г. к настоящему времени метод применен более чем у 1,5 тыс. детей с острой термической травмой, различной по площади и степени поражения. Обоснование метода подтверждено морфологическими исследованиями под руководством профессора А.Б. Шехтера и ведущего сотрудника, к.м.н. Т.Г. Руденко Научно-исследовательского центра молекулярной медицины МГМУ им. И.М. Сеченова.

Хирургическое лечение последствий ожоговой травмы проводим через 3–6 месяцев с момента ее получения.

Заключение. При использовании указанного метода в комплексной терапии пострадавших с ожоговой травмой сокращаются сроки предоперационной подготовки на 6 дней, восстановление кожных покровов после операции на 5 суток, продолжительность стационарного лечения на 10 дней; частота послеоперационных осложнений уменьшается с 25,1 до 3,8%, меньше производится повторных оперативных вмешательств; метод дает хорошие косметические и функциональные результаты.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОДОВОЙ ТРАВМЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Муминов А.К., Асланова М.А., Исмаилова Р.А.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Диагностика и результаты лечения родовой травмы плечевого сплетения несколько улучшилось. Однако не решенными остаются вопросы, о длительности проведения консервативной терапии и об определении оптимального срока для оперативного вмешательства. До сих пор нет единого мнения о необходимости хирургического лечения при родовой травме плечевого сплетения для восстановления утраченной функции руки.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 87 больных с родовыми травмами плечевого сплетения, находившихся в Республиканском научном центре нейрохирургии.

Нарушение функции правой руки отмечалось у 58 больных, левой – у 29. Мы не обнаружили у этих больных признаков повреждения головного или спинного мозга.

Нарушение функции преимущественно верхнего первичного ствола имело место у 66 больных, нижнего и среднего первичных стволов – у 21. Больных с тотальным нарушением функции плечевого сплетения не было. При электронейромиографии (ЭНМГ) у всех больных отмечалось уменьшение скорости проведения импульсов ниже 25 мс.

Результаты. При поступлении больных в клинику путем клинико-неврологического обследования выявлено значительное (до 3–6 см) укорочение больной конечности и пропорциональное уменьшение всех частей руки у всех больных.

У всех больных при поступлении в клинику сила мышц, иннервируемых травмированными стволами плечевого сплетения, не превышала 2 баллов. Всем больным произведена операция – невролиз и эндоневролиз первичных стволов плечевого сплетения. У 90% оперированных во время операции обнаружено уплотнение стволов плечевого сплетения – внутривенозной спаечный процесс.

Для анализа результатов лечения мы использовали балльную шкалу оценки мышечной силы и чувствительности, а также электронейромиографию.

После хирургического лечения хорошие результаты получены у 64 (74%) больных, удовлетворительные – у 23 (26%).

Надо отметить, что хорошие результаты получены

при раннем хирургическом лечении. Так как у детей репаративные процессы протекают быстрее, а расстояние для прорастания аксонов меньше. Поэтому результаты операции на плечевом сплетении у них лучше, чем у взрослых.

Таким образом, консервативное лечение при родовой травме необходимо проводить детям в возрасте до года. При отсутствии эффекта необходимо хирургическое лечение. Долгое проведение консервативного лечения приводит к отставанию в росте и укорочению большой конечности.

THE PROBLEM OF INTRACRANIAL HYPERTENSION TRAUMATIC GENESIS OF THE CHILDREN

Muminov M., Mustafaev N., Norov A.

**Bukhara branch of the Republican scientific center of
emergency medicine**

The increase in the frequency of accidents in the structure of morbidity and mortality, prolonged temporary and permanent disability and explains its relevance in modern medicine. As a rule, in structure of the injury, a significant number of victims (about 36%) are persons with severe craniocerebral injury. The syndrome of progressive malignant intracranial hypertension (CPMIH) with a head injury, usually caused by edema and swelling of the brain. This problem has characteristic features of the course and treatment tactics in persons of young age. This fact is due to the immaturity of the central nervous system in children, encouraging specialists to search for an adequate and effective methods of providing assistance to this category of patients.

We surveyed 16 children with severe craniocerebral injury. The age of patients ranged from 3 months to 15 years. Patient's state was assessed on a scale Glasgow 8 points. For objectifying status were examined indicators neuroimaging matter of the brain, the amount and degree of dislocation ventricular system with compression of the brain traumatic substrate (meningeal hematoma, intracerebral contusion-hemorrhagic foci and crush zone) according to multislice computer tomography (MSCT) of the brain with calculation cerebral ventricular index (CVI) (norm 12.0 18.0 ± 0.85). All patients were operated on an emergency basis during the first 6 hours. To control intracranial hypertension after traumatic removal of substrate patients in the epidural space was set polyvinylchloride drainage measuring intracranial pressure on the 1st, 3rd, 7th and 10th days after surgery.

In all cases was noted CPMIH that MSCT was primarily due to the swelling of the white matter of the brain and was shown a decrease CVI to 11.0 ± 0.81 and a narrowing of the width of the subarachnoid cracks and fissures to 0.3 ± 0.12 mm in the postoperative period on the basis of measuring intracranial pressure on the established drainage in patients noted a significant increase in intracranial hypertension on 2nd day (up to 64%) and regressed her according to MSCT in the dynamics of treatment on the 9th day (up to 67%) after the injury.

According to MSCT brain normalization of parameters

CVI was observed only at the 12th day, reaching up to normal by the end of the acute period of craniocerebral injury.

Thus, based on our studies, we can state that CPMIH on the background of a severe head injury in children as a rule, characterized by edema directly white matter of the brain and less apparent swelling of gray. This in turn causes certain difficulties in adequate treatment of this category of patients.

КЕФАЛОГЕМАТОМЫ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Мусаев А.К., Жуманов Л.М.

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи в 2009-2013гг. получили лечение 43 ребенка с кефалогематомами в возрасте от 3 недель до 4 месяцев. 35 больных обратились в более ранние сроки, этим детям произведена пункция и аспирация кефалогематом, из них у 21 ребенка одномоментно аспирировано от 15 до 100 мл лизированной крови, 8 детям после первичной пункции произведены повторные аспирации, 6 детям – в третий раз. В более поздние сроки обращения (более 1 мес.) лечение получили 8 детей, у этих больных кефалогематомы подвергались обызвествлению и окостенению.

При оссификации кефалогематомы разъедают и образуют деформацию соответствующей кости, рентгенологически проявляющиеся ее утолщением на месте бывшей кефалогематомы. На компьютерных томографиях оссифицированные кефалогематомы имеют форму эллипса с четкими контурами у основания. Оссифицированные кефалогематомы в наших наблюдениях локализовались в теменной области. Всем больным детям после стандартных исследований произведены оперативные вмешательства, удаление оссифицированных кефалогематом.

Таким образом, вследствие оссификации содержимого кефалогематом их целесообразнее аспирировать в более ранние сроки после диагностики. Ранняя аспирация кефалогематомы предупреждает такие неблагоприятные осложнения, как оссификация, нагноение и лизирование подлежащей кости черепа.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

*Мухитдинова М.К., Абдурасулов Ф.П.,
Махмудов О.О., Ташланов М.М., Хожалиев Б.Г.*
Андижанский филиал РНЦЭМП

Интенсивный болевой синдром, сопровождающий травматическое повреждение длинных трубчатых костей, может сохраняться в раннем посттравматическом периоде в течение первых 2-4 суток. Длительное сохранение болевого синдрома у детей зависит как от своевременности репозиции, качества иммобилизации, так и от ряда последовых факторов альтерации (быстрое нарастание и длительное

сохранение травматического отека, непереносимость боли, генерализация ответной реакции детского организма на боль аналогично «реакции поражения» со свойствами полисистемного воздействия, а также физиологическая потребность детей в движении, несмотря на полученную травму). При переломах длинных трубчатых костей у детей необходимо не только адекватное, но и пролонгированное обезболивание.

Нами проведен сравнительный анализ эффективности различных методов обезболивания при переломах длинных трубчатых костей у 60 детей в возрасте 5-14 лет, находившихся на лечении в травматологическом отделении Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Применяли известные методы анестезии: новокаиновые блокады места перелома, проводниковую анестезию, региональную лимфотропную аналгезию, межфасциальное введение лекарственных препаратов.

Контрольную группу «А» составили 30 детей с переломами длинных трубчатых костей (моноsegmentные), которым проводилась традиционная анестезия новокаином места перелома или проводниковая анестезия. Основную группу «Б» составили 30 детей с аналогичными переломами. В подгруппе «А» основной группы анестезия достигалась по методике региональной лимфотропной аналгезии конечностей. В подгруппе «Б» традиционная анестезия дополнялась межфасциальным введением лимфостимуляторов (прокаин), диуретиков (фуросемид), НПВС (кеторол).

У всех больных основной группы независимо от метода анестезии достигался аналгетический эффект более продолжительного действия. Выявлено также, что дополнительное межфасциальное введение лекарственных препаратов, в частности прокаина и фуросемида, обеспечивает обезболивание и предотвращает травматический отек в первые 24 ч.

**ОСТРЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПРОСВЕТ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**
*Наврзоев М.Н., Ачилов С.Э., Файзиев А.Ш.,
Гелдиев Б.Д.*

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. Клинико-лабораторное, рентгенологическое и инструментальное обследование проведено у 160 детей в возрасте от периода новорожденности до 14 лет, находившихся в отделении неотложной детской хирургии в последние 10 лет. 9 пациентов были с пищеводным кровотечением (варикозное расширение вен пищевода при синдроме портальной гипертензии); 14 — с желудочным (язвенная болезнь желудка — у 8, эрозивный гастрит — у 6); 97 — с тонкокишечным кровотечением (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки); 40 — с толстокишечным и прямокишечным кровотечением (полипы прямой

кишки — у 11, язвенно-эрозивный проктосигмоидит — у 4, геморрой — у 2, трещина слизистой прямой кишки — у 18, выпадение слизистой прямой кишки — у 5). Мальчиков было 94, девочек — 78. Для определения причины кровотечения использовали комплекс диагностических мероприятий: клинико-лабораторные исследования, эндоскопические методы диагностики (фиброэзофагогастродуоденоскопия, фиброколоноскопия), рентгенологические методы исследования.

Результаты. Большинство хирургических заболеваний у детей, сопровождающихся признаками острых кровотечений в просвет пищеварительного канала, диагностировались благодаря типичному симптомокомплексу. Основным клиническим проявлением острых кровотечений в просвет пищеварительного тракта были рвота с примесью крови, примесь крови в каловых массах (дегтеобразный стул в виде так называемого малинового желе, или примесь алой крови), признаки сосудистого коллапса. В анамнезе у большинства детей имелись боли в эпигастриальной области, рвота «кофейной гущей», дегтеобразный кал. Чаще всего пептические язвы возникали у пациентов в возрасте 10–14 лет. Язвенные дефекты у 93% больных локализовались в луковице двенадцатиперстной кишки, у 7% — в постбульбарном отделе. При поражении желудка язвы чаще всего обнаруживались в антральном отделе или по малой кривизне. Лечение проводили в соответствии с общепринятыми принципами, предусматривающими устранение острой кровопотери и ее последствий. Применяли переливание одногруппной эритроцитарной массы, гемостатическую терапию, нативную плазму, назначали антацидные препараты, блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов, ингибиторы протонной помпы. Для локальной остановки кровотечения выполняли обкалывание 1%-адреналином и 70% спиртом. Консервативная терапия оказалась эффективной у 97% детей. Оперативное вмешательство при продолжающемся кровотечении выполнено у 5 пациентов (иссечение и ушивание язвы).

С одиночными полипами прямой кишки были 11 ребенка в возрасте от 5 до 14 лет, из них 7 мальчиков и 4 девочки. Первым и относительно ранним симптомом полипов прямой кишки у 99% детей было кровотечение неизменной кровью из анального отверстия. Чаще оно проявлялось каплями алой крови в конце акта дефекации, реже — прожилками или полосками алой крови на каловом столбике. Значительная кровоточивость имела лишь у 4% детей. Выпадение полипов наблюдалось у 12% пациентов. У больных с одиночными полипами нарушений функций органов и систем организма не выявлено.

Полипы прямой кишки диагностировали во время пальцевого ректального исследования или ректороманоскопии и легко удаляли с помощью ректального зеркала путем прошивания и перевязки ножки полипа либо ее диатермокоагуляции.

18 детей имели трещины анального канала вследствие хронических запоров, обусловленных аномали-

ями развития толстой кишки. Всем детям проведена комплексная консервативная терапия без рецидивов заболевания.

6 детей с эрозивным проктосигмоидитом и геморроем получили консервативное лечение с благоприятным исходом.

Таким образом, тактика и объем лечения острого кровотечения в просвет пищеварительного тракта у детей зависит от этиологии заболевания, данных инструментальных и лабораторных исследований, эффективности проводимой консервативной терапии. Своевременная диагностика и адекватное лечение значительно уменьшают частоту неблагоприятных исходов при остром кровотечении в просвет пищеварительного тракта.

ЛЕЧЕНИЕ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА

Наубетов Д.Д., Еримбетов Д.А., Торемуратов С.
Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Проанализированы результаты лечения 62 пациентов с оскольчатыми переломами различной степени сложности, подвергшихся оперативному лечению в отделении в 2011-2012 гг., из них 49 (79%) мужчин и 13 (13%) женщин. Городских жителей было 27 (43,5%), сельских – 35 (56,5%). Предоперационный период у 78,2% больных в среднем составил 3,7 дня, в течение которых проводилось постоянное скелетное вытяжение. В день поступления оперированы 21,8% пациентов с наименее сложными травмами. У 34 человек остеосинтез был выполнен погружными металлофиксаторами, у 9 – аппаратами внешней фиксации, у 19 прибегли к комбинации различных металлоконструкций.

Отдаленные результаты изучены у всех 62 пациентов. У 35% они были удовлетворительными, у 65% хорошими. Последние получены в основном при комбинированном остеосинтезе, а также при монофиксации переломов с достаточным торцевым упором основных отломков. Разнообразие использованных видов остеосинтеза оскольчатых повреждений бедренной кости свидетельствует о трудностях достижения устойчивой фиксации какой-либо одной металлоконструкцией, а также об отсутствии единой лечебно-тактической позиции и обоснованного алгоритма действий.

Эти обстоятельства явились причиной вынужденных интраоперационных импровизаций при комбинированном скреплении отломков, которые не были предусмотрены заранее и в итоге оказались не эффективными. В связи с этим у 6 пациентов наблюдались послеоперационная нестабильность фрагментов, их вторичное смещение, миграция конструкций. У 13 больных комбинированный остеосинтез планировался изначально с учетом уровня перелома, формы, величины и количества отломков, положения плоскостей излома и направленности векторов сил смещения. Удерживающее действие отдельных составляющих комбинации дублировалось другими ее элементами.

Таким образом, в условиях очевидной нестабильности оскольчатых переломов бедра наиболее рациональной представляется биомеханически адекватная фиксация отломков комбинацией металлоконструкций, способной обеспечить наиболее полное восстановление функции опоры и движения конечности. В этом качестве комбинированный остеосинтез при накоплении клинического опыта и проведении модельных экспериментов можно будет рассматривать как самостоятельную методику.

ПРОБЛЕМЫ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Норкузиев Ф.Н., Тожиев М.П., Ахмедов Х.Э.,
Кодиров Р.Ф., Даминов Б.Н., Жуманов Н.Л.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Лечение больных эхинококкозом, являющимся тяжелым паразитарным заболеванием, во многих регионах мира остается серьезной медицинской и социальной проблемой. Неуклонный рост числа больных детей с осложненным эхинококкозом легких, трудности своевременной диагностики его и высокая частота рецидивов (4,6-22,8%), послеоперационных осложнений (6,7-47,5%) и летальности (8,5%) определяют актуальность этой проблемы. Объем оперативных вмешательств при осложненном эхинококкозе легких в значительной степени зависит от характера осложнения, размеров, количества, локализации эхинококковых кист, а также сопутствующих заболеваний.

Изучены результаты хирургического лечения 63 детей с эхинококкозом легких, находившихся в отделении детской хирургии Джизакского филиала РНЦЭМП. Дети поступали в клинику в различных стадиях заболевания: в I (бессимптомной) стадии заболевания госпитализированы 7 (11%) больных, во II стадии (клинических проявлений) – 14 (19%), в III стадии (осложнение заболевания – нагноение кисты, кровотечение, перфорация его в бронх и плевральную полость, кровохарканье) оперированы 42 (67%) больных. 42 ребенка поступившие в III стадии были пониженного питания с признаками хронической интоксикации (вялость, слабость, недомогание). 14 (22%) больных с эхинококкозом легких заметно отставали в физическом развитии, дефицит массы тела – от 7 до 12 кг.

У 17 (27%) больных размеры кист были до 10 см, у 46 (73%) – более 10 см.

Предоперационная подготовка зависела от наличия и вида осложнения, а также от общего состояния больных и характера сопутствующих заболеваний.

Дети с разрывами эхинококковой кисты в плевральную полость оперированы в экстренном порядке после кратковременной предоперационной подготовки.

Больным с кровохарканьем проведена срочная операция. У 5 из них во время операции после удаления напряженной хитиновой оболочки наблюдалось

обильное венозное кровотечение, остановленное прошиванием. Одномоментно устранялись и бронхиальные свищи. Остаточная полость ликвидирована путем капитонажа.

Дети с нагноением эхинококковой кисты и гигантской кистой без явлений дыхательной недостаточности оперированы в отсроченном порядке. У 11 из 17 больных с гигантскими кистами при интраоперационной пункционной аспирации содержимого эхинококковой кисты наблюдалось резкое снижение артериального давления до 90-80/50 мм рт. ст., и развивалась тахикардия. Параллельно отмечалось также падение центрального венозного давления. Эти нарушения быстро устранены внутривенным струйным введением глюкокортикоидов, солевых и коллоидных растворов, в редких случаях – вводили кардиотоники и вазоконстрикторы. Механизм этого явления, как нам кажется, обусловлен переброской крови в расправленное легкое и временным уменьшением сердечного выброса.

Выводы. У детей с малой массой тела и гигантским эхинококкозом легких, сопровождающимся дыхательными нарушениями предоперационная подготовка должна проводиться особо тщательно, а удаление жидкости из кист должна проводиться медленно, под контролем и при коррекции гемодинамических показателей. До момента аспирации жидкости из кист следует обеспечить адекватную инфузионную терапию для поддержания преднагрузки и сердечного выброса, не ожидая развития гемодинамических нарушений.

БОЛАЛАР ЎПКА ЭХИНОКОККОЗИДА АЪЗОНИ САҚЛОВЧИ ОПЕРАЦИЯЛАР

*Норкузиев Ф.Н., Ахмедов Х.Э., Юлдошев М.Х.,
Субхонкулов Р.И., Холмиров Б.Ф., Гофуров А.Н.
РШТЕИМ Жиззах филиали*

Эхинококкоз касаллиги бўйича эндемик ҳисобланган ҳудудларда аҳолининг тез-тез қайта касалланиши ва қайта операция бўлиш эҳтимоли юқорилиги сабабли хирургик амалиётларни касалланган аъзоларнинг морфофункционал ҳолатини сақлаб қолувчи усуллар билан бажарилиши мақсадга мувофиқдир. Бу ендашув айниқса болаларда алоҳида аҳамият касб этади.

Ўпка эхинококкози билан жарроҳлик усулида даволашда асосий эътибор қолдиқ бўшлиқни зарарсизлантириш ва бартараф этишга қаратилган бўлиб, бунда қолдиқ бўшлиқни тикишда ўпка тўқимасининг бўжмайиши ва аъзонинг вентилиацион функцияси бўзилиши минимал даражада бўлишини таъминлаш лозим. Эхинококк пуфакчасини фиброз қобиғи билан бирга олиб ташлаш идеал усул ҳисобланади ва бунда паразит уруғлари билан плевра бўшлиғининг ҳамда операцион майдоннинг ифлосланиши минимал даражада бўлади, лекин бу амалиёт аъзонинг бир қисмини йўқотувчи операция ҳисобланади. Ўпкани эхинококк кистаси билан бирга резекцияси ҳам идеал эхинококкэктомия талабларига тўлиқ жавоб берсада, аммо бу

усул ҳам техник жиҳатдан бажарилиши мураккаб ва аъзони йўқотувчи усул ҳисобланади.

Аъзони сақлаб қолувчи усулларни қўллаганда қолдиқ фиброз бўшлиқни бартараф этиш амалиётининг энг маъсулиятли босқичларидан бири бўлиб, операциядан кейинги даврда кузатиладиган аксарият асоратлар шу босқичнинг услуби ва сифати билан боғлиқдир. Хирургик даволаш усулини танлашда асосий қийинчиликлар катта, гигант ва асоратланган кисталарда ҳамда ўпка паренхимасида чуқур жойлашган ҳолатларда юзага келади.

Адабиётлардан олинган маълумотларга кўра Бобров-Спасокукоцкий, Дельбе усуллари бўйича капитонаж қилинганда қолдиқ бўшлиқнинг сақланиб қолиши 2,7-76% ни ва унинг йиринглаши 12-24% ни ташкил этади. А.А. Вишневский усулида киста ўрни очиқ қолдирилиши эса қолдиқ плевра бўшлиғи ҳосил бўлишига ва узоқ вақт давом этувчи экссудацияга олиб келади. Бу усул чуқур жойлашган кисталарни бартараф этишда кам самарали операция ҳисобланади.

РШТЕИМ Жиззах филиали болалар хирургияси бўлимида ўпка эхинококкозининг ҳар-хил асоратлари билан хирургик даволанган 63та бемор ўрганиб чиқилди. Беморларнинг еши 5-14 ешгача, шулардан ўғил болалар 34тани, қизлар 29тани ташкил қилди. Бир ўпканинг касалланиши 51 беморда, иккала ўпканинг зарарланиши эса 5 нафарда кузатилди. Ўпка ва жигар эхинококкозининг қўшилиб келиши 8 болада аниқланди. Ўпканинг юқори бўлаклари зарарланиши 7 ҳолатда, ўрта бўлақларининг зарарланиши 21 ҳолатда, пастки бўлақларининг зарарланиши 39 ҳолатда кузатилди. Нафас йўлларида актив қон кетиши 1 беморда, қон туфлаш асорати 9 болада, эхинококк кистасини бронхга ерилиши 8 ҳолатда, плевра бўшлиғига ерилиши 5 кузатувда ва кистанинг йиринглаши 8 нафарда қайд қилинди.

Ушбу беморларда эхинококкэктомия усулини танлашда ўпка тўқимасининг ҳолати, кистанинг ўлчами, сони ва мавжуд асоратлар тури ҳисобга олинди. Аксарият болаларда аъзони сақлаб қолувчи амалиётлар бажарилиб, қолдиқ бўшлиқ капитонаж йўли билан епилди. Ўпка тўқимасида қўпол морфофункционал ўзгаришлари бўлган 1 беморда қолдиқ бўшлиқ А.А.Аскерханов бўйича капитонаж қилиниб, қўшимча найчаланди. Кистаси тўқимада юзаки жойлашган ва кичик ўлчамли кисталари бўлган 7 беморда эхинококкэктомия А.А.Вишневский усулида бажарилди. Патологик жараен ўнг ўпканинг ўрта бўлагини тўлиқ эгаллаганлиги сабабли 1 болада лобэктомия бажарилди.

Аъзони сақловчи усулда эхинококкэктомия бажарилган болаларда операциядан кейинги асоратлар деярли кузатилмади. Фақатгина 3 беморда операциядан кейинги зотилжам кузатилди ва у консерватив даво билан бартараф қилинди. А.А.Вишневский усулида эхинококкэктомия бажарилган 2 беморда операциядан кейинги даврда бронхиал оқма очилиб, пневморей пайдо бўлди. Бу ҳолат ҳам консерватив даво муолажалари натижасида бартараф этилди. Ўпканинг йирин-

гланг эхинококк кисталари бўйича операция қилинган беморларда ҳам асоратлар деярли кузатилмади.

Хулоса. Болаларда ўпканинг асоратланган эхинококкозини хирургик даволашда аъзони сақлаб қолувчи амалиётларни қўллашга интилиш зарур. Турли ҳажмдаги ўпка резекциялар қатъий кўрсатмалар асосида, яъни аъзо тўқимасининг склеротик-цирротик ўзгаришларига ҳамда бутун бўлак ва бутун ўпкани эгаллаган катта ва гигант кисталарда бажарилиши лозим. Ўпканинг йиринглаган кисталарини бартараф қилишда ҳам аъзони сақлаб қолган равишда қолдиқ бўшлиқни капитонаж қилиш йўли билан амалга ошириш мумкин.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДВС–СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Норкузиев Ф.Н., Равуфов Х.А., Расулов А.Э.,
Мухаммадиев А.Г., Ибрагимов Б.Х.
Джизакский филиал РНЦЭМП*

В 2012-2013 гг. в отделение реанимации детского возраста Джизакского филиала РНЦЭМП были госпитализированы 42 больных в возрасте от 29 дней до 6 месяцев с поздней геморрагической болезнью новорожденных, осложненной ДВС – синдромом, и 22 больных, с осложненными внутримозговыми гематомами. Наиболее частой причиной возникновения коагулопатий была различная соматическая патология, которая в последующем привела к нетравматическим внутримозговым кровоизлияниям (НВЧК).

В последующем кровотечения из мест инъекций наблюдались у 36 больных, макрогематурия – у 8, кровотечения из органов ЖКТ и десен – у 12, кровоподтеки кожи лица и тела – у 15.

33 (78,5%) пациента поступили на 2-3 сутки после начала заболевания. Причиной поздней обращаемости больных в специализированное медицинское учреждение была разнообразная клиническая картина начала заболевания, сложность диагностики и недостаточный опыт в исследовании неврологического статуса врачей педиатрической службы первичного звена.

Кроме общепринятых исследований, больным произведен осмотр нейроофтальмолога, невропатолога, Эхо-ЭС, МСКТ головного мозга. Показанием к проведению МСКТ – исследования служили неврологические нарушения и нарушения витальных функций.

При МСКТ – исследовании у 22 больных были выявлены интракраниальные кровоизлияния различной локализации: от массивных субдуральных до внутримозговых гематом с прорывом в желудочки мозга.

У всех больных в лабораторных анализах выявлена постгеморрагическая анемия: Нв 45-60 г/л, удлинение времени свертываемости крови. 8 больным после нормализации свертываемости крови (в результате плазмо-, гемотрансфузии, назначения гемостатиков) на 3-4 сутки выполнялась операция – удаление внутримозговых гематом из расширенного фрезевого отверстия с последующим дренированием субдурального про-

странства. Тактику лечения выбирали на основании данных МСКТ с учетом объема нетравматической внутримозговой гематомы и тяжести состояния по шкале Hunt-Hess. Показанием к оперативному вмешательству было наличие внутримозговой гематомы, сдавливающей вещество мозга, и смещение срединных структур головного мозга, а также сопутствующая патология.

У больных в 1-2 сутки послеоперационного периода наблюдалась положительная динамика. После контрольного МСКТ – исследования у 5 больных дренажная трубка была удалена на 3 сутки, у 3 – на 4 сутки. Пребывание больных в коматозном состоянии сокращалось в среднем на 2 суток по сравнению с неоперированными больными. При контрольном МСКТ – исследовании на 7 сутки и при выписке повторных кровоизлияний у больных не выявлено.

Выводы. Эффективность оперативного лечения детей с данной патологией во многом зависит от своевременной госпитализации и проведения диагностических исследований. Своевременное установление диагноза с последующим оперативным лечением сокращает сроки лечения и пребывания больных в стационаре. В отличие от больных, которым проводилось консервативное лечение, у оперированных больных в послеоперационном периоде неврологическая симптоматика в динамике регрессировала в более ранние сроки с минимальным осложнениями.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

*Норкузиев Ф.Н., Орзукулов У.Н., Норкузиев Н.У.,
Хамрокулов Б.Д.
Джизакский филиал РНЦЭМП*

Из 275 обожженных детей, госпитализированных в ожоговое отделение Джизакского филиала РНЦЭМП в 2009-2013 гг., термоингаляционная травма различной степени тяжести диагностирована у 16.

Всем пострадавшим было произведена диагностическая бронхоскопия, при необходимости в последующем неоднократные сеансы санационной бронхоскопии. При установлении диагноза термоингаляционного поражения, наряду с противошоковыми лечебными мероприятиями, пациенту дополнительно вводились большие дозы глюкокортикоидов, проводилось форсирование диуреза. С целью профилактики пневмонии сразу при поступлении назначались два антибиотика широкого спектра действия, которые в последующем, после проведения микробиологического исследования мокроты, менялись с учетом чувствительности высеянных микроорганизмов.

В последние годы в Джизакском филиале РНЦЭМП в комплексном лечении пострадавших детей с термоингаляционной травмой широко применяется небулайзерная терапия: введение лекарственных средств через дыхательные пути в виде аэрозолей, что обеспечивает прохождение препарата к мельчайшим бронхам в достаточной концентрации. Применяются спазмолитики (но-шпа, папаверин), бронхилитики (зу-

филлин), муколитики (амбробене), антигистаминные препараты (супрастин, димедрол), гормоны (гидрокортизон, преднизолон), антибиотики (цефалоспорины, аминогликозиды).

Небулайзерная терапия проводится через каждые 2 часа, лекарственные средства чередуются каждые 5-7 суток.

При нарастании острой дыхательной недостаточности больным производится интубация трахеи и перевод в режим искусственной вентиляции легких. Из общего числа пострадавших детей с термоингаляционной травмой ИВЛ проведена 7.

Применение небулайзерной терапии и санационной бронхоскопии у обожженных детей с термоингаляционной травмой способствует более легкому течению патологического процесса, купированию осложнений со стороны трахеобронхиального дерева, снижению частоты пневмонии у пострадавших.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Норматов У.Э., Нуритдинов Х.Н., Умаров С.О.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В отделении экстренной детской хирургии (ФФРЭНЦМП) в 2009-2013 гг. под наблюдением находились 47 больных (27 мальчиков и 20 девочек) с закрытыми повреждениями почек, что составляло 2% от больных с травмами. Больные были в возрасте от 3 до 15 лет (дошкольников 10). При поступлении диагноз установлен сразу только у 11 из 47, у остальных 36 больных, лечившихся в начале по поводу ведущего повреждения органов живота, груди и позвоночника, травма почек выявлена в процессе обследования по главному симптому гематурии. 12 больных поступили в тяжелом состоянии с бледностью кожных покровов, вялостью, сонливостью. 2 детей были в состоянии возбуждения. На боль в области поясницы жаловались 23 ребенка, у 5 она иррадировала в пах, у 11 отмечалось напряжение мышц. Боль в животе отмечалась у 36 детей, раздражение брюшины – у 11. Одышка и боли в груди были у 12 больных, причем у 2 из них имелся перелом ребер. Наличие припухлости (гематомы) в области поясницы было у 11. Пульс был учащенным у 36. С низким артериальным давлением поступили 6 больных, у 5 оно снизилось в стационаре. Подъем температуры выше 37°C имел место у 14 больных, выше 38°C – у 5. Лейкоцитоз выше 10 000 был у 21, СОЭ более 10 мм/ч – у 29 детей.

Макрогематурия, продолжавшаяся от 1 до 14 дней, была только у 9 больных. У всех имелась микрогематурия, продолжавшаяся от 2-3 до 25 дней, количество эритроцитов в моче колебалось от 2-3 до сплошь в поле зрения. У 12 больных был белок моче, у 8 – цилиндры (гиалиновые, зернистые). Олигурия наблюдалось у 7 больных. При установлении диагноза для определения функции больной и здоровой почки применяли ультразвуковую и обзорную рентгенографию, внутривенную и ретроградную урографию. Улучшение

функции поврежденной почки наблюдалось у 8.

У 2 больных была повреждена патологически измененная почка, содержащая конкременты. Показанием к операции являлись комбинированные повреждения при подозрении на разрыв внутренних органов, нарастающая анемия или мочевиная инфильтрация. При выполнении операции мы придерживаемся органосохраняющей тактики. Нефрэктомия производится только в исключительных случаях (IV-V гр.). Даже при отрыве мочеточника или лоханки мы восстанавливаем непрерывность, т.е. выполняем анастомоз конец в конец или дренирование почек, а в последующем в плановом порядке осуществляем пластику в урологическом отделении. Оперированы 13 больных. 2 больным произведена нефрэктомия. Из 9 больных, оперированных по поводу повреждения органов брюшной полости, у одного обнаружен подкапсульный разрыв почки, у другого имелось повреждение лоханки.

34 больных с микросимптомами травмы почек лечились консервативно (покой, гемостатические, симптоматические средства, антибиотикотерапия) с хорошим результатом. Летальных исходов не было.

НЕЙРОПРОТЕКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Норов А.У., Муминов М.Д., Мустафоев Н.К.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценка эффективности препарата церебролизин в комплексном лечении детей с черепно-мозговой травмой в остром периоде.

Материал и методы. В 2011-2013 гг. нами были обследованы 54 ребенка со среднетяжелой и тяжелой ЧМТ, находившиеся на стационарном лечении в БФ РНЦЭМП. Больные были в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. Основную группу составили 22 пациента, которым проводилась стандартная терапия с применением препарата церебролизина с третьих суток после травмы 1,0 в/в капельно, 2 р/сут, курс лечения – 14 вливаний. В контрольную группу вошли 32 ребенка, получавшие традиционную терапию и ноотропное лечение без церебролизина. Исследование включало качественную оценку неврологического и соматического статуса, а также динамическую нейровизуализацию (МСКТ). В исследование были включены пациенты, уровень сознания которых оценивался не выше 8 и не ниже 5 баллов по шкале ком Глазго, им производилось оперативное вмешательство при наличии сдавления и дислокации мозговых структур.

Этапы исследования основной и контрольной групп: 1-й этап – определение исходного состояния (момент поступления); 2-й этап – 3 сутки – сравнительная оценка клинических признаков неврологического статуса у детей и назначение препарата церебролизина, либо ноотропной терапии; 3-й этап – 14 сутки – клинические признаки стабилизации неврологического статуса острого периода ЧМТ; 4-й этап – исследование

клинико-неврологического статуса на 21 сутки; 5-й этап – исследование органических изменений по данным МСКТ/МРТ к концу острого периода тяжелой ЧМТ (до 2-х месяцев).

Результаты. У больных 1-й группы на 14 сутки с момента травмы по данным динамической нейровизуализации отмечался стойкий регресс зоны вторичных перифокальных повреждений (зоны «полутеней») более чем в 1,6 раза по сравнению с исходными показателями. При проведении динамической МСКТ выявлено невыраженное развитие ранних атрофических изменений с увеличением субарахноидальных щелей и пространств с формированием так называемых, «викарных» субдуральных гидром. В неврологическом статусе значительно регрессировали признаки очаговых выпадений с нормализацией признаков гипервозбуждения ЦНС. После проведенного лечения достоверно улучшались не только показатели церебральной функции, но и ориентировочная двигательная активность, их адекватность реагирования на внешние раздражители, снижение беспокойства и тревожности. Эффективность терапии мы оценивали по остаточным неврологическим выпадениям на 21 сутки после травмы и к концу острого периода ЧМТ. Полученные данные свидетельствуют о раннем регрессе и значительном восстановлении очаговых неврологических выпадений у пациентов основной группы.

Таким образом, назначение церебролизина детям со среднетяжелой и тяжелой ЧМТ в качестве нейротропной терапии позволяет в более ранние сроки добиться стабилизации острой церебральной дисфункции. Церебролизин можно рекомендовать в качестве нейротрофика и антиоксиданта для комплексного лечения пациентов детского возраста с диффузными и очаговыми повреждениями головного мозга при изолированной черепно-мозговой травме.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Нурутдинов Х.Н., Норматов У.Э., Каххоров А.И.
Ферганский филиал ФРНЦЭМП

В 2009-2013 гг. в отделении экстренной детской хирургии ФРНЦЭМП мы наблюдали 8 детей с закрытым повреждением и 1 ребенка с открытым ранением поджелудочной железы. Соотношение мальчиков и девочек 7:1. У 6 детей тупая травма поджелудочной железы возникла от удара рулем велосипеда, у 1 – от удара в живот торцом бедра, у 1 – при падении с высоты. У 1 ребенка было проникающее ранение поджелудочной железы в результате падения животом на расколотую стеклянную банку.

При сочетанных повреждениях поджелудочной железы часто травмируются желудок, селезенка, двенадцатиперстная кишка и крупные сосуды в области травмы. Большинство детей с сочетанной травмой поджелудочной железы (ТПЖ) поступили в состоянии шока I-II ст., что ухудшает течение послеоперационного периода и повышает риск летального исхода.

Среди повреждений поджелудочной железы мы выделяем ушибы, подкапсулярному гематому, разрыв с повреждением протока, разможнение или отрыв части железы. У 5 из 8 пострадавших детей с ТПЖ было повреждение тела, у 2 – хвоста, у 1 – головки железы. Летальный исход наблюдался при травме головки.

Значительную роль в диагностике ТПЖ играют исследования амилазы в крови, моче и перитонеального содержимого. При диагностике тупой ТПЖ у 2 больных в возрасте до 6-7 лет мы применяли методику “шарящего” катетера с наличием микросимптоматики со стороны живота, у 3 больных при лапароскопии обнаружено наличие крови в брюшной полости.

Правильный диагноз ТПЖ был установлен до операции у 5 больных, на операции – у 3.

Лечение ран поджелудочной железы представляет собой нерешенную проблему. При ушибах и частичных надрывах поджелудочной железы производили блокаду окружающих тканей 0,25% раствором новокаина с антибиотиками, швы накладывали на железу лишь с целью гемостаза, дренирование.

У 2 больных с разрывом тела и разможением хвостовой части, выполнена операция. Культю железы ушивали капроновыми швами и перитонизировали сальником на ножке с последующим подведением к месту травмы через отдельный разрез дренажей. Рану ушивали наглухо.

Наиболее ответственными являются действия хирурга при полных разрывах поджелудочной железы с повреждением вирсунгова протока, которые встречались у 2 детей. Им произведена левосторонняя резекция поджелудочной железы, которая надежно предупреждает тяжкие осложнения, не приводит к нарушениям внешней и внутренней секреции органа.

Осложнения ТПЖ, в основном в виде травматического панкреатита, возникали у 2 больных.

Панкреатические свищи наблюдались у 1, панкреатические кисты у 1 больного.

Таким образом, ТПЖ требуют ранней диагностики и рационального хирургического лечения пострадавших, а также профилактики и своевременное лечение осложнений, особенно некротического панкреатита.

БОЛАЛАРДА КЎКРАК, БЕЛ ВА ҚОРИН СОҲАЛАРИ КУЙИШ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ХИРУРГИК УСУЛЛАР ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ

Орипов Д.У., Азимова А.А., Исаков Н.Н.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Кўкрак, бел ва қорин соҳаларини куйиш жароҳатини комплекс даволашда жадал жарроҳлик усулларини қўллаш лозимлиги ўз тасдиғини топган бўлиб, унинг асосида эрта некроэктомия ва тери бутунлигини қисқа муддат ичида аутодермопластика йўли билан даволаш етади. Куйиш жароҳатларини чуқурлигини эрта муддат ичида аниқлаш жадал жарроҳлик усулларини қўллашга шароит яратади.

Комбустиология бўлимида 2010-2013 йиллар мобайнида 1 ёшдан 15 ёшгача бўлган 51 нафар чуқур

куйиш жароҳати билан беморларни даволашда эрта некроэктомия ўсули ва вақтинчалик тери қопламлари қўлланилди. Куйиш жароҳатини чуқурлигини аниқлашда бўлим ходимлари томонидан яратилган дермал термометр мосламаси қўлланилди. Термометрия ўсули соғ ва шикастланган тери юзларидаги ҳарорат фарқини кўрсатишга асосланган. Чуқур куйиш жароҳатлари бўлган соҳаларда тери ҳарорати соғ тери соҳасига қараганда 1,5-3°C га паст бўлиши аниқланди.

Чуқур куйиш жароҳати бўлган беморларда эрта некроэктомия амалиети касаллиқнинг 5-7 кунлари, қачонки яра соҳасида маҳаллий яллиғланиш аломатлари юзага келмасдан ўтказилди. Чуқур куйиш майдо-ни 5% ни ташкил қилган 12 беморда эрта некроэктомия бир вақтнинг ўзида тери дефектини аутодермопластика қилиш билан яқунланди. Жарроҳлик амалиетидан кейинги даврда ўтказилган аутоотрансплантатларнинг қониқарли битиши кузатилади.

АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Пахмури И.Р., Ходжамбердиев А.Р., Юлдашев У.Т., Тургунов Ш.Ш.
Андижанский филиал РНЦЭМП

В 2013 г. под эндотрахеальным наркозом оперированы 195 детей старшей возрастной группы (14-18 лет), что составило 9% от общего числа оперированных под эндотрахеальным наркозом в условиях АРО больных. Традиционные способы профилактики регургитации с обязательным зондированием желудка до этапа индукции в анестезию были применены у 96 (49,2%) детей. Периоперационная регургитация отмечалась у 3 (3,1%) больных. Быстрая последовательная индукция анестезии была применена у 99 (50,8%) детей. Диагностированная периоперационная регургитация наблюдалась у (2,0%) больных, что подтверждает факт эффективности данной методики для профилактики осложнений у больных с проблемой «полного желудка». У всех без исключения детей с диагностированной аспирацией в послеоперационном периоде развилась нозокомиальная пневмония.

Этим пациентам в раннем послеоперационном периоде проводили продленную ИВЛ с параметрами до 7-9 мл/кг массы тела, режим умеренной гипервентиляции с ЧД 22-24 в мин, скорость потока воздуха ДО/ЧД/0,003, с соответствующим соотношением вдоха/выдоха 1:2, FIO₂ 0,4-0,5, PEEP +4+5 см вод.ст. Режим активной респираторной поддержки сочетался по показаниям с режимом SIMV на аппаратах Vela. Стимуляцию механизмов естественной санации трахеобронхиального дерева осуществляли применением пневматического небулизатора Manifold из комплекта для вентиляции Bennett Ma-1 (с 2% раствором натрия хлорида, 4% раствором натрия гидрокарбоната), трахеобронхиальным лаважем на фоне проводимой ИВЛ не реже 1 раза в сутки (введение в трахею 50-60 мл 0,9% раствора натрия хлорида с добавлением антибио-

тиков и последующей аспирацией с помощью вакуум-отсоса). Эмпирическую антибактериальную терапию проводили с учетом микробиологического пейзажа бактерий с последующей верификацией выселенных микроорганизмов и определением чувствительности к антибиотикам.

Выводы. 1. Выполнение всех мер профилактики периоперационной регургитации при наличии «полного желудка» является обязательным условием при анестезиологическом обеспечении экстренных операций у детей старшей возрастной группы. 2. Периоперационная регургитация и, как ее следствие, кислотно-аспирационный синдром при наложении на эффект транслокации условно-патогенных бактерий из ЖКТ, несомненно, влияют на частоту развития и тяжесть течения нозокомиальной пневмонии у детей старшей возрастной группы. 3. Стандартный алгоритм решения этой проблемы необходим в связи с остротой заболевания, экстренностью характера выполнения операций, ограниченностью времени для выбора методов и средств для проведения профилактики периоперационной регургитации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТОКОЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Пахмури И.Р., Мухитдинова М.К., Гафуров Б.З., Нуралиева М.С.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Изучены результаты лечения детей с ТЧМТ по стандартному протоколу. С момента доставки пострадавшего службой скорой помощи в стационар параллельно с осуществлением оценки состояния жизненно важных функций организма, по показаниям проводили необходимые неотложные мероприятия, направленные на поддержание жизненно важных функций. При наличии признаков аспирационного синдрома, нарушения сознания по типу комы, глубокого сопора осуществляли немедленную интубацию трахеи. Состояние жизненно важных функций организма оценивали с помощью шкалы APACHE II.

При наличии показаний производился ранний перевод больных на ИВЛ. В случаях аспирации прибегали к экстренной лечебно-диагностической бронхоскопии. Синхронизацию больных с аппаратом ИВЛ в раннем периоде осуществляли фармакологически с использованием мышечных релаксантов и барбитуратов. Стремилась к стабилизации гемодинамики в нормо- или умеренно гипердинамическом ее состоянии. Антибактериальную терапию начинали не позднее трех часов с момента поступления детей в стационар. Противоотечную терапию включала маннитол и 7,5% раствором хлорида натрия. При неясном диагнозе выполняли компьютерную томографию, которая позволяла кардинально решить вопрос о показаниях к оперативному вмешательству. При проведении анестезиологического пособия использовали тиопентал натрия, мидазолам, наркотические анальгетики, бензодиазепины. полуоткрытый контур дыхания, режим умеренной гипервентиляции.

В 2012-2013 гг. в АФРНЦЭМП поступили 1336 детей с черепно-мозговой травмой, из них 935 (69,98%) мальчиков и 401 (30,01%) девочек. В возрасте: до года было 113 (8,45%), пострадавших до 6 лет- 263 (19,68%), до 14 лет – 960 (71,85%). В экстренном порядке прооперированы 65 (4,86%) больных. 81 (6,06%) ребенок с тяжелой черепно-мозговой травмой получал лечение в условиях нейрореанимационного отделения, из них мальчиков 60 (74,07%), девочек 21 (25,92%). Умерли 5 больных, что составило 6,17% от общего числа детей с ЧМТ, поступивших в нейрореанимационное отделение в 2012-2013 гг.

Таким образом, протокольное лечение больных с тяжелой ЧМТ в остром периоде на основе клинко-диагностических стандартов позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни детей, о чем свидетельствует относительно невысокая летальность.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ

*Пахмури И.Р., Мухитдинова М.К., Нуралиева М.С.,
Абдужаббаров А.А.*

**Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский
государственный медицинский институт**

В 2012-2013 гг. в АФРНЦЭМП было выполнено 4226 эндоскопических вмешательств и исследований, в том числе 275 (6,5%) у детей. Фиброгастродуоденоскопия выполнена у 183 (66,5%) пациентов, фибротрехеобронхоскопия – у 91 (33,09%). У 99 (36%) больных эндоскопические исследования проводились в условиях анестезиологического обеспечения, у 176 (64%) – под местной анестезией. Общая анестезия при фибротрехеобронхоскопии применялась у 85 (85,9%) больных, при фиброгастродуоденоскопии – у 14 (14,1%).

В 1-й группе детей при применении местной анестезии при фиброгастродуоденоскопии чаще всего наблюдалась синусовая тахикардия, которая по сравнению с исходным состоянием возрастала в среднем на 15%. Во время введения эндоскопа в пищевод она достигала своего максимума, снижая на последующих этапах исследования, но всегда оставалась выше, чем в состоянии покоя. Ответная реакция сердечно-сосудистой системы на манипуляцию, обусловленная активацией симпатно-адреналовой системы, диктовала необходимость анестезиологического обеспечения, которое осуществляли методикой седацией с сохранением сознания на основе сбалансированной анестезии, которую применили в при фиброгастродуоденоскопии.

При проведении анестезии у детей этой группы детей использовали два варианта анестезии: кетамин + фентанил, кетамин + пропофол на фоне введения релаксантов короткого действия.

Выводы. Методика анестезии на основе кетофола характеризуется более стабильным течением анестезии с минимальными изменениями гемодинамики (по сравнению с комбинацией кетамина с фентанилом). Применение кетофола для анестезиологического обе-

спечения эндоскопических вмешательств у детей является перспективным направлением, так как позволяет минимизировать отрицательные эффекты действия препаратов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИКОСТНОГО ДОСТУПА В ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

Пиковский В.Ю.

**Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И.Евдокимова**

В комплекс интенсивной терапии пациентов, находящихся в критических состояниях, в обязательном порядке входит внутривенное введение лекарственных препаратов и проведение инфузионной терапии. Однако на догоспитальном этапе обеспечение традиционного венозного доступа нередко затруднено или даже технически невозможно, особенно у детей младшего возраста. В качестве альтернативы применим внутрикостный доступ, общим показанием к которому, согласно международным рекомендациям по интенсивной терапии, считается невозможность катетеризации периферической или центральной вены в течение 90 с или после 3 попыток. Более того, при проведении реанимационного пособия при клинической смерти внутрикостное введение препаратов обязательно уже через 60 с или после второй неудавшейся попытки обеспечить венозный доступ (ERC, 2010 г.). В губчатое вещество кости, являющееся «неспадающейся» частью венозного русла, могут быть введены любые лекарственные препараты и инфузионные среды, разрешенные для внутривенного введения в той же дозировке. При этом скорость наступления фармакологического эффекта идентична внутривенному введению.

Приказы Минздрава Российской Федерации предусматривают оснащение выездных бригад скорой медицинской помощи наборами для обеспечения внутрикостного доступа.

На Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова г.Москвы (ССиНМП г.Москвы) в клиническую практику был внедрен метод обеспечения внутрикостного доступа аппаратом B.I.G. (Bone Injection Gun). Для широкого освоения данного метода на базе 11 учебных классов, расположенных на региональных подстанциях и оснащенных специализированными манекенами, проводятся регулярные практические занятия с выездным персоналом. По мнению врачей, прошедших обучение, сложность применения аппарата B.I.G. можно оценить по десятисантиметровой визуально-аналоговой шкале, в среднем, на 1,3-2,3 см, что соответствует критериям «очень легко» и «легко». Наборами для обеспечения внутрикостного доступа были оснащены выездные бригады реанимации и интенсивной терапии, педиатрические бригады и бригады оказания скорой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях.

В течение 2008-2013 гг. бригадами ССиНМП г.Москвы внутрикостный доступ был применен у 72

детей с тяжелой патологией (например, при клинической смерти, травматическом шоке, обширных ожогах, судорогах, комах различной этиологии и т.п.). В 67 случаях внутрикостный доступ был обеспечен с первой попытки не более чем за 25 секунд. При проведении инфузионной терапии различных острых гиповолемических состояний (33 случая) скорость внутрикостной инфузии под давлением достигала 80 мл/мин. Осложнений методики не наблюдалось.

Учитывая положительный опыт внедрения внутрикостного доступа у детей в критических состояниях на ССИНМП г.Москвы, его эффективность, техническую простоту и безопасность, можно рекомендовать его применение для оптимизации комплекса интенсивной терапии на догоспитальном этапе при затруднении обеспечения традиционного венозного доступа.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

**Ражабов О.С., Машарипов К.
Хорезмский филиал РНЦЭМП**

Согласно статистике отделения травматологии Хорезмского филиала РНЦЭМП, в 2008-2010 гг. с диафизарными переломами предплечья обратились 160 ребенка. Соотношение мальчиков и девочек – 5:1. Детей раннего возраста было 8, дошкольного – 30, младшего школьного – 20, 12 лет и старше – 102. Перелом в области верхней трети предплечья наблюдался у 10 больных, средней трети – у 68 и нижней трети – у 82. 42 ребенка поступили с переломом без смещения и с удовлетворительным стоянием отломков, 118 детей имели перелом со смещением. Окончательный диагноз устанавливали после рентгенографии в двух проекциях, с захватом локтевого и лучезапястного суставов для исключения вывиха.

Лечение перелома костей предплечья без смещения и с удовлетворительным стоянием отломков заключалось в наложении лонгетной гипсовой повязки от основания пальцев до верхней трети плеча в среднефизиологическом положении сроком на 4-6 недель в зависимости возраста больного.

При переломах со смещением отломков под местной анестезией осуществляли одномоментную закрытую репозицию и накладывали лонгетную повязку. Смещение отломков в сторону межкостного промежутка и его диспропорцию мы старались наиболее полно устранить при репозиции (по А.В Каплану или кончиками пальцев хирурга).

Результат сопоставления отломков подтверждали рентгеновскими снимками предплечья в двух проекциях. Дальнейшая тактика заключалась в ежедневном клиническом контроле. По мере спадания отека гипсовую повязку моделировали по иммобилизуемой конечности. Обычно на 5-8 день назначали повторный рентгеноконтроль. Убедившись в удовлетворительном

стоянии отломков, на 7-14 день травмы осуществляли более полную репозицию допустимого смещения. Большое значение придавали исправлению оси конечности и восстановлению пропорции межкостного промежутка. Срок иммобилизации такого перелома возрастал на 1-2 недели в зависимости от положения отломков и возраста больного.

Оперативное лечение применено у 48 больных. Оперативное вмешательство заключалось в открытой репозиции отломков с металлоостеосинтезом спицами Илизарова, стержнем Богданова, у 3 больных применили компрессионно-дистракционный аппарат.

В отдаленные сроки на рентгеновских снимках определялся небольшой изгиб. Однако клинически никаких деформаций не обнаружено, функция конечности восстановилась полностью.

Таким образом, при диафизарных переломах костей предплечья у детей практически во всех случаях можно добиться удовлетворительного или допустимого стояния отломков. Исключение составляет лишь мягкотканая интерпозиция, а также наличие открытого перелома.

ПРОБЛЕМЫ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

**Раупов Ф.С., Кобилев Э.Э., Аслонов А.А., Ахмедов А.Т.
Бухарский государственный медицинский институт**

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) реже встречается у детей до 3-х лет, в последующих возрастных группах она наблюдается значительно чаще. Мальчиков было 264 (52,3%), девочек 241 (47,7%). Ранняя форма ОСКН наблюдалась у 182 (36,0%), поздняя – у 323 (64%) больных.

Чаще всего ОСКН возникала после операции по поводу гангренозно – перфоративной формы аппендицита с явлениями перитонита. После операций по поводу острого аппендицита ОСКН наблюдалась у 243 (48,2%) больных. Второе место после аппендэктомии занимает кишечная инвагинация – у 101 (20,1%) больных, послужившая причиной возникновения острой спаечной кишечной непроходимости. Довольно часто первичная лапаротомия выполнялась также по поводу травматических повреждений органов брюшной полости – у 47 (9,3%) больных и пороков развития кишечника – у 85 (16,8%). На долю остальных причин – новообразований и прочих – пришлось 29 (5,6%) случаев.

Таким образом, поздняя острая спаечная кишечная непроходимость встречается гораздо чаще, чем ранняя. Основной причиной развития острой спаечной кишечной непроходимости являются операции по поводу острого аппендицита, инфицирования брюшной полости микрофлорой и сохраняющийся воспалительный процесс приводящий к усиленному спайкообразованию.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

*Рахимов Б.С., Усманов Ш.А., Кодиров К.З.,
Рахмонов А.А., Халилов Ш.К., Косимов К.Л.*
**Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский
государственный медицинский институт**

Известно, что предрасполагающими к развитию орхоэпидидимита у детей факторами служат топографо-анатомические особенности органов мошонки, что обуславливает их подверженность холодовым и травматическим воздействиям, способствующим развитию гнойно-воспалительных процессов. Традиционная терапия антибиотиками, блокадой имеет определенные недостатки: быстрая адаптация микробов к антибиотикам, хронизация и развитие нагноительных процессов.

У 23 детей в возрасте от 3 до 14 лет в комплексе лечебных мер применяли регионарную лимфатическую терапию. У 8 больных был орхоэпидидимит гематогенного генеза, у 10 – травматический, у 5 детей с ущемленной грыжей, где имело место травматизация яичка и его придатков, лимфатическая терапия преследовала превентивную цель.

Лимфатическая терапия проводилась через катетер, установленный в элементы пахового канала. Стимуляцию лимфатического дренажа осуществляли ферментами, через 10 минут вводили разовую дозу антибиотика, разведенного в 5 мл 0,25 % растворе новокаина. Такое лечение продолжалось от 4 до 6 суток, в среднем – 5 суток. Сроки пребывания больных, в том числе 8 оперированных, в стационаре составляли 7,5 койко-дня.

Описанная лечебная тактика обеспечивала антибактериальный эффект при минимальной суточной дозе антибиотика и блокаду элементов семенного канатика за счет 0,25% раствора новокаина.

ОСЛОЖНЕННАЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Рахматов Б.У., Мамасалиев Н.С.,
Усманов Б.У., Мамасалиев З.Н.*
Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Изучение закономерностей течения язвенной болезни желудка (ОЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ОЯБДПК) у подростков (15-17 лет) и оптимизация ее диагностики в условиях центра экстренной медицинской помощи.

Комплексному клинико-биохимически-эндоскопическому обследованию подвергались 395 детей с язвенной болезнью. Прослежено течение язвенной болезни от начальных изменений до формирования осложненной язвы. Пристальный интерес был прикован к изучению возможностей прогностически обоснованного подхода к выбору хирургического лечения ОЯБЖ и ОЯБДПК.

Было установлено, что у детей в развитии ОЯБЖ и

ОЯБДПК большое место занимают нерегулярное питание (67,3%), курение (28,2%), фактор наследственности у 46,4% мальчиков и у 24,2% девочек ($p < 0,05$). Наибольшую значимость из многочисленных симптомов, синдромов и показателей выделено 26 признаков, являющихся максимально важными для прогноза течения и оптимизации способов хирургического лечения ОЯБЖ и ОЯБДПК у подростков. Результаты дискриминантного анализа, позволившего ввести математический «вес» каждого из факторов риска детской язвы, обеспечили высокую чувствительность и надежность заблаговременного определения возможности развития осложнений язвенной болезни и вариантов ее клинического течения: осложненное течение – 28,2% (перфорация, пенетрация, кровотечение, стеноз), несложненное течение – 89,4%, часто рецидивирующее течение – 90,2%, длительно нерубцующаяся язва желудка – 74,5%, стенозирование – 81,0%.

Таким образом, определены новые представления о прогностической значимости симптомов и синдромов язвенной болезни у подростков, выделены группы детей с перспективной благоприятного и неблагоприятного течения заболевания. Данный принцип может использоваться для заблаговременного тактико-технического решения многих вопросов экстренного хирургического лечения ОЯБЖ и ОЯБДПК у детей.

СУБЪЕКТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ: ОСОБЕННОСТИ В ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

*Рахматов Б.У., Мамасалиев Н.С.,
Саитжонов Л.С., Атаханов А.*
Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка субъективной симптоматики язвенной болезни желудка (ПЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ПЯБДПК) у подростков в условиях экстренной клиники.

Работа основана на изучении результатов наблюдения и лечения стационарных больных, страдающих ПЯБЖ и ПЯБДПК. Всего изучены данные 395 больных язвенной болезнью, находившихся в экстренных хирургических клиниках Андижана, 2852 подростков, отобранные популяционным путем. Использованы опросные, инструментальные и клинические стандартизованные и унифицированные методы.

Выявлено, что при наличии ПЯБДПК клиника была более яркой у мальчиков и, напротив, симптоматика ЯБЖ у них была менее выраженной, чем у девочек.

У 34,6% обследованных мальчиков ПЯБЖ и ПЯБДПК характеризовалась латентным или субклиническим течением и была выявлена во время скрининга. Эти больные не знали о наличии язвенной болезни до скрининга и/или до поступления в экстренную хирургическую клинику, следовательно, ранее не состояли на диспансерном учете.

В целом в отличие от ПЯБДПК ПЯБЖ у подростков-мальчиков протекает с менее выраженной симптоматикой. В то же время наблюдалась четкая тенденция

к увеличению числа девочек с ПЯБДПК с латентным и атипичными вариантами течения (52,8%), ПЯБЖ характеризовалась более выраженной клинической картиной.

Более значительная взаимосвязь заболевания выявлена с такими факторами риска, как алиментарный фактор, наследственность, употребление лекарственных препаратов, психогенный фактор, вид пищи, стиль жизни, психологические и социоэкономические факторы. Прием противовоспалительных и анальгетически действующих препаратов имеет большее значение для возникновения ПЯБЖ и ПЯБДПК, чем многие другие факторы, такие как, курение, употребление кофе и алкоголя.

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ

*Рахматуллаев А.А., Мамашарипов Б.П.,
Мамажонов С.С.*

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Основными требованиями, предъявляемыми к оперативному методу лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), остаются восстановление нормальных топографо-анатомических соотношений гастроэзофагеальной зоны, пищеводного отверстия диафрагмы, создание антирефлюксного механизма, предотвращающего заброс содержимого желудка в пищевод. Анатомическое расположение диафрагмы дает возможность для хирургических манипуляций при этом пороке как со стороны грудной полости, так и через лапаротомный доступ. Поэтому отдельные хирурги отдают предпочтение тому или иному доступу.

Цель исследования. Выбор оптимального доступа (трансторакального или транслапаротомного) и его сравнительный анализ при операциях грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у детей.

Материал и методы. В 2000-2013 гг. на клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ под наблюдением находились 20 больных с ГПОД в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. На основании проведенных исследований (МСКТ, контрастное исследование ЖКТ, УЗИ, ЭФГДС) всем больным проводилось оперативное лечение.

Результаты. Анализ полученного материала показал, что у 13 (65%) больных встречались параэзофагеальные грыжи, у 7 (35%) – эзофагеальные грыжи. У мальчиков заболевание встречалось чаще, чем у девочек – соответственно у 12 (60%) и 8 (40 %).

У 12 (60%) больных ГПОД ликвидирована трансторакальным (заднебоковая торакотомия), у 8 (40%) – трансабдоминальным (верхнесрединная лапаротомия) доступам.

При ликвидации правосторонних параэзофагеальных грыж мы отдавали предпочтение правостороннему торакотомному доступу. При этом пластика диафрагмы не представляет трудности, лучший обзор операционного поля, что облегчает действия хирурга. При левосторонних параэзофагеальных и эзофагеальных гры-

жах шли верхнесрединным лапаротомным доступом с мобилизацией левой доли печени. Этот доступ вместе с ликвидацией грыжи и пластикой пищеводного отверстия диафрагмы дает возможность для создания угла Гиса и фундопликации, которые предотвращают гастроэзофагеальный рефлюкс. У 4 (20%) больных во время операции выявлена релаксация купола диафрагмы (у 2 – справа, у 2 – слева). Этим больным одновременно произведена пластика с наложением гофрирующих швов на диафрагму.

В заключение необходимо отметить, что при устранении грыж пищеводного отверстия диафрагмы доступ зависит от их вида. При правосторонних параэзофагеальных грыжах целесообразнее применять трансторакальный доступ, при левосторонних параэзофагеальных и эзофагеальных грыжах – трансабдоминальный доступ, что обеспечивает свободу доступа и благоприятные условия для предотвращения различных причин, обуславливающих возникновение грыжи.

КОНЦЕПЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Рошаль Л.М., Карасева О.В., Брянцев А.В.,
Валиуллина С.А.*

**НИИ неотложной детской хирургии и травматологии,
Москва, Россия**

Отличительной чертой современного здравоохранения России является реорганизация, при которой нередко сталкивается российская педиатрическая школа с моделями западного здравоохранения. В этих условиях НИИ неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ) Департамента здравоохранения города Москвы является синтезом традиций и современных инноваций на новом технологическом и социальном уровне.

Цель. Представление модели оказания специализированной помощи детям с неотложной хирургической патологией и травмой в мегаполисе.

Материал и методы. Ежегодно в стационаре НИИ НДХиТ проходя лечение около 10 тыс. детей с неотложной хирургической патологией и травмой, до 50 тыс. пострадавших получают медицинскую помощь в травматологическом пункте и консультативно-диагностическом отделении.

Результаты. Основная задача института – оказание эффективной медицинской помощи детям с неотложной хирургической, нейрохирургической и травматологической патологией в городе Москве с целью снижения смертности, инвалидности, повышения уровня здоровья и качества жизни. Основным направлением работы является оптимизация и создание замкнутого цикла специализированной помощи детям.

Основными требованиями догоспитального этапа являются своевременность, непрерывность, преемственность и централизация. Цепочка событий начинается с первичного обращения и дистанционного определения тяжести состояния пациента и уровня

бригады для оказания скорой помощи. Госпитализация в специализированный стационар является в мегаполисе обязательным условием. Оповещение стационара о направлении больного позволяет оптимизировать работу принимающей бригады. Специализированная выездная педиатрическая реанимационная бригада ССИНМП им. А.С.Пучкова, созданная на базе НИИ НДХиТ и работающая как по «скорой помощи» в Москве, так и осуществляющая консультативную помощь и транспортировку больных из Московской области и непрофильных стационаров, позволяет приблизить опыт специализированного центра к больному и обеспечивает концентрацию профильных пациентов. Для быстрой доставки в условиях мегаполиса и транспортировки «тяжелых» пациентов на крыше хирургического корпуса Института имеется вертолетная площадка.

Специализированным стационаром для оказания urgentной хирургической помощи детям должен быть профильный педиатрический стационар, в котором созданы все условия для пребывания детей в адекватной возрасту и психоэмоциональному статусу среде, с возможностью пребывания родителей и обучения. Медицинскую, психолого-педагогическую помощь в этих условиях должен оказывать подготовленный персонал педиатрического профиля, обладающий специальными знаниями. Основными требованиями к специализированному стационару являются укомплектованность высокотехнологичным диагностическим и операционным блоками, реанимационно-анестезиологическим отделением, профильными хирургическими отделениями и специалистами основных хирургических специальностей (детская хирургия, травматология, нейрохирургия) в круглосуточном режиме работы, что позволяет осуществлять весь объем экстренной помощи при острых хирургических заболеваниях и травме, включая высокотехнологичную. Наличие в штате узких специалистов хирургических специальностей (офтальмолог, оториноларинголог, челюстно-лицевой хирург) позволяет при необходимости вызвать их в клинику в ночное время. Особое значение имеет отделение реабилитации, специалисты которого начинают работать с первых дней оказания помощи детям в стационаре и сопровождают пациента после выписки. Основным принципом лечения в условиях стационара является мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов смежных специальностей, работающих в штате института. Приоритетными направлениями в стационаре являются малоинвазивные хирургические технологии (лапароскопия, нейроэндоскопия, артроскопия, внутрисосудистая эндоскопия, функционально-стабильный остеосинтез) и ранняя хирургическая реабилитация, включающая реконструктивно-пластические операции.

Наличие травмпункта и консультативно-диагностического отделения в составе Института позволяет охватить весь спектр хирургической помощи, включая амбулаторную, при необходимости незамедлительно проконсультировать или госпитализировать ребенка.

В замкнутом цикле оказания помощи консультативно-диагностическое отделение играет огромную роль, осуществляя катамнестическое наблюдение за детьми. Для оказания помощи детям при землетрясениях и катастрофах на базе отделения травматологии и медицины катастроф сформирована мобильная бригада, обладающая уникальным опытом работы. В Институте проводят фундаментальные исследования, направленные на изучение адаптационных систем организма ребенка и механизмов повреждения и репарации при острых хирургических заболеваниях и травме. Задачей оргметодотдела Департамента здравоохранения, созданного на базе института, является анализ оказания профильной помощи детям и разработка ее эффективной методологии.

Таким образом, совмещение оказания неотложной помощи детям в условиях городского здравоохранения с научными исследованиями обеспечивает развитие научно-обоснованной концепции неотложной медицины в детской хирургии и травматологии, идеологией которой является сохранение жизни ребенка и обеспечение высокого ее качества.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭЛЕКТРООЖГОВ У ДЕТЕЙ

Рузимуратов Д.А., Фаязов А.Д.

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

В настоящее время ожоги электричеством среди ожогов от других причин составляют 2-3 %, но несмотря на это они часто становятся причиной инвалидности, а в некоторых случаях и смерти, что ставит их на одно из первых мест по значимости. Летальность при поражении электричеством, по разным данным, составляет около 10%. В связи с этим разработка методов активной хирургической тактики лечения больных с электротравмой, является весьма актуальной проблемой.

Цель работы. Улучшение результатов лечения электротравм у детей путем внедрения методов активной хирургической тактики.

В 2001–2013 гг. всего были госпитализированы 502 больных с электротравмой, из них 284 детского возраста, что составляет 56,6% от общего числа пострадавших с электротравмой. Возраст больных – от 6 месяцев до 18 лет. По площади ожога больные распределялись следующим образом: до 1% поверхности тела – 175 (61,6%), до 5% – 69 (24,3%), от 6 до 10% – 21 (7,4%), более 10% – 19 (6,7%) пациентов. У 46 обожженных применена активная хирургическая тактика лечения. 10 из них в первые 6-12 произведена декомпрессивная фасциотомия. В последующем 26 больным выполнена ранняя или ранняя отсроченная некрэктомия. 6 пострадавшим с глубокими поражениями IV степени произведена операция ампутации, а у 11 обожженных – операция экзартикуляции различных сегментов конечностей. У 37 больных после формирования грануляционной ткани осуществлена операция аутодермопластики.

Учитывая такие особенности электротравмы, как поражения субфасциальных структур (сосудисто-нервные пучки, мышечная ткань и сухожилия), высокую вероятность развития последствий электротравмы, эти больные в последующем были направлены для проведения курсов консервативной реабилитации.

Таким образом, методы активной хирургической тактики и последующего курса консервативной реабилитации во многом определяют благоприятный исход лечения детей с электротравмой.

ПРИМЕНЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖГОВЫХ РАН У ДЕТЕЙ

Сабитов А.Т., Фаязов А.Д., Шамуталов М.Ш.
**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Термические поражения у пострадавших детского возраста – один из наиболее частых видов травм, связанных с различными бытовыми факторами. Течение и исход ожоговой болезни во многом определяют сроки восстановления кожного покрова у пострадавших. Большое значение имеет выбор средств, применяемых в местном лечении ожоговых ран. В последние годы одним из методов проведения местного лечения ожоговых ран стало использование временных раневых покрытий, разработка и совершенствование которых остается важной научно-практической задачей комбустиологии.

В отделении комбустиологии РНЦЭМП у 85 обожженных детей в возрасте от 8 месяцев до 17 лет с ожоговыми ранами II-IIIА степени, площадью от 8 до 75% поверхности тела с октября 2012 г. в местном лечении применяли временные раневые покрытия: воскопан с левомеколем, парапан с хлоргексидином, парапан с диоксидином, полипан с лидокаином и др. Временные раневые покрытия накладывались после проведения первичного туалета раны с вскрытием пузырей и удалением некротизированного и отслоившегося эпидермиса.

При использовании раневых покрытий при поверхностных ожогах сроки эпителизации составили 10-12 суток, а у обожженных с применением традиционных методов местного консервативного лечения – 21-23 дня.

Наши наблюдения свидетельствуют, что применение временных раневых покрытий в местном лечении ожоговых ран способствует уменьшению плазморреи, предупреждают вторичное инфицирование, уменьшают травматичность и кратность проводимых перевязок, обеспечивают объективную оценку течения раневого процесса и ускоряют сроки эпителизации ран.

Таким образом, применение раневых покрытий у обожженных детского возраста, является эффективным средством местного лечения ожоговых ран, которое можно широко применять в клинической комбустиологии.

ЯЗВЕННЫЕ БОЛИ У ДЕТЕЙ: ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ С УЧЕТОМ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА **Саидходжаева Д.Г., Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.У., Атаханов А.М.** **Андижанский филиал РНЦЭМП**

В ходе специального клинико-эпидемиологического исследования на репрезентативной выборке 2852 детей подросткового возраста и клинического наблюдения 199 больных в экстренной хирургической клинике изучены и оценены основные характеристики болевого синдрома у первично выявленных больных язвенной болезнью (ЯБ) с учетом хеликобактериоза.

Результаты. ЯБ, ассоциированная с Нр, диагностирована у 181 (90,9%) больного, у 18 (9,1%) подростков ЯБ не ассоциировалась с хеликобактерной инфекцией. При ЯБ с Нр достоверно чаще наблюдались голодные и ночные боли (61,9%), а также периодический болевой синдром (47,5%, против 44,4 и 38,9% – соответственно у больных ЯБ без Нр). Оказалось, что ощущение тяжести после еды (33,1%) и усиление болевого синдрома (23,2%) после приема пищи менее характерно для подростковой язвы, ассоциированной с хеликобактериальной инфекцией. Напротив, подобная характеристика болевого синдрома сравнительно чаще регистрируется у подростков с ЯБ без Нр (33,3%). Большинство подростков (55,5%) с ЯБ без Нр не отмечали болевого синдрома, связанного с употреблением пищи.

Также было обнаружено, что обострение (усиление) болевого синдрома весной и осенью более характерно для подростковой язвы с Нр (53,0% и 69,6% соответственно), чем для язвенной болезни без хеликобактериоза, когда эти свойства болей отмечались гораздо реже (16,7 и 33,3%, $p < 0,05$).

Полученные результаты могут в корне изменить существующие лечебно-диагностические подходы, поставить во главу угла комплекс терапевтических мер, что будет способствовать уменьшению количества хирургических вмешательств при язвенной болезни у подростков.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЯЗВЫ У ДЕТЕЙ: ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ «ЯЗВЕННОЙ НАГРУЗКИ» В ХИРУРГИЧЕСКИХ КЛИНИКАХ

**Саидходжаева Д.Г., Усмонов Б.У., Мамасалиев Н.С.,
Атаханов А.М.**
Андижанский филиал РНЦЭМП

В ходе специального скрининга проанализированы данные 395 больных с язвенной болезнью (ЯБ), находившихся в хирургических клиниках Андижана, и 2852 подростков, отобранные популяционным путем. Применялись общепринятые, стандартизованные и унифицированные методы диагностики ЯБ.

Все обследованные подростки были разделены на 4 группы: 1) здоровые лица – 1439 (50,4%); 2) практически здоровые лица, имеющие факторы риска ЯБ – 505 (17,8%); 3) предболезнь (предязвенное состояние); 4) больные с ЯБ (31,9%).

Предъявленные болезни (ПРЯБ) в виде полипоза желудка выявлены у 0,3% детей, функциональных заболеваний желудка – у 7,2%, хронического гастрита – у 6,3%, хронического дуоденита – у 3,0%, хронического гастродуоденита – у 4,1%, болезни оперированного желудка – у 0,3%.

У мальчиков (14,7%) ПРЯБ встречается статистически значимо чаще, чем у девочек (6,6%; $p < 0,01$). ПРЯБ выявлены у 26,4% сельчан-подростков (34,1% мальчиков и 18,4% девочек, $p < 0,05$). У 41,9% обследованных детей ПРЯБ сочетается с другими заболеваниями: у 30,7% – органов пищеварения, у 11,2% – других систем.

В целом отмеченные эпидемиологические условия являются «главными» объектами первичной профилактики и ориентирами для предотвращения «язвенной нагрузки» в хирургических клиниках среди детей.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ *Сайдалиев С.С., Ахраров Б.М., Расулов А.Ф.* **Ферганский филиал РНЦЭМП**

В отделении детской хирургии ФФРНЦЭМП в 2011–2013 гг. на лечении находились 28 детей в возрасте от 1 года до 14 лет с сочетанными повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства, из этих них 19 мальчиков, и 9 девочек. Состояние всех больных было тяжелым. 11 детей получили травмы вследствие автоаварии, 9 – при падении с высоты, 8 – при ударе в живот. У 16 было установлен перелом костей верхней конечности, у 8 – перелом нижней конечности, у 4 – переломы верхней и нижней конечности одновременно. Необходимо подчеркнуть, что у 5 из 28 пациентов наблюдалась закрытая черепно-мозговая травма. После проведения комплексных диагностических мероприятий у 11 детей установлен разрыв печени, у 5 – разрыв печени и селезенки, у 8 – разрыв печени и повреждение почки, у 4 – повреждение паренхиматозных органов вызывало сомнение. После проведения противошоковой терапии, соответствующей иммобилизации поврежденных конечностей этим двум пациентам произведена диагностическая лапароскопии, в результате обнаружена кровь в левом боком канале. Все пострадавшие дети после кратковременной комплексной предоперационной подготовки, включающей инфузионную, гемотрансфузионную, противошоковую, обезболивающую терапию, были оперированы. У 19 разрывы печени различной степени были ушиты и герметизированы сальником. У одного ребенка с разрывом печени обнаружен разрыв верхнего полюса правой почки, произведено ушивание разрыва почки. У 2 больных был ушиб почки, который лечили консервативно. 3 детям выполнено ушивание печени, 2 произведена спленэктомия.

Все пациенты в послеоперационном периоде получали комплексное интенсивное инфузионное ле-

чение, включая лимфотропную терапию. Послеоперационный период у всех детей протекал гладко, без осложнений, восстановительный период прошел достаточно быстро. Все больные выписаны в сроки от 9 до 16 дней на амбулаторное лечение.

Таким образом, своевременная диагностика, которая стала возможной в условиях современного оснащения службы экстренной медицинской помощи, адекватное хирургическое вмешательство, оптимальное комплексное интенсивное инфузионное лечение, включая лимфотропную терапию, способствовали уменьшению частоты послеоперационных осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Сайпиев А.С., Астанов А.И., Хужакулов У.Б., Худойбердиев П.К., Холбоев Х.

Навоийский филиал РНЦЭМП, Навоийский областной многопрофильный детский медицинский центр

В 2010–2013 гг. в отделении детской травматологии областного детского многопрофильного медицинского центра и отделении травматологии Навоийского филиала РНЦЭМП на стационарном лечении находились 324 пострадавших ребенка с различными переломами трубчатых костей, в том числе с открытыми переломами 42. Первично открытые переломы в результате прямого действия травмирующего агента диагностированы у 18 детей. У 24 пациентов имели место вторично открытые переломы костей с повреждением целостности кожных покровов костными отломками изнутри.

Открытые переломы костей верхних конечностей наблюдались у 23 (54,2%) детей, открытые переломы нижних конечностей у 19 (45,8%) детей. В ДТП 16 (38%), пострадавших при падении с дерева 11 (26%), падении с различных спортивных снаряжений 9 (24,6%), другие травмы имело место у 6 (14,3%). В течение 1 часа после получения травмы в стационар поступили 27 (64,3%) больных, до 3 часов 10 (23,8%), позднее 3 часов 5 (11,9%). Машиной скорой медицинской помощи доставлены 8 (19,2%), пациентов попутным транспортом 34 (80,8). У 12 (28%) больных диагностирован травматический шок, они были госпитализированы в реанимационное отделение. Сочетанные повреждения имели место у 7 (16,6%) пострадавших.

23 (54,7%) из числа 42 больных в экстренном порядке произведено оперативное вмешательство. Объем оперативных вмешательств заключался в первичной хирургической обработке раны, репозиции костных отломков и их фиксации. В 9 случаях фиксация костных отломков заключалась в спицевой диафиксации и последующей иммобилизации конечности гипсовыми лонгетами, у 7 применен КДО, у 5 пострадавших фиксация костных отломков осуществляли пластинами. У 19 больных с вторично-открытыми переломами, у которых раны были колотого характера и не нуждались в ПХО, произведена репозиция костных отломков и иммобилизация конечностей гипсовыми лонгетами. У 9

из них неудовлетворительной репозиции выполнена открытая репозиция и фиксация костных отломков различными металлофиксаторами.

В послеоперационном периоде лечение больных проводили согласно медицинским стандартам. Из числа оперированных больных с открытыми переломами в трех случаях наблюдалось поверхностное нагноение раны. В отдаленном периоде у двух больных возникло явление посттравматического остеомиелита, которое потребовало повторного оперативного вмешательства.

Таким образом, лечение открытых переломов трубчатых костей у детей остается актуальной проблемой экстренной травматологии, однако своевременное целенаправленное их лечение дает положительные результаты.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*Сайпиев А.С., Астанов А.И., Хужакулов У.Б.,
Худойбердиев П.К., Холбоев Х.*

**Навоийский филиал РНЦЭМП,
Навоийский областной многопрофильный детский
медицинский центр**

В 2010-2013 гг. в отделении травматологии и ортопедии Навоийского областного многопрофильного детского центра на стационарном лечении находились 239 детей с повреждением дистальной части плечевой кости. У 19 (7,9%) из них диагностированы осложненные переломы с вовлечением в процесс поврежденных сосудов и нервов.

В возрасте до 5 лет было 3 (15%) детей, от 6 до 7 лет – 7 (36,8%), 11-15 лет – 9 (56%). В течение одного часа после травмы в стационар были доставлены 8 (42%) пострадавших, от 1 до 3 ч – 7 (36,8%), позднее 3 ч – 4 (21%). При падении с различных спортивных снаряжений травму получили 6 (31,2%) больных, падении с дерева – 5 (26,4%), падении на локоть во время игры в футбол и кураш – 4 (21%), различные бытовые травмы, связанные с падением на локоть, были у 4 (21%).

У 12 (63,2%) из 19 больных с осложненными переломами дистального эпиметафиза плечевой кости констатируется наличие открытого повреждения.

Разгибательный чрезмыщелковый перелом со смещением костных отломков диагностирован у 7 (36,5%), сгибательный чрезмыщелковый перелом – у 5 (26%), перелом мыщелка плечевой кости со смещением – у 4 (21,7%), перелом внутреннего надмыщелка с вывихом костей предплечья – у 3 (15,2%). Повреждение плечевой артерии имело место у 2 больных, сдавление плечевой артерии – у 5, невропатия локтевого нерва – у 3, невропатия лучевого нерва – у 3. Сочетание сдавления плечевой артерии и невропатии диагностировано – у 6 детей.

Оперативное лечение применено у 14 (73,6%) больных. Объем операции: открытая репозиция и фиксация костных отломков, ревизия сосудов и нервов. 2 больным с повреждением плечевой артерии наложен

сосудистый шов. В послеоперационном периоде всем больным назначали антибиотики, сосудистые препараты, противоотечное лечение, а также препараты, стимулирующие периферические нервы, в возрастной дозировке. В ближайшем послеоперационном периоде воспалительных осложнений, а также осложнений, связанных с повреждением сосудов, не наблюдалось. Больные выписаны из стационара после спадения отека в области локтевого сустава на 7-8 сутки после операции. Результаты лечения в отдаленном периоде изучены у 12 больных. У 2 из них наблюдалась смешанная контрактура локтевого сустава, у 3 – варусная деформация локтевого сустава, у 1 – посттравматический невррит локтевого нерва.

Таким образом, лечение осложненных переломов дистального отдела плечевой кости остается актуальной проблемой экстренной травматологии детского возраста. Однако своевременное диагностирование имеющихся осложненных переломов и правильное лечение улучшают исходы.

THE USE OF A SINGLE HEM-O-LOK CLIP IN SECURING THE BASE OF THE APPENDIX DURING LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY IN CHILDREN

Samir Delibegovic

Department of surgery, University clinical center Tuzla

Acute appendicitis is the most frequent abdominal disease in children, especially in adolescents and teens, and requires urgent surgery. At present time, laparoscopic appendectomy is a well-accepted emergency procedure at most centers. During laparoscopic appendectomy, the base of the appendix is usually secured by an endoloop ligature, the stapler, or can be secured extracorporeally. Non-absorbable Hem-o-lok clip was shown as an alternative technique in adult with which laparoscopic appendectomy was done faster and cheaper than the standard techniques. Therefore we performed prospective study in children population to determine possible difference in intra- and post-operative course in patients in which we applied only one hem-o-lok clip in comparison to the standard techniques.

Patients and methods. 90 consecutive patients were randomly divided into three groups; the first group, the base of the appendix was secured using one endoloop ligature, in the second group using the 45-mm stapler, and in third group using only one non-absorbable Hem-o-lok clip. Data collected included age, gender, surgery time, time of endoloop/stapler/ clip application, hospital stay, costs associated with these and intra- and post-operative complications.

Results. Hystopathological diagnosis was confirmed to be gangrenous or phlegmonous appendicitis, with the exception of two cases with perforated appendicitis in the endoloop group, two cases in the Hem-o-lok group and three cases in the stapler group. Mean age of all patients was 12.3 years (range 4.1-14), the ratio of boys to girls was 48:42, with no significant difference in average age between the two genders. There were no significant difference

in hospital stay among the three groups of patients but the average time of operation was significantly longer in endoloop group than in the stapler group, whereas the endoloop and Hem-o-lok groups were not statistically different ($P=0.02$). The time of application of the endoloop was significantly longer than for the stapler ($p<0.001$) and Hemolok ($p<0.0001$) groups. The time of application of the stapler was significantly shorter than that of the Hem-o-lok ($p<0.0001$). However, the price of one endoloop is 28.85, for the stapler 230.7, and for one Hem-o-lok clip is 2.35.

Conclusion. The use of one Hem-o-lok clip is safe as an endoloop or stapler in children population, however, the time of the laparoscopic procedure using the Hem-o-lok was shorter in comparison with the use of an endoloop, with cost of the procedure being the lowest. Certainly, almost every single one of these methods is acceptable and will depend on the course and the conditions of the surgical procedure.

ОТКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КИСТИ У ДЕТЕЙ

*Саруханян О.О., Телешов Н.В., Дорофеев А.Г.,
Чурсин В.А.*

**НИИ неотложной детской хирургии и травматологии,
Москва, Россия**

Кисть является одной из самых сложных анатомических структур организма и функционально наиболее важным сегментом опорно-двигательного аппарата. Процент открытых повреждений кисти составляет около 30-50% от всех повреждений опорно-двигательного аппарата. Повреждения пальцев кисти и сухожилий пальцев приводит к значительному нарушению функции, а иногда и к инвалидности. По данным НИИ НДХиТ, поступление детей с открытыми травматическими повреждениями кисти – очень частое явление.

Нами проанализировано 268 историй болезней детей с открытыми травматическими повреждениями кисти, поступившими в НИИ НДХиТ за последние пять лет. Мальчики и девочки было одинаковое число. Все пациенты были разделены на 4 возрастные группы: 0-3 (70%), с 4 до 7 лет (20%), с 8 до 14 лет (8%), старше 15 лет (2%). По получению травмы сезонность не прослеживалась.

Анализ локализации открытых повреждений кисти показал, что на долю повреждений ногтевой фаланги пальцев приходится 65%, а на повреждения средней и основной фаланги – только 4%. Пострадавшие с повреждениями сухожилий сгибателей и разгибателей составили соответственно 7,4 и 5,5%. Больные с открытыми повреждениями мягких тканей кисти составили 18,1%. У 72% детей первично-хирургическая обработка производилась в ближайшие 12 ч от момента госпитализации больных, у 20% – в течение 12 до 24 ч, у 8% – спустя 24 ч. Больным были выполнены первично-хирургические обработки, закрытие дефекта мягких тканей полнослойным кожно-фасциальным лоскутом на временной питающей ножке с ладони и тендорафии при полном или частичном повреждении сухожилий.

Больным назначали антибактериальную терапию цефалоспорины 3 поколения и группа линкозамидов, ФЗТ (магнитотерапия) сеансы №10, применяли гипсовую иммобилизацию.

Отсроченная хирургическая обработка открытых повреждений ран кисти проводилась у 28% пациентов из-за позднего обращения.

В подавляющем большинстве случаев основным механизмом травмы являлось травматическое сдавление пальцев (70%). Кроме того, повреждения кисти носили резаный характер (15%), другие повреждения отмечались у 15% пострадавших.

Таким образом, раннее оперативное лечение открытых повреждений кисти в первые 12 часов с момента получения травмы привели к улучшению репаративного процесса, отсутствию гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, что в итоге сократило сроки стационарного лечения до 7-10 дней. Больные, которым выполнялось отсроченное оперативное лечение на 3-5 день, находились в стационаре 2-3 недели.

КАТАТРАВМА У ДЕТЕЙ: МЕДИЦИНСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

*Саруханян О.О., Чертюк В.Б., Плякин В.А.,
Гасанова Э.Н.*

**НИИ неотложной детской хирургии и травматологии,
Москва, Россия**

Кататравма – это собирательное название возникающего функционального состояния и всех повреждений в результате падения с высоты. В настоящее время кататравма в структуре причин травматизма и летальных исходов прочно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий, составляя 10-40% с тенденцией к неуклонному росту.

Материал и методы. Проанализированная медицинская документация 280 детей, пострадавших от падения с высоты и доставленных в остром периоде травмы в специализированный стационар НИИ НДХиТ в 2008 – 2012 гг.

Результаты. Госпитализированные в наш стационар пострадавшие были в возрасте от 1 месяца до 17,5 лет; Мальчиков было 190 (68%), девочек – 90 (32%). Высота падения – от 1 м и более. В возрасте 0-3 года было 62 (22,1%) ребенка, 4-7 лет 98 (35%), 8-11 лет – 62 (22,1%), 12-17 лет – 58 (20,8%). Бытовая травма – отмечалась у 128 (80%) пострадавших. Наиболее тяжелые повреждения получали дети вследствие падения из открытых окон, с балконов. Упавшие из жилых зданий составили 69%. В школьном возрасте четкого преобладания какого-либо вида травматизма не наблюдалось. В подростковом возрасте 80% случаев падение с высоты связано с уличным видом травматизма, в основном вследствие присутствия ребенка в запрещенных и опасных местах (мосты, стройки, крыши домов и гаражей, деревья). В этом

возрасте появляется суицидальная травма (1%), частота которой стабильно и неуклонно возрастает (с 17% в 2009 г. до 26% в 2012 г.). 50% падений пришлось на высоту от 1 до 4 м, при этом летальных исходов не наблюдалось. Максимальное число летальных исходов (18,7%) было при падении с высоты более 16 м. Погибли 15 детей (5,5%). По характеру повреждения у больных преобладала сочетанная травма – 134 (48%), изолированная травма диагностирована у 61 (21%), множественная у 85 (30%), комбинированная травма у 3 (1%) детей. Следует отметить, что при сочетанной травме повреждения наиболее часто локализовались в 2 анатомо-функциональных областях – у 76 (57%), у 41 (31%) диагностировано одновременное повреждение 3 анатомо-функциональных областей, у 17 (12%) выявлено 4. У абсолютного большинства (74%) травмированных с изолированным характером повреждений преобладала черепно-мозговая травма. С тяжелой черепно-мозговой травмой были доставлены 35 (36%) пострадавших, находившихся в состоянии комы различной степени тяжести (3-8 баллов по ШКГ). Количество койко-дней в среднем составил 16,8 сут. (максимальное пребывание в стационаре – 94 сут., минимальное – 1 сут.), койко-день в отделении реанимации и интенсивной терапии – 7,4 суток. Дети, получившие травмы в результате падения с небольшой высоты, не нуждались в длительной интенсивной терапии (сроки пребывания менее суток). По состоянию здоровья 18% детей стали инвалидами, 15% продолжали получать лечение и комплексы реабилитации, то есть были частично нетрудоспособны, 67% полностью выздоровели.

Таким образом, кататравма у детей часто становится причиной инвалидности. Это диктует необходимость внедрения стратегии предупреждения падений с высоты, что обеспечит уменьшение случаев падений, снижение инвалидности детского населения и экономию финансовых расходов государства.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКУТА ГИДАТИДЫ

Саруханян О.О., Григорьева М.В., Гасанова Э.Н.

**НИИ неотложной детской хирургии и травматологии,
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва**

В отечественной школе неотложной хирургии детского возраста с восьмидесятых годов прошлого века при острых заболеваниях яичка была принята тактика экстренного хирургического вмешательства. Это обусловлено структурой патологии, в 60-80% представленной перекутом гидатиды. Гидатида яичка, или придаток яичка, являющаяся рудиментарным образованием, представляет собой округлое, овальное дополнительное образование размером 0,2–1,5 см на ножке, часто кистозного характера, расположенное у верхнего полюса яичка. Резкое сокращение крематерной мышцы вследствие различных провоцирующих факторов приводит к перегибу, перекручиванию ножки гидатиды с

последующим развитием микроциркуляторных нарушений, тромбозу вены, склеротическим изменениям, некрозу или кальцификации гидатиды.

Описанные изменения развиваются постепенно в течение 3-5 дней и могут приводить к вторичному воспалению придатка, оболочек яичка, скоплению жидкости в полости собственной влажной оболочки. Анализ вариантов клинического течения заболевания у 246 больных с перекутом гидатиды, находившихся на лечении в 2009 – 2013 гг. позволил нам выделить осложненную и неосложненную формы и изменить подход к лечению. Неосложненное течение перекута гидатиды, по нашим данным, отмечалось у 48 (19,5%) больных. Оно характеризовалось субклиническими проявлениями: локальная болезненность только при движениях и изменении положения тела, отсутствие гиперемии и отека, небольшая пальпаторная боль у верхнего полюса яичка.

Всем пациентам проводилось УЗИ мошонки на аппарате Philips IU-22, на фоне придатка при полипозиционном сканировании определялась гидатида, эхографические патологические изменения органов мошонки отсутствовали. При неосложненном течении перекута гидатиды проводилось консервативное противовоспалительное лечение в течение 3-5 дней с клиническим и эхографическим контролем, подтвердившим эффективность терапии.

Осложненное течение перекута гидатиды у 198 (80,5%) больных характеризовалось гиперемией и отеком пораженной половины мошонки, резкой болезненностью при пальпации. УЗИ выявляло утолщение, слоистость оболочек яичка, скопление жидкости в полости собственной влажной оболочки, увеличение размеров и снижение эхогенности головки придатка. Кровоток при ЦДК был усилен в проекции оболочек яичка, головки придатка. Визуализировалась гидатида как дополнительное гиперэхогенное образование размерами до 1,5 см у верхнего полюса яичка. При осложненном течении заболевания проводилось хирургическое лечение, на операции выявлялось утолщение оболочек яичка, скопление жидкости при вскрытии собственной влажной оболочки, гиперемия и отек головки придатка яичка, багрового или темно-вишневого цвета гидатида. Гидатидэктомия производилась путем электрокоагуляции ножки.

Таким образом, дифференцированный подход к хирургической тактике при перекуте гидатиды у детей предусматривает консервативное противовоспалительное лечение при неосложненной форме заболевания и хирургическое лечение при осложненном течении. При неэффективности терапии возможно отсроченное хирургическое вмешательство, которое было произведено у 3 (1,2%) пациентов. Использование ультразвуковой диагностики и разумный подход к необходимости хирургического вмешательства позволили нам добиться хороших результатов лечения, а у 19,5% больных без перекута гидатиды обойтись без операционной травмы.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ НИЗКОПОТОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ОСНОВЕ ГАЛОГЕНСОДЕРЖАЩИХ АНЕСТЕТИКОВ 2–3-го ПОКОЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

*Сатвалдиева Э.А., Мустакимов А.А.,
Абдуллаев Р.Т., Сабиров Д.С.*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности ингаляционной анестезии с низким газотоком на основе энфлюрана у детей.

Материал и методы. В исследование были включены 53 пациента, средний возраст $5,9 \pm 0,9$ года, оперированные по поводу экстренной абдоминальной, урологической и нейрохирургической патологии. Индукцию в наркоз проводили ингаляцией газовой смеси O_2 100% + энфлюран, начиная с 0,1 об.%, затем увеличивая концентрацию до 0,8–1,0 об.%. Интраоперационная аналгезия – фентанил в возрастных дозировках. Вентиляцию проводили на наркозном аппарате Fabius в реверсивном контуре. Интраоперационная инфузионная терапия проводилась кристаллоидами из расчета 10 мл/кг/ч. Длительность операций – в среднем 95 ± 10 мин.

Оценка эффективности анестезии проводилась на основании стандартного интраоперационного мониторинга – ЧСС, АД сист. и АД диаст., пульсоксиметрии и показателей капнографии: $PinCO_2$, $PetCO_2$, FiO_2 , $FexO_2$; КОС и газы крови на этапах: до начала анестезии, индукция, поддержание анестезии, выход из анестезии.

Результаты. Установлена высокая вероятность неблагоприятных реакций со стороны верхних дыхательных путей (кашель, ларингоспазм, задержка дыхания) у детей при индукции энфлюраном (29,7%; $p < 0,01$). В условиях режима low flow anesthesia показатели газообмена, гемодинамики и респираторной функции у детей оставались стабильными на всех этапах анестезии и операции. Показатели $PinCO_2$ и $FexO_2$ оставались практически неизменными на всех этапах исследования. SpO_2 изменялся в пределах 97–99%.

Анализ газов крови показал следующее: уровень PaO_2 в течение всех этапов исследования оставался в пределах допустимых величин (более 80 мм рт.ст.), pH изменялся от $7,36 \pm 0,01$ до $7,34 \pm 0,01$, что подтверждало адекватность оксигенации в течение всей анестезии и операции.

Полученные в результате изучения биохимических показателей крови у больных данные указывают на отсутствие нарушений функционирования печени и почек.

Таким образом, стабильные интраоперационные показатели газообмена и гемодинамики, отсутствие отрицательного влияния на изученные показатели гомеостаза дают основание говорить о безопасности и эффективности метода low flow anesthesia на основе энфлюрана у детей.

ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ С ИСХОДОМ В СМОРЩИВАНИЕ ПОЧЕК

*Сатвалдиева Э.А., Мустакимов А.А.,
Бекназаров Д.Б.*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Материал и методы. Поднаблюдением находились 17 детей со сморщенной почкой, средний возраст $7,4 \pm 1,2$ года. Дети поступали с тяжелой картиной уремии, метаболическим ацидозом, большинство из них с клиникой полисерозита и отечным синдромом. 52,9% детей с клиникой уросепсиса с синдромом полиорганной недостаточности на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса, уретерогидронефроза III–V степени. Всем пациентам проводилась консервативная терапия с гемодиализом по показаниям. Летальность составила 17,6%. Остальные дети по стабилизации состояния были переведены на плановый гемодиализ по месту жительства.

Результаты. Давность заболевания хроническим пиелонефритом у детей составляла от 3 до 8 лет. Средний возраст детей на момент выявления пиелонефрита 3,7 года, средний возраст к моменту диагностирования сморщивания почек 8,9 года. Формирование сморщенной почки в среднем по группе произошло за 4,8 года от момента установления диагноза пиелонефрита.

Следует отметить, что более чем у половины детей (64,7%) диагноз пиелонефрита был выставлен через 1–5 лет от момента появления патологических изменений в моче. В течение этого времени дети не были обследованы и не получали лечение. Лишь у 29,4% больных в начале заболевания имели место жалобы, позволившие заподозрить пиелонефрит. За время наблюдения у всех детей диагностирован вторичный хронический пиелонефрит, в структуре которого преобладали вторичные обструктивные формы (70,5%). Ведущее место среди причин обструктивных уropатий принадлежало пузырно-мочеточниковому рефлюксу, уретерогидронефрозу (76,4%).

Таким образом, возникновение пиелонефрита у детей раннего возраста, поздняя его диагностика и наличие обструкции мочевых путей способствуют исходу заболевания в сморщивание почек.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОЙ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Солиев Б.Э., Ходжаев Х.Б., Жураев Э.У.,
Зуфарханов А.М.*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В Наманганском филиале РНЦЭМП в 2000–2013 гг. на стационарном лечении находились 17 детей с высокой атрезией прямой кишки.

Результаты. 8 детям с высокой атрезией прямой кишки в тяжелом состоянии, связанным с сопутствующим

щими аномалиями, а также позднем поступлением наложена концевая сигмостома в срочном порядке.

9 новорожденным детям произведена радикальная операция: низведение прямой кишки на промежность с формированием анального отверстия и устранение свища. При этом мы использовали левосторонний параректальный лапаротомный доступ. После мобилизации прямой кишки, которая из этого доступа может быть осуществлена до сигмовидной кишки, зона атрезии становятся хорошо видимой.

При ревизии у 6 детей был обнаружен свищ с уретрой. Свищевой ход пересекали ближе к прямой кишке, оба конца его тщательно ушивали, низводили прямую кишку на промежность и формировали anus. При этом шов уретры перекрывается неповрежденной стенкой прямой кишки, что предотвращает реканализацию свища. При ректоуретральном свище, кроме постоянного уретрального катетера, накладывали эпицистостому. В результате изучения отдаленных результатов после хирургических вмешательств установлено, что недержание кала отмечено у 3 пациентов. У остальных детей функция прямой кишки расценена как хорошая. Рецидивов свищей не было.

Заключение. Таким образом, дифференцированное применение одноэтапных методов хирургической коррекции при высоких атрезиях прямой кишки позволило нам улучшить результаты лечения.

БОЛАЛАРДА БОЛДИР СОҲАСИДАН ТРАВМАТИК АМПУТАЦИЯЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

**Сувонов Ж.Н., Усмонов Б.С., Исмоилов Ж.Т.
РШТЁИМ Фарғона филиали**

2003-2013 йилларда РШТЁИМ Фарғона филиали га болдир соҳаси тўлиқ ва нотўлиқ травматик ампутиацияси билан жами 4 бола мурожат қилган. Шулардан 3 таси ўғил болалар, 1 таси қиз бола бўлган. Текширилган беморларнинг ўртача еши 10 ёш. Жароҳат олган 4-бемордан 1 тасида болдир ўрта 3/1 соҳасидан тўлиқ травматик шикастланиши, 3 тасида болдир соҳаси нотўлиқ травматик шикастланиши билан даволанган. Беморларни клиник, инструментал ва лаборатор текширувлар натижасида қўйидаги қўшимча касалликлар аниқланган. Беморларнинг 3 тасида енгил ва оғир даражадаги бош мия чайқалиши, 1 тасида қорин бўшлиғи паренхиматоз органи, 2 тасида кўкрак қафаси лат ейиши, 1 тасида буйраклар лат ейиши аниқланган. Беморларга қабул диагностика бўлимининг реанимацион залида гемостатик, адекват оғриқсизлантириш, инфузион терапия, антибактериал терапия муолажалари, инструментал ва лаборатор текширувлар ўтказилди. Керакли мутахассислар томонидан кўрилган ва тавсиялар қилинган. Беморларнинг барчасида жароҳатга бирламчи хирургик ишлов берилгандан сўнг, катта болдир суяги 2 тасида беморга суяк бўғимларидан ташқари суякни ўсиш зонасини шикастлантимасдан ўтвучи доимий «Х» усулда бир-бирини кесиб ўтвучи ва

2 тасида вақтинча интрамедуляр остеосинтез қилинган. Букувчи ва езувчи гурux мускул-пай тўқималари микроскоп еки бинокуляр лупалар ердамида тикилган. Орқа болдир нерви, умумий кичик болдир нервнинг ҳаракатлантирувчи ва сезувчи тармоқлари перизпиневрал тугунли чоклар қўйилди. Профилактик декомпрессион фасциотомия қилинди. 2 тасида орқа ва олдинги болдир артериялари эзилгани ва анастомоз қўйиши имкони йўқлиги учун, орқа болдир артерияларига тугунли чоклар ердамида аутовеноз шунтлаш ва олдинги болдир артериясини боғлаш операцияси бажарилди. 2 тасида орқа болдир артерияларига охирина-охирига қилиб тугунли чоклар қўйилди.

Оператив даволанган 4 бемордан 3 тасида ижобий натижа олинган. Қолган 1 тасида турли асоратлар кузатилган. Асорат кузатилган 1 та беморда операциядан кейин актив адекват аналгетиклар, антикоагулянт, дезинтоксикацион, реологияни ва микроциркуляцияни яхшиловчи препаратлар қилиш фонидида оёқ қафт бармоқлар актив ҳаракати, сезувчанлиги, тирноқ пластинкаларида капилляр ўйнаш симптоми кузатилмади, тери ранги динамикада аста-секин қорайиб беморнинг ўзида умумий интоксикация белгилари кучайиб борди. Бунини сабаби узоқ вақт қон босимини кўтарилмасдан қолиши ва травма вақтида қон-томирлар деворларини лат ейиши оқибатида болдир артерия ва веналари анастомози соҳасида тромбози кузатилган, шу сабабли ампутация қилинди ва умумий аҳволи яхшилангач шифохонадан чиқарилди.

Хулоса. Болдир суякларини остеосинтезида ўсиш зонасига этибор бериш, мускул-пай тўқималарини микроскоп еки бинокуляр лупалар ердамида тикиш, профилактик декомпрессион фасциотомия қилиш операциядан кейинги даврнинг хавфсиз кечиши, кўп ҳолларда асосий омил ҳисобланади. Булар рўй бериши мумкин бўлган асоратларни камайтиради ва асосий касалликни даволаш натижаларини яхшилашда муҳим аҳамиятга эга.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОЖОГАХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Сувонов Б.С.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

В отделение комбустиологии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП в 2011-2013 гг. были госпитализированы 73 ребенка с термическими ожогами в результате взрыва бытового газа (семейные случаи) и ожогами пламенем (пожары дома), из них 47 (64,4%) с комбинированными ожогами тела и ожогом верхних дыхательных путей. Из числа 47 детей с ожогами верхних дыхательных путей в возрасте от 1 года до 5 лет были 13 (27,6%), 6 - 10 лет – 21 (44,7 %), 11 - 15 лет – 13 (27,7%). Все дети поступили в отделении реанимации в тяжелом состоянии с ожоговым шоком тяжелой степени. Все дети нуждались в инфузионно-трансфузионной терапии.

У всех пострадавших дыхательные нарушения возникали сразу после термического поражения и являлись частью общих нарушений. Дыхание становилось поверхностным, дыхательный алкалоз способствовал ухудшению общего состояния ребенка. Боль препятствовала глубокому дыханию, кашлю и чиханию, что создавало постоянный дефицит объема вдоха. Ограничение экскурсии легких приводило к задержке мокроты в бронхах, развитию тяжелых ателектазов. Ожоговая болезнь у детей проявлялась полиорганной недостаточностью, осложнялась ДВС синдромом, токсическим кардитом, токсической энцефалопатией, токсическим гепатитом, нефритом и т. д.

Всем больным проведены диагностические фибробронхоскопии, при необходимости в последующем санационная бронхоскопия.

Основное внимание уделялось противошоковым лечебным мероприятиям. С целью купирования боли применяли наркотические препараты в комбинации с седативными, антигистаминными и блокаторами α – рецепторов, дополнительно вводили большие дозы глюкокортикоидов, диуретики.

Широко применялись небулайзерная терапия: введение лекарственных препаратов через дыхательные пути в виде аэрозолей, что помогает достичь мельчайших бронхов в высокой концентрации. В небулайзерной терапии применялись спазмолитики, бронхолитики, муколитики, антигистаминные, гормональные препараты, антибиотики.

При нарастании явлений острой дыхательной недостаточности больным проводилась интубация трахеи, их переводили на искусственную вентиляцию легких, продолжалась небулайзерная терапия, выполнялась санационная ФБС.

Таким образом, применение небулайзерной терапии и санационной бронхоскопии у больных с ожогами верхних дыхательных путей помогает уменьшить отек и ускорить восстановление слизистой дыхательных путей и трахеобронхиального дерева, уменьшает активность воспалительного процесса, предотвращает усугубление токсической пневмонии.

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ДЕТЕЙ

*Тилавов У.Х., Арифджанов Н.С.,
Баротов Ф.Т., Каримов Б.А.*

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
РСНПМЦ педиатрии**

Материал и методы. В клинике ТашПМИ и в РСНПМЦП в 2011-2013 гг. с подозрением на инородные тела дыхательных путей были госпитализированы 50 детей в возрасте от 1 года до 15 лет. Кроме общеклинических методов исследования, им проводились рентгенографическое исследование органов грудной клетки, диагностическая и лечебная бронхоскопия.

Результаты. У подавляющего большинства пациен-

тов (92,5%) аспирированные инородные тела обнаружены в бронхах, значительно реже они задерживались в трахее (7,5%). В бронхах правого легкого аспирированные инородные тела находили у 70% детей, слева – у 30% детей. У 24 (48%) больных аспирированные инородные тела в дыхательных путях находились менее 1 суток, у 11 (22%) менее 2-3 суток, у 15 (30%) менее 1 недели. Клинически выявлялись локальные физикальные изменения со стороны легких в виде выраженного коробочного оттенка легочного звука (15,8%) или его укорочения на стороне поражения (12,6%). Характерно наличие сухих и влажных хрипов на стороне поражения (24,6%) или с обеих сторон (45,6%), «симптом щелчка» (2,3%). При рентгенологическом исследовании контрастные инородные тела выявлены лишь у 6,5% обследованных. Признаки нарушения бронхиальной проходимости проявляется в виде эмфиземы (42,8%) или ателектаза (23,7%), смещения органов средостения в большую (8,8%) или здоровую сторону (10,2%), пролабирования легочной ткани (3,3%), а также усиления и деформации легочного рисунка (52,1%) с неравномерной пневматизацией легочной ткани (17,7%). У всех пациенты инородные тела удалось удалить бронхоскопически, с последующей санацией трахеобронхиального дерева. У 42% детей диагностирован гнойный эндобронхит, связанный с длительным пребыванием органического инородного тела и обтурацией просвета бронха.

Таким образом, систематизация клинических и рентгенологических симптомов заболевания позволит своевременно определить показания к бронхоскопической санации трахеобронхиального дерева.

ОЦЕНКА ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Тилаков Б.Т., Тилаков Х.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Многообразие видов последствий повреждений локтевого сустава, а также многочисленность методов восстановительного лечения диктует необходимость объективной оценки эффективности того или иного метода лечения у различных групп больных. При оценке исходов лечения застарелых повреждений суставов, в том числе и локтевого, многие авторы пользуются собственными, как правило, различными критериями. При этом чаще всего применяется трех – или пятиступенная характеристика исходов в виде “хорошо”, “удовлетворительно”, “неудовлетворительно”. Основное внимание уделяется функциональному исходу, то есть объему сгибания и разгибания предплечья. Между тем на основании только одного функционального показателя невозможно объективно оценить отдаленные результаты лечения. В последнее время при оценке исходов лечения повреждений опорно-двигательного аппарата хирурги предлагают учитывать все многообразие вариантов исходов и оценивать их на основании коли-

чественных характеристик или числовых выражений клинических признаков, так как приводимые авторами критерии оценок “хорошо” или “плохо” считаются субъективными и не являются исчерпывающими.

При оценке результатов лечения застарелых повреждений локтевого сустава мы исходили из того, что цель лечения состояла в получении максимального восстановления формы и функции локтевого сустава. Необходимость оценки отдаленных результатов лечения дифференцированно, с учетом тяжести и характера застарелых повреждений у наблюдаемых нами больных навела нас на мысль разработать более рациональные и объективные критерии.

Мы пользовались данными клинического и рентгенологического исследования с учетом степени восстановления сустава и восстановления трудоспособности больных.

Одним из важных критериев оценки результатов лечения является степень восстановления объема движений в локтевом суставе, поскольку отсутствие этих движений не может быть компенсировано естественным путем. Однако оценивать степень восстановления движений в локтевом суставе можно по-разному. Мы полагаем, что для более ясного представления об изменении объема движений необходимо указать в отдельности степень восстановления как сгибания, так и разгибания предплечья. Другим весьма важным критерием оценки отдаленных результатов должно служить состояние трофики и силы мышц, окружающих сустав, ибо состояния мышц является основным и решающим фактором для восстановления функции сустава и конечности в целом.

В критерии оценок результатов лечения (особенно у детей) мы также считали нужным включить восстановление анатомической структуры мышечка плеча и других элементов сустава. Нарушения физиологической формы эпифиза плеча нередко не проявляется клинически, но может стать предпосылкой артроза сустава, а нарушения роста венечного отростка или головки лучевой кости в виде их увеличения – препятствовать полному восстановлению объема движений. Следует отметить, что поскольку у многих больных мы имели дело с лечением несросшихся переломов и ложных суставов внутри- и околосуставной локализации, то считали целесообразным включить в критерии оценок отдаленных результатов сращение или несращение отломков. В то же время в ряде случаев несращение отломков иной раз не может служить основанием для оценки результата как неудовлетворительного, поскольку при стабильных формах ложных суставов функция, а также форма локтевого сустава остаются удовлетворительными.

Другим важным рентгенологическим критерием оценки исходов лечения мы считаем состояние щели и конгруентность суставных поверхностей, так как эти факторы имеют большое значение для функции локтевого сустава.

Мы отказались от включения в число учитываемых

при изучении отдаленных результатов признаков таких факторов как боль, утомляемость, поскольку они всегда субъективны.

В соответствии с изложенным мы оценивали результаты лечения по шести критериям, каждый из которых включен в составленную нами таблицу и оценен в числовом выражении по 4-балльной системе – от 5 до 2.

Общий показатель оценки отдаленных результатов лечения определялся путем суммирования цифровых выражений по каждому признаку и делением полученной суммы на количество признаков, использованных при обследовании. Самая высокая суммарная оценка отдаленного результата лечения при этом определялась в пределах 4,6 – 5,0 и соответствовала отличному исходу лечения, 4,0 – 4,5 – хорошему, 3,5 – 3,9 – удовлетворительному, 3,4 – 2,0 – плохому.

Таким образом, использование в предлагаемой системе оценок числового выражения позволяет получить объективную оценку результатов лечения застарелых повреждений локтевого сустава и вывести средние показатели исходов для различных категорий больных. Методика проста и может использоваться в лечебном учреждении, занимающимся лечением повреждений суставов.

РЕТРОПЕРИТОНИАЛ АЪЗОЛАРНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ, УЛАРДА ЎТКАЗИЛГАН ДИАГНОСТИК ТЕКШИРУВЛАРГА КЛИНИК ЁНДАШУВ

Тиллабоев С.В.

РШТЁИМ Фурқат туман субфилиали

РШТЁИМ Фурқат туман субфилиалининг шошилинч хирургия-травматология бўлимига 2009 йил сентябрдан 2013 йил октябргача ретроперитониал аъзоларнинг жароҳати билан даволаниш учун 52та, улар 2 ёшдан 15 ёшгача бўлган беморлар мурожат қилишган. Улардан ўғил болалар 37 (71,2%), қиз болалар 15 (28,8%)ни ташкил этади.

Анамнездан жароҳатнинг келиб чиқиш механизми: бел соҳасига зарба 18 (34,6%), баландликдан йиқилиш 11 (21,2%), автотравмадан 21 (40,4%), тешиб ўтувчи жароҳат 2 (3,8%) ҳолатларни ташкил қилди. 100% беморнинг шикоятларида бел ва қорин соҳасида оғриқлар қайд қилинди. Лаборатор маълумотларда микрогематурия – 46 (88,5%), макрогематурия – 6 (11,5%) нафарда кузатилган. Қўшимча равишда беморларда умумий қон, сийдик ва қоннинг биохимик текшируви ва УТТ (100%), МСКТ (3,84%) таҳлили ўтказилган. 2009-2013 йил давомида МОБнинг жароҳати қайд этилмаган. Буйрак ва сийдик йўллари, сийдик пуфакчининг жароҳатлари кузатилиб, уларда буйрак тўқимаси бутунлиги бузилганлигига шубҳа қилинган 8 та беморда экскретор урография текшируви ўтказилган.

Қорин парда орти аъзоларининг ёпиқ жароҳатида чуқур йиғилган анамнез, болада диққат билан кўрув ўтказиш, эхосканирлаш ва контрастли рентген текширувини кенг қўллаш ўз вақтида ва тўғри ташхис қўйиш учун катта аҳамиятга эга. 44 (84,6%) беморларга ўз вақтида қўйилган тўғри диагностик тактика уларни

оператив муолажасиз, фақат консерватив даво йўли билан тўлиқ соғайишига эришилган. Қолган 8 (15,4%) беморларда ўтказилган текширув натижалари уларни ҳақиқатдан ҳам оператив муолажага муҳтожлигини тасдиқлаган ва оператив тактикани ўз вақтида танлаш имконини берган. 8 тадан 1 (1,92%) та беморда нефрэктомия бажарилган.

Демак, ретроперитонеал аъзолар жароҳати билан тушган беморларга ўз вақтида ҳамма ички аъзолар тўғрисида маълумот берувчи лаборатор ва инструментал текширувлар ўтказилиши шарт. Йиғилган маълумотларга асосланиб, тўғри ва тезкор даво тактикаси танлаш имконини беради.

ДИАГНОСТИКА АТЛАНТО-АКСИАЛЬНЫХ СМЕЩЕНИЙ У ДЕТЕЙ

**Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С.,
Уринбоев Б.К., Разаков В.В.**

Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА

Повреждение шейного отдела позвоночника у детей составляет 1–4 % среди всех травм. Острый атланто-аксиальный ротационный подвывих – характерное патологическое состояние детского и подросткового возраста, проявляющееся остро возникшей кривошейей и нарушением нормальных движений в шейном отделе позвоночника при отсутствии костно-травматических повреждений шейного отдела позвоночника, постоянным рентгенологическим признаком которого является асимметричное расположение зубовидного отростка аксиса относительно боковых масс атланта.

Под нашим наблюдением находились 12 детей с повреждениями верхнешейного отдела позвоночника. При поступлении у всех, больных имело место вынужденное положение головы с наклоном в сторону, при насильственном выведении ее в правильное положение возникали боли в шейном отделе позвоночника. При этом напряжения мышц шеи, как это бывает у детей с врожденной мышечной кривошеей, не отмечалось. Всем больным по стандарту проведены лабораторные анализы, рентгенография шейного отдела позвоночника в двух проекциях, включая рентгенограмму через рот, осмотр окулиста, МСКТ верхнешейного отдела позвоночника. МСКТ, реконструирующая изображение в сагитальной и коронарной плоскостях, позволяет в подобных случаях выявить перелом.

Иммобилизация шейного отдела позвоночника у маленького ребенка с травмой головы может быть затруднена из-за его настороженности и напуганности. В такой ситуации можно прибегнуть к помощи родителей или близких ребенка. Каждого ребенка с нарушением сознания помещают на доску-щит; шейный отдел позвоночника иммобилизуют с помощью тесемок, головного ремня, шейного воротника или мешков с песком в зависимости от местной практики и состояния пациента. Младенцев, получивших травму будучи пристегнутыми ремнями в автомобиле, следует положить на сидение и иммобилизовать, если их состо-

яние в остальном стабильно. У непристегнутых детей, попавших в автокатастрофу, предполагается наличие повреждения шейного отдела позвоночника; их перемещение и транспортировка осуществляются с учетом этого обстоятельства.

Таким образом, симптоматическая кривошея является основным клиническим проявлением атланто-аксиальных смещений травматической этиологии. В диагностике атланто-аксиальных повреждений наиболее информативным методом является МСКТ.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ БРОНХОСКОПИИ И ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАХОЖДЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ОРГАНАХ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

**Тоирова У.Т., Акбаров Д.А., Мамадалиев Х.М.,
Мамадалиев М.М., Нуралиева М.С.
Андижанский филиал РНЦЭМП**

После аспирации инородного тела, особенно органического возникают посттравматические ларингиты. В патогенезе острого травматического стеноза гортани приобретает резкий спазм, вызываемый травмой рецепторного аппарата. Рецепторная зона у детей до 5 лет занимает всю область подсвязочного пространства, тогда как у взрослых она значительно меньше. У детей с аспирацией инородными телами, после введения анестезирующих препаратов, иногда апноэ, что связано с гипоксическими и гиповолемическим состоянием организма. При длительном нахождении аспирированных инородных тел на 3 сутки развивается катарально-слизистый, катарально-гнойный и катарально-фибринозный эндобронхит. В 1 неделю от момента аспирации инородного тела могут отмечаться явления трахеита. В месте фиксации инородных тел возникают пролежни, развивается грануляционная ткань, а при попытке извлечения вколоченного инородного тела возможна отмечаться незначительная кровоточивость слизистой бронха.

Цель исследования. Изучение осложнений после проведения бронхоскопии у пациентов с длительным нахождением инородных тел в органах дыхания и выбор мероприятий по их предупреждению.

Результаты. В течение 2 лет в педиатрическом блоке, под нашим наблюдением были 45 пациентов после проведения бронхоскопии, из них до 1 года 6, 1-3 лет - 32, старше 3 лет – 7. Для оказания квалифицированной экстренной помощи всем пациентам выполняли анамнестические, клинические, лабораторные и биохимические исследования, рентгеноскопию, рентгенографию, бронхоскопию, их консультировали узкие специалисты. Мониторинг проводился в течение нескольких дней.

Травматический ларингоспазм обнаружен у 11 пациентов. После удаления инородного тела больным назначали антибактериальную, небулайзерную (бронхолитики, противоотечные, гормоны) и симптоматическую терапию. Апноэ после введении анестезирующих препаратов отмечалось у 5 детей. После удаления ино-

родного тела у этих больных проводили коррекцию гипоксии и гиповолемии, поддержку функции витальных органов, продленную ИВЛ. Эндобронхит встречался у 24 детей. Этим больным проводили комплексную терапию, удаление инородного тела, антибактериальную, небулайзерную (бронхолитики, гормоны, ферменты, муколитики, противоотечные), симптоматическую терапию. У 5 пациентов отмечался трахеит. У них проводили антибактериальную, симптоматическую, небулайзерную терапию (бронхолитики, антигистаминные, противоотечные). 2 детям потребовалась повторная бронхоскопия, с производением лаважа ферментами ТБД.

Таким образом, своевременное удаление инородного тела уменьшает риск развития серьезных осложнений. Применение бронхолитиков, гормонов, противоотечных средств, ферментов и муколитиков небулайзером приводит к уменьшению продолжительности заболевания и дозировки препаратов для внутривенного ведения.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПРЕССОРНЫХ НЕБУЛАЙЗЕРОВ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ

*Тоирова У.Т., Мухитдинова М.К., Нуралиева М.С.,
Хамидова Г.М., Ашуралиева М.А., Атабаева Т.А.,
Гапирова М.М.*

Андижанский филиал РНЦЭМП

В педиатрической практике ингаляционная терапия является предпочтительной для лечения большей части хронических и рецидивирующих заболеваний респираторного тракта, таких как обструктивный бронхит, бронхиальная астма, рецидивирующий круп и др. Небулайзеры – единственные средства доставки лекарственного препарата в альвеолы. При необходимости возможно подключение в контур подачи кислорода или включение в контур ИВЛ. Небулайзеры у которых, поток сжатого воздуха, проходящий через узкое отверстие, создает отрицательное давление, что в свою очередь приводит к абсорбированию жидкости через специальные каналы в системе небулайзера. Высокая скорость воздушного потока прерывает поток жидкости и формирует частицы аэрозоля так называемого «первично генерированного аэрозоля». В дальнейшем эти частицы сталкиваются с «заслонкой» (пластинка, шарик и т.д.), в результате чего образуется «вторичный» аэрозоль – ультрамелкие частицы размерами 0,5–10 мкм (около 0,5% от первичного аэрозоля). Вторичный аэрозоль далее ингалируется, а большая доля частиц первичного аэрозоля (99,5%) осаждается на внутренних стенках камеры небулайзера и вновь вовлекается в процесс образования аэрозоля.

В отделениях детской анестезиологии-реаниматологии и педиатрии АФ РНЦЭМП под нашим наблюдением в течение 2 лет были 310 пациентов, из них 168 с обструктивным бронхитом. Применение небулайзеров с бронхолитиками после 2-3-кратных использований снимали обструкцию. 126 пациента с пневмонией различной сте-

пени тяжести с бронхообструктивным синдромом.

Обструктивный синдром исчез после 4-6 использований бронхолитиков, кортикостероидов и антисептиков. Благодаря муколитикам улучшилась дренажная функция легких. 12 пациентов поступили с рецидивирующим крупом. Применение раствора адреналина гидрохлорида и бронхолитиков с помощью небулайзером дало отличный эффект у 4 пациентов с приступами бронхиальной астмы. После использования бронхолитиков, препаратов магния, кортикостероидов уменьшилось время приступов удушья. Введение муколитиков и ферментов ингаляционным путем через контур аппарата ИВЛ у пациентов с тяжелой патологией дыхательной системы одновременно с лаважем трахеобронхиального дерева дало очень быстрый и хороший эффект. При дыхательных формах патологии, подключении пациентов к аппарату ИВЛ наблюдается образование корочек внутри интубационной трубки. Применение муколитиков и ферментов через небулайзер одновременно с лаважем ТБД уменьшает количество реинтубаций и снижает риск травматизации.

Таким образом, применение лекарственных препаратов небулайзером приводит к укорочению времени продолжительности заболевания и уменьшению дозировки препаратов, применяемых при внутривенном ведении.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИСТРУКТУРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В ОБЛАСТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Толипов Н.Н., Мусаев Т.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Мы располагаем опытом оперативного лечения 226 больных в возрасте от 1 до 18 лет с повреждениями различных структур в области кисти и предплечья, находившихся в отделении детской травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз в 2010-2013 гг. Среди пострадавших мальчиков было 156 (69%), девочек 70 (31%). В сроки до 2 часов после травмы были доставлены 140 (61,9%) пострадавших, от 2 до 6 часов – 61 (27%), остальные пострадавшие были доставлены в течение 12 часов. Среди травм, приводящих к повреждению у детей, преобладали колото-резаные раны – у 80% ранящим предметом являются осколки стекла, нож. У 20% больных, раны были рубленые. Повреждение сухожилий 4 пальцев имелось у 16 (7%) пациентов, 3 у 39 (17,2%), 2 – у 101 (44,7%), 1 у 70 (31%). У 43 (19%) пострадавших повреждение сухожилий сочеталось с травмой других структур: у 20 из них отмечалось полное пересечение локтевой артерии, у 4 – неполное повреждение локтевой артерии, у 9 повреждение лучевой артерии, у 15 – полное пересечение локтевого нерва, у 5 – повреждение срединного нерва. Тактика, техника и детали оперативных вмешательств при повреждениях структур имеют свои особенности и зависят от уровня

повреждения, времени прошедшего после травмы, сочетания с повреждениями других структур. У всех пострадавших с полным пересечением локтевой артерии во время операции производилось ее лигирование, у остальных при неполных повреждениях артерий, производилось восстановление прерванных структур лучевой артерии. При повреждениях нервов осуществлялось их восстановление. Все операции производились в экстренном порядке – в течение 6 часов с момента поступления больного. У 83% пострадавших операции проведены под общей внутривенной анестезией, у 17% – под местной анестезией. Это были дети старше 12 лет с повреждением одного или 2 сухожилий без повреждений артерий или нервов. Восстановление сухожилий в основном производилось по методу Кюнео-Клейнарта – у 186 (82,3%).

После операции больным были наложены лонгетные гипсовые повязки. При повреждении сухожилий сгибателей конечность фиксировали тыльной лонгетной гипсовой повязкой от кончиков пальцев до верхней трети предплечья в положении сгибания в лучезапястном суставе до 30 градусов, сгибания в пястно-фаланговом суставе – 70 градусов и сгибания 20 градусов в межфаланговых суставах. При повреждении сухожилий разгибателей конечность фиксировали ладонной лонгетной гипсовой повязкой от кончиков пальцев до верхней трети предплечья в положении разгибания в лучезапястном суставе до 25-30 градусов, разгибания в пястно-фаланговых суставах – 20 градусов и разгибания 20 градусов в межфаланговых суставах. В послеоперационном периоде больные получали медикаментозное лечение. Антибиотики назначали в зависимости от характера повреждения и течения раневого процесса. При выраженном и нарастающем отеке проводили противоотечную терапию. Назначали анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты. При восстановлении артерии после операции применяли препараты, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин), антикоагулянты (гепарин), спазмолитики (дротаверин, папаверин, дибазол). При повреждениях нервов больным назначали препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин по схеме, нейромидин, дибазол и витамины группы В. У всех пациентов заживление раны было первичным.

OUR EXPERIENCE OF TREATMENT OF CORTICAL BONE FRACTURE ASSOCIATED WITH COMBINED AND MULTIPLE INJURIES OF CHILDREN

Toshev B., Safarov M.

Bukhara branch of the Republican scientific center of emergency medicine

One of the actual problems of modern traumatology is injuries of limbs of children. Among them, comorbidities and multiple traumas take special place due to broken bones and injured body organs. Analyses of resources showed that traumas of limbs are associated with other injuries more than 60-65 % of patients, who get hurt in

traffic accidents. Various methods of osteosynthesis of fractured bones of children were offered, including intramedullary, compression distraction, bone osteosynthesis. Considering anatomical structure of children's bones, we believe sparing therapy of osteosynthesis of injured bones of limbs of children is the most optimal way.

From 2009 to 2014, 57 sick children with combined and multiple injuries of limbs were under our supervision. Most of them were boys – 28. The reason of the 12 injured was fall from a height, for 25 of them it was traffic accident. Among them, cortical bone injuries of limbs of 24 patients were combined with heavy craniocerebral injury, and bone injuries of limbs of 8 patients were combined with target affected organs of abdominal cavity and thoracic cage. All patients were conveyed and operated under general anesthesia after stabilization of general condition within 24 hours after injuries. Operative treatment of 12 patients was completed by doing transosseous osteosynthesis of the bone with crisscross wires, of 10 patients was completed by extra focal compression distraction osteosynthesis with Ilizarov's apparatus, of 8 patients was completed by doing intramedullary osteosynthesis.

We believe using small invasive methods of osteosynthesis on children with multisystem trauma allow safely stabilize fracture of limbs with minimal trauma for bone growth plate of children.

ПРАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

Турсунов Н.Б., Турсунов Б.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Разработка эффективных методов ведения детей с диафизарным переломом бедра при сочетанных травмах.

Материал и методы. В последние 10 лет в клиниках ТашПМИ на лечении находился 51 ребенок в возрасте до 14 лет с переломами бедра в сочетании с повреждениями других органов и систем из них 33 мальчика и 18 девочек, в том числе детей дошкольного возраста – 33, школьного – 18. У 18 (35,3%) больных причиной повреждений были автотравмы, у 24 (47,1%) – падение с высоты. 25 (75,8%) дошкольного возраста были неорганизованными, остальные 8 (24,2%) – воспитанниками детских дошкольных учреждений. У 30 (58,8%) больных наблюдались поперечные и косоперечные переломы, у 15 (29,4%) – косые, у 6 (11,8%) – оскольчатые. У всех детей были сопутствующие травмы: повреждения черепа и головного мозга (открытая ЧМТ) у 1 ребенка (1,9%), переломы костей черепа у 4 (7,8%), сотрясение головного мозга у 36 (70,6%), ушиб головного мозга у 8 (15,7%). Кроме того, у 6 (11,8%) больных был ушиб органов брюшной полости, разрывы селезенки и печени, 3 (5,9%) больных поступили с переломами костей голени. Эти больные были в тяжелом состоянии, с признаками травматического шока.

Результаты и обсуждение. Лечебные мероприятия при сочетанных травмах диафизарных переломов бе-

дра были направлены на профилактику травматического шока и борьбу с ним. Осуществляли надежную иммобилизацию конечности, обезболивание, коррекцию функции жизненно важных органов. При наличии повреждений внутренних органов таких детей срочно оперировали (2 больных с разрывами селезенки и печени). После выведения из шока и стабилизации состояния приступали к лечению перелома бедра, которое заключалось в наложении скелетного вытяжения. При множественных переломах в сочетании с черепно-мозговой травмой осуществляли металлоостеосинтез бедра и фиксацию костей голени аппаратом Илизарова. Детям в возрасте до 3 лет накладывали накожное вытяжение с демпферным устройством и тягой в согнутом и отведенном в тазобедренном суставе положении. После образования первичной костной мозоли иммобилизацию продолжали в видоизмененной тазобедренной гипсовой повязке. Особенность такой повязки заключается в том, что поврежденную конечность отводят и сгибают в тазобедренном и коленном суставах, при этом движения в голеностопном суставе сохраняются в полном объеме.

Накожное вытяжение в двух плоскостях на шине Böhler, применяемое традиционно у детей 3-5 лет, мы не использовали из-за нередких неудовлетворительных результатов. В таких случаях при переломах бедра в зависимости от вида перелома и физического развития ребенка применяли накожное вытяжение с демпферным устройством, либо накладывали скелетное вытяжение. Для скелетного вытяжения спицу Kürschner при локализации перелома в верхней и средней трети проводили через дистальную надмышечковую область, при переломе на уровне нижней трети – через бугристость большеберцовой кости. Конечность укладывали на универсальную функциональную шину, на которой вытяжение осуществляется под углами сгибания и отведения, соответствующими смещению проксимального отломка.

Выводы. Применяемые в клинике методы консервативного лечения переломов бедра при сочетанных травмах у детей отличаются индивидуальностью подхода, что позволило получить удовлетворительные исходы и, несмотря на тяжесть состояния детей, избежать летальных исходов.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДИАФИЗАРНЫМ ПЕРЕЛОМОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Турсунов Н.Б., Турсунов Б.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Одной из тяжелых и относительно частых травм в детском возрасте является диафизарный перелом бедренной кости, высокий удельный вес которого обычно прямо коррелирует с ростом дорожно-транспортного травматизма. Важен правильный выбор наиболее рационального метода лечения данной патологии. Несмотря на тенденцию к расширению показаний к хирургическому лечению, консервативный метод не по-

терял своей актуальности и остается ведущим. Однако уверенность в высокой регенеративной способности детской кости, значительной ее перестройки после перелома, а также отсутствие единого мнения о пределах допустимых смещений нередко становятся причиной неблагоприятных исходов бескровного лечения.

Так как конечным результатом лечения переломов любой локализации должно быть полное восстановление анатомической формы и функции конечности, то назрела необходимость разработки таких методик лечения, с помощью которых можно добиться точного сопоставления и прочной фиксации отломков до полного их сращения.

Цель исследования. Разработка более эффективного метода консервативного лечения диафизарных переломов бедренной кости у детей раннего возраста.

Материал и методы. Клинико-рентгенологическое исследование проведено у 70 детей в возрасте 2-36 месяцев, леченных по поводу диафизарных переломов бедренной кости в клинике ТашПМИ в последние 3 года. Мальчиков было 48, девочек – 22, из них с переломом верхней трети бедра – 21, средней трети – 43, нижней трети – 6. По методу Shade вертикальное вытяжение наложено у 40 детей, в том числе у 2 больных – через спицу, у 1 посредством гипсового «сапожка». После окончания вытяжения иммобилизацию продолжали с помощью общепринятой тазобедренной гипсовой повязки. У остальных 30 детей применяли вертикальное накожное вытяжение, при этом после предварительной местной анестезии и репозиции отломков поврежденную конечность сгибали и отводили в тазобедренном суставе соответственно смещению центрального отломка. Затем накладывали демпферное вытяжение через металлическую пружину, которую для каждого больного подбирали опытным путем. Туловище ребенка фиксировали широким хлопчатобумажным «поясом». Для предупреждения бокового смещения пространство между поверхностью койки, «поясом» и туловищем больного на стороне повреждения заполняли валиком. После окончания вытяжения иммобилизацию продолжали с помощью видоизмененной тазобедренной гипсовой повязки, при этом углы сгибания и отведения в тазобедренном суставе оставляли прежними, в коленном суставе ногу сгибали до 90°. Для сохранения движений в голеностопном суставе гипсовую лонгету накладывали до лодыжек. Сроки вытяжения и контрольных рентгеновских снимков оставались общепринятыми.

Результаты. Из 40 детей, леченных по методу Shade, у 16 (40%) наблюдалось смещение по ширине на полный поперечник кости, у 9 (22,5%) – захождение отломка до 2,5-3,0 см, у 28 (70%) – ротационное смещение II-III степени, у 2 (5%) – нагноение вокруг спиц, у 1 (2,5%) – пролежни на тыльной поверхности стопы и лодыжках. Вторичное смещение отломков под гипсовой повязкой выявлено у 14 детей (35%). Из 30 детей, леченных по предложенной методике, у 6 (20%) наблюдалось смещение по ширине на ¼-½ поперечника

кости, смещений по длине не отмечалось, у 4 (13,3%) больных осталось ротационное смещение I степени. Смещений под гипсовой повязкой не выявлено.

Выводы. При консервативном лечении диафизарных переломов бедренной кости у детей раннего возраста традиционными методами часто наблюдаются остаточные смещения по ширине, длине, ротационное смещение, а также вторичное смещение под гипсовой повязкой. Сравнительно лучшие результаты лечения методикой вертикального накожного демпферного вытяжения и последующего продолжения иммобилизации с помощью видоизмененной тазобедренной гипсовой повязки позволяют рекомендовать ее в качестве метода выбора.

ИЗУЧЕНИЕ КРИТЕРИЕВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ

Турсунов Ф.О., Рустамова Ю.М., Уралов Ш.М., Умарова С.С., Казимова М.К., Тожиев Б.Х.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Вычисление основных факторов риска развития БА у детей в возрасте до 5 лет, имеющих в анамнезе БОС любого генеза, устранение которых могут способствовать предупреждению развития данного заболевания.

Материал и методы. Путем ретроспективного исследования нами были обработаны 378 историй болезни детей, перенесших БОС, в возрасте от 2 месяцев до 5 лет, госпитализированных в 1 и 2 детские отделения СФРНЦЭМП в 2011 – 2013 гг. Формирование группы риска по развитию БА среди детей, перенесших в первые годы жизни бронхообструктивный синдром, проводилось по критериям, разработанным сотрудниками кафедры госпитальной педиатрии №1 СамГМИ.

Результаты. Определены критерии формирования групп высокого и умеренного риска по развитию БА у детей первых пяти лет жизни с БОС в анамнезе. К факторам высокого риска по формированию БА у детей с БОС в анамнезе относятся: наличие отягощенного семейного аллергического фона; использование коровьего молока в качестве основного питания детям первого года жизни; указание в анамнезе ребенка на ОРВИ, предшествующие первому эпизоду БОС, особенно острые бронхиты и бронхиолиты; отягощенный аллергоанамнез – проявления атопического диатеза, аллергический ринит, отек Квинке, крапивница в анамнезе; результаты лабораторно-инструментальных методов исследования, указывающие на дисбактериоз кишечника, хронический аденоидит, дискинезию желчевыводящих путей, лямблиоз кишечника; возникновение первого эпизода БОС с воздействием специфических факторов, особенно бытовых, пищевых аллергенов; клинические особенности первого эпизода БОС, такие как приступообразный характер кашля, отсутствие гипертермии; наличие домашних животных; курение родителей. Специфичность и диагностическая

эффективность всех указанных критериев в совокупности составила 91,8%, что позволило отнести их к группе высокого риска.

Выводы. Всем детям первых пяти лет жизни с БОС в анамнезе рекомендовано проведение тестирования. При сборе анамнестических данных у детей, выделенных в группу риска, выявлять индивидуальные факторы риска развития БА, которые должны учитываться при проведении совместно с аллергологом «Д» наблюдения и назначении профилактических мероприятий у этих больных. Врачам ГВП и СВП при диспансеризации детей, вошедших в группу риска, проводить мероприятия, направленные на устранение управляемых факторов риска. Проведение этих мероприятий позволит повысить качество медицинского обслуживания детского населения по профилактике БА у детей с БОС в анамнезе.

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Тухтаев Ж.Ж., Тухтаев Ж.Т., Хошимов Ж.Т.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Диагностика повреждений опорно-двигательного аппарата у пострадавших с острой травмой отличается тем, что проводится, как правило, в условиях дефицита времени, отсутствия возможности полноценного клинического и инструментального обследования. Не всегда можно рассчитывать на сотрудничество пациента, который может быть неадекватен, агрессивен, заторможен или вообще без сознания.

Поэтому сначала необходимо оценить общее состояние пострадавшего, выявить угрожающие жизни нарушения (острая дыхательная недостаточность, кровотечение, шок) и параллельно с диагностикой проводить необходимые мероприятия по поддержанию или восстановлению жизненно важных функций организма.

Предварительный диагноз ставят на основании легко и быстро определяемых, а если необходимо – и косвенных признаков повреждения опорно-двигательного аппарата.

Формулировка предварительного диагноза должна быть краткой, отражать суть повреждения и его локализацию. На основании предварительного диагноза пострадавшему оказывают неотложную помощь (обезболивание, новокаиновые блокады, временная иммобилизация конечностей, наложение повязок), а также определяют план дальнейшего обследования (рентгенография, КТ, МРТ, пункция, лабораторные исследования и др.). После его проведения (с подробным сбором анамнеза, детальным осмотром пострадавшего с привлечением дополнительных методов), устанавливают клинический диагноз, который также в процессе дальнейшего обследования и лечения может быть уточнен или дополнен, в некоторых случаях

неоднократно. На основании его определяют план лечения пациента и, если это необходимо, дальнейшего обследования. Окончательный диагноз может быть выставлен не сразу, а через несколько дней, на основании чего определяют план исчерпывающего (до окончательного результата) лечения и реабилитации.

Таким образом, диагностика повреждений опорно-двигательного аппарата в экстренных ситуациях является сложным процессом сбора, накопления, систематизации и осмысливания значительной по объему информации у каждого конкретного больного. Поэтому во избежание допущения ошибок и неточностей оно должно проводиться в строгой последовательности, по четко отработанной схеме, в которой главное место должны занимать описанные выше исследовательские задачи.

АЛГОРИТМЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Тухтаев Ж.Ж., Тухтаев Ж.Т, Маъруфжонов Ф.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский
государственный медицинский институт

Изучены результаты лечения 49 больных детского возраста с открытыми переломами трубчатых костей. У 17 из них переломы сочетались с обширными повреждениями мягких тканей, у 9 потребовавшие применения кожной пластики.

В применяемую комплексную методику входили:

- рентгенография и определение микрофлоры раны и ее чувствительности к антибиотикам;
- подготовка больного к операции (противошоковая терапия, нормализация гемодинамических показателей, подготовка поврежденного сегмента);
- выбор адекватного метода обезболивания;
- радикальная первичная хирургическая обработка раны с иссечением всех нежизнеспособных тканей и рассечением карманов; неоднократное промывание раны антисептическими растворами с тщательным вакуумированием;
- адекватное дренирование раны перфорированными поливинилхлоридными трубками;
- иммобилизация поврежденной конечности гипсовой повязкой, скелетным вытяжением или компрессионно-дистракционными аппаратами; предпочтение отдавали аппарату Илизарова с стержневым приспособлением;
- улучшение микроциркуляции в поврежденных сегментах путем региональной лимфатической стимуляции;
- десенсибилизирующая и стимулирующая терапия, обеспечивающая повышение иммунобиологической реактивности организма.

Примененная нами тактика обеспечила заживление раны первичным натяжением у 35 больных. У 3 больных отмечалось нагноение раны с переходом в

остеомиелит. У 46 пациентов удалось добиться своевременной консолидации костных отломков и восстановления нормальной биомеханики поврежденной конечности.

Таким образом, примененный нами комплексный метод лечения открытых переломов трубчатых костей с использованием региональной лимфатической антибиотикотерапии приводит к хорошим результатам. Метод прост, общедоступен и экономичен.

**ЭКСТРЕННАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С
ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ**
Тухтаев Ж.Т., Юлдашев В.Б., Тухтаев Ж.Ж.,
Турсунов К.К.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский
государственный медицинский институт

Основной трудностью при лечении открытых переломов кисти и пальцев является необходимость одновременного обеспечения неподвижности костных отломков и раннего начала движений в суставах пальцев кисти.

Проанализированы результаты лечения 36 детей с открытыми переломами костей кисти и пальцев, из них 22 мальчика и 14 девочек.

Стандарты лечения открытых переломов костей кисти и пальцев заключались в следующем. ПХО раны открытых переломов костей кисти и пальцев следует проводить очень тщательно и в то же время экономно. Удалять нужно явно нежизнеспособные, размятые ткани. Костные отломки, плотно связанные с надкостницей и мышцами, не удаляют. Вакуумированием рану очищают от микробного загрязнения. Лазерное облучение губительно влияет на микробы. Кислород-этаноловое орошение восполняет потребность тканей в кислороде и влияет на микробы как мощный антисептик, создает неблагоприятные условия для анаэробных микробов. Репозиция костных отломков и создание хорошей стабильности дают возможность рано начать движение в межфаланговых и пястно-фаланговых суставах. Применяют различные варианты малоинвазивного остеосинтеза тонкими спицами, а также аппараты компрессионно-дистракционного остеосинтеза. Закрывание кожной раны осуществляют с применением при необходимости первичной кожной пластики (местно-пластической и свободной). Профилактику раневой инфекции проводят путем строгого соблюдения правил асептики, атравматичного проведения ПХО раны. Антибиотики применяют региональным лимфотропным путем, что подавляет патогенетические механизмы воспаления путем улучшения микроциркуляции и снижения отека, а также создает максимальную концентрацию препарата в зоне повреждения. При проведении реабилитации используют комплекс физиотерапии, ЛФК и трудотерапии.

Оперативный метод лечения с применением первичного остеосинтеза обеспечивает, прежде всего,

хорошее сопоставление отломков и прочную их фиксацию, что создает возможность для ранних движений в суставах пальцев и кисти. Первичный остеосинтез при лечении открытых переломов костей кисти и пальцев является вполне обоснованным и эффективным методом лечения и может широко использоваться в практическом здравоохранении. Лимфотропная антибиотикотерапия является эффективным способом предупреждения хирургической инфекции.

БОЛАЛАРДА БОШ МИЯ ШИКАСТЛАНИШИДА КЎЗ ТУБИ ҲОЛАТИНИНГ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ

Умаров О.М., Тураева Е.М., Махмудов Н.И.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Ҳозирги вақтда нейротравма клиник амалиётига электроэнцефалография, компьютер томографияси, магнит резонанс компьютер томографияси каби янги замонавий текширув усулларини кириб келиши, бош миё патологияларининг аниқлашда диагностика сифатини яхшиланишига олиб келмоқда. Шу билан биргаликда бемор учун зарарсизлиги, ҳар бир беморда унинг ҳолати қандайлигидан қатъий назар, ҳар қандай шароитда қўллаш мумкинлиги ва қўшимча маблағ талаб этмаслиги ҳусусиятлари билан кўз тубининг ҳолатини ўрганиш, бош миё патологияларини аниқлашда асосий диагностик методлардан бири бўлиб қолмоқда.

Текширув мақсади. Бош миё шикастланишларида беморларда кўз туби ўзгаришлари ҳолатини ўрганиш натижаларини таҳлил қилиш

Материал ва текширув усуллари. Кўз туби ҳолатини, бош миё патологиялари билан узвий боғлиқлигини аниқлаш мақсадида РШТЁИМ ФФда 2013 йил давомида қабул-диагностика нейрохирург кабинети ва нейрохирургия бўлимида даволанган беморлар кўз тубини текширув натижалари таҳлил қилинди.

Йил давомида умумий 921 беморлар кўз туби текширилган. Улардан 18 ёшгача бўлган болалар 360 (39%) ни ташкил этади.

Булардан 1 ёшгача – 73 та (20,2%)

14 ёшгача – 260 та (72,2%)

14-18 ёшдагилар – 27 та (7,6%)

Уй шароитда шикастланишлар: 1 ёшгача 69 (19,1%), 1 ёшдан 14 ёшгача 248 (68,8%), 14 ёшдан 18 ёшгача 7 (1,8%) ташкил этган, автоҳалокат натижасида шикастланишлар 1 ёшгача 3 (0,8%), 14 ёшгача 15 (4,1%), 14 ёшдан – 18 ёшгача 5 (1,3%).

Кўз тубидаги ўзгаришлар таҳлил қилинганда, уларни даражасига қараб қуйидаги ҳолатлар аниқланди.

Тўр парда ангиопатияси 352 нафар беморларда (97,7%) кўрув нерви диски димланиши 1 даражаси 3 (0,8%) беморларда аниқланди. Ундан 2 таси бош миё гидроцефалияси билан 1 беморда компьютер томографияда «Бош миё лат ейиши, субарохноидал қон қуйилиши» ташхиси қўйилди.

Тўр парда марказий қон томирларида қон айланишининг ўткир бузилиши, геморрагия ташхиси 3 бе-

морга қўйилди. Компьютер томографияда «Бош миё гематомаси» аниқланди. Бир ёшгача бўлган болаларнинг миё тўқимаси тўлиқ ривожланмагани, бола йиқилаётганида химоя реакциясининг йўқлиги, қон томир девори ўтказувчанлигини бузилиши асосий сабаблардан бўлиши мумкин.

Текширув давомида 1 ёшга етмаган 2 (0,5%) болаларда кўрув нерви дискини субатрофияси аниқланди.

Беморларга шошилинч даво муолажалари ўтказилган, 5-6 кундан сўнг кўз туби қайтадан текширилди ва кўрув нерви дискидаги 1 даражали димланиш қайтганлиги, тўр парда ангиопатияси, қон қуйилишлар камайгани, даволанишни 20 кунларидан бошлаб қон қуйилишлар тўлиқ сўрилгани, тўр парда тозаллиги аниқланди.

Текширув натижалари шуни кўрсатдики, кўз тубидаги ўзгаришлар болани ешига ва бош миё шикастланишларининг оғирлик даражасига узвий боғлиқ бўлади.

ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Умаров О.М., Тожиев М.М., Дехкенов К.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Травма головы и опорно-двигательный системы является наиболее частой при сочетанных повреждениях. Чаще всего такие повреждения являются следствием ДТП. В отделении травматологии ФРНЦЭМП на стационарном лечении в 2010–2013 гг. находились 27 детей в возрасте 5-17 лет с сочетанными травмами опорно-двигательного аппарата и головного мозга. Большинство детей переведены из отделений реанимации и нейрохирургии. Мальчиков было 18, девочек – 9. Причиной травмы у 13 пострадавших были ДТП; уличная травма была у 9, травму при падении с высоты получили 5 пострадавших. При поступлении пострадавшего ребенка, необходимо как можно раньше осуществлять стабильную фиксацию переломов, даже не добиваясь идеального сопоставления отломков. Такой прием является одним из элементов противошоковых мероприятий, обеспечивающих высокую мобильность пострадавшего.

Применение таких методов репозиции и фиксации костей как скелетное вытяжение и гипсовая иммобилизация у детей с тяжелым повреждением ЦНС затрудняет диагностику, лечение и уход. Однако тяжесть состояния заставляет выбирать наименее травматичные и малоинвазивные методы остеосинтеза.

Мы считаем наиболее целесообразным при переломах бедренной кости у детей старшей возрастной группы применять спице-стержневые аппараты внешней фиксации (5 больных возрасте 15-17 лет). У детей младшей возрастной группы использовали интрамедуллярный остеосинтез стержнями Богданова (4 больных возрасте 10-13 лет).

Переломы костей голени у 7 детей старшей возрастной группы (14-17 лет) лечились аппаратами внешней фиксации, в основном аппаратами Илизарова.

Эти переломы неустойчивые и несопоставимые. Дети младшей группы (5-12 лет) в основном лечились гипсовыми повязками и скелетными вытяжениями. Таких больных было 6.

Пациенты с переломами плеча, предплечья у которых после репозиции удерживать отломки в идеальном состоянии не удалось, были оперированы. У 5 этих больных выполнен интрамедуллярный металлоостеосинтез штифтами Богданова. Такая тактика обеспечивает стабильную фиксацию перелома.

Таким образом, лечение больных детей с сочетанными повреждениями требует индивидуального подхода, однако при выборе метода остеосинтеза у таких больных предпочтение следует отдавать малоинвазивным способам стабильной фиксации.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ ЧРЕЗМЫШЕЦЕВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

**Умаров О.М., Дехканов К.М.,
Мухаммадиев А.Б., Омонов Н.Н.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

В травматологическом отделении ФФРНЦЭМ в 2010–2013 гг. на лечении находились 205 детей с чрезмышечковыми переломами плечевой кости. Мальчики составляли 66%, девочки – 34%. Большинство детей были в возрасте от 5 до 11 лет. Переломы по разгибательному типу встречались в 94%, по сгибательному – в 6%. У 104 пострадавших травма была бытовой, у 42 – уличной, у 18 – спортивной, в детских дошкольных учреждениях получили травму – 14, в школе – 17, в результате ДТП – 10.

Хирургическое лечение применено у 98 (47,7%) детей, из них у 72,2% осуществлен ВКДО аппаратом Илизарова, 27,8% произведена кортикальная диафиксация костных отломков двумя спицами. Острые сосудистые и неврологические нарушения служили показаниями у 19,2%, открытые переломы – у 9,2%, безуспешные репозиции у 39,7%, вторичные смещения отломков у 16,7%, неудавшаяся репозиция на скелетном вытяжении – у 15,2% детей.

Основным методом лечения у 52,3% детей была закрытая ручная репозиция с иммобилизацией задней гипсовой лонгетой. Суть метода функционального лечения заключается в ранней разработке движения в локтевом суставе с сохранением надежной фиксации костных фрагментов. Этот метод лечения мы осуществляем следующим образом. При поступлении ребенка производим рентгенографию локтевого сустава в 2-х проекциях, уточняем характер перелома, под местной анестезией или под общим обезболиванием производим пункцию сустава, эвакуируем гематому и выполняем щадящую репозицию, после чего предплечью придаем положение максимального сгибания в 30-40 градусов. Производим контрольные рентгенограммы и, убедившись в правильном сопоставлении, осуществляем иммобилизацию конечности функциональной

гипсовой повязкой сроком на 14–18 дней.

При выписке из стационара детский травматолог поликлиники ставит ребенка на диспансерный учет и продолжает лечение.

Осмотр детей должен проводиться в течение первого месяца один раз в неделю, затем один раз в месяц до полугода. При контрольных осмотрах нужно обращать внимание на сроки восстановления функций сустава, наличие варусной и вальгусной деформаций, состояние тонуса мышц предплечья и плеча, рентгенологически – на конгруэнтность суставных поверхностей, наличие оссификатов в параартикулярных тканях. При необходимости детей должны консультировать физиотерапевт и методист ЛФК. Из физиопроцедур назначаем магнитотерапию, электрофорез алоэ, ультразвук лидазы, инъекции стекловидного тела, хвойно-солевые ванночки. Об эффективности лечения судили по полному восстановлению объема движений в локтевом суставе в ранние сроки, отсутствии неврологических расстройств, варусной или вальгусной деформаций оссификатов в параартикулярных тканях, нормализации мышечного тонуса предплечья и плеча. У 83% больных получены отличные результаты, у 14% – хорошие, у 3% – удовлетворительные.

Раннее функциональное лечение данной патологии предупреждает формирование постиммобилизационных контрактур и обеспечивает своевременную реабилитацию больных.

ДИАГНОСТИКА СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

**Умаров О.М., Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА**

В Ферганском филиале РНЦЭМП в 2010 – 2013 гг. на лечении с сочетанными челюстно-лицевыми травмами находились 46 больных в возрасте от 4 до 17 лет, мальчиков было 34 (74%). Все больные обследованы по стандарту, осмотрены смежными специалистами.

Переломы костей лицевого черепа у 36 (78%) детей сочетались с черепно-мозговой травмой: сотрясение головного мозга было у 28, ушиб головного мозга различной тяжести у 12, внутричерепные гематомы у 4, переломы костей свода черепа – у 10 (21%). Кроме того, с переломами конечностей было 16 (35%); пострадавших, костей таза – 1 (2,1%); с травмой органов брюшной полости – 2 (4,3%), из них 1 с подкапсульным разрывом селезенки. Умерли 4 ребенка. Ведущими причинами смерти больных являлись шок, массивная кровопотеря, тяжелая черепно-мозговая травма с угнетением витальных функций.

28 (61%) пострадавших получили сочетанную челюстно-лицевую травму в былые ДТП. Необходимо особо остановиться на оказании медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой на догоспитальном этапе, так как от своевременности и полноценности оказания медицинской помощи на этом этапе зависит успех лечения. При тяжелой со-

четанной травме имеет место синдром взаимного отягощения, когда опасность каждого повреждения намного увеличивается при совместном сосуществовании. Особенно это актуально у детей, так как при кажущемся благополучии в любой момент может наступить резкое ухудшение состояния из-за особенностей морфофункционального состояния детского организма. Очень важно всем пациентам, у которых есть минимальные подозрения на перелом средней зоны лица (отек мягких тканей, гематомы, ссадины, эпизод незначительного носового кровотечения, болезненность при открывании рта, сглаженность выступающих контуров лица, дискомфорт при бинокулярном зрении, нарушение чувствительности в области верхнего и нижнеглазничного нервов), выполнять весь спектр исследований с целью исключения или подтверждения перелома. Не диагностированные вовремя повреждения в дальнейшем могут привести к посттравматическим деформациям челюстно-лицевой области, которые часто требуют длительного и трудоемкого лечения.

Таким образом, к процессу диагностики и лечения детей при сочетанной травме челюстно-лицевой области при поступлении необходимо привлекать специалистов различного профиля: реаниматологов, анестезиологов, челюстно-лицевых хирургов, нейрохирургов, травматологов, офтальмологов, оториноларингологов. МСКТ – исследование является обязательным методом диагностики, так как позволяет более точно определить характер повреждения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ

Умаров О.М., Машрапов О.Г.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Анализ приживления кожных лоскутов при ОТДТ у детей при различных способах кожной пластики.

Материал и методы. В 2003 – 2013 гг. в отделении сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП лечение получили 332 больных с обширными травматическими дефектами покровных тканей различного характера. Мужчин было 214 (64,5%), женщин 118 (35,5%), в том числе детей до 18 лет – 46. В работе представлен анализ лечения детей с наличием травмированных кожных лоскутов на туловище (1), верхней (15) и нижней конечностях (30).

Первичная хирургическая обработка раны при ОТДТ была направлена на предупреждение некрозов, инфекционных осложнений и включала в себя: проводниковую анестезию на различных уровнях; широкую обработку операционного поля; тщательную очистку кожи и самой раны; бережное отношение к тканям; обильное промывание растворами антисептиков, удаление инородных тел; вакуумирование раны.

Для замещения обширных травматических дефек-

тов покровных тканей выполнены следующие оперативные вмешательства: транспозиция многосоставных лоскутов на сосудистой ножке (5), пластика местными тканями по Шимановскому (5), по Лимбергу (3), мигрирующий кожный лоскут: стебельчатый по Филатову (3), “итальянская” пластика по Талькоцци (4), сочетание различных способов (5), обратное прошивание (3), полнослойными лоскутами по Красовитову (4), по Джанелидзе (6), пластика расщепленными кожным лоскутом по Тиршу (6).

Для оценки результатов эффективности лечения использовался объективный метод чрескожной оксиметрии прибором Micro span 3040G, (USA).

Полное приживление лоскутов достигнуто у 31 (67,4%) больного, краевой некроз – у 10 (21,7%), тотальный некроз в результате ишемии и нагноения раны – у 5 (10,9%).

Таким образом, разработанный комплексный подход лечения обширных травматических дефектов покровных тканей у детей позволяет снизить число послеоперационных осложнений и улучшить результаты лечения.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ОБШИРНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ У РЕБЕНКА

Умаров О.М., Дадабаев Х.Р., Исмаилов Ж.Т.,

Усманов Б.С.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Больной Б. 17 лет, доставлен в приемное отделение ФФРНЦЭМП по линии санитарной авиации на носилках из субфилиала. Подросток получил травму, работая на самодельном комбайне, когда работающий механизм зацепил за ноги и прошелся по телу. Общее состояние больного тяжелое. Сознание сохранено, заторможен. Кожные покровы бледны. АД 90/50 мм рт.ст. Пульс 115 уд. в 1 мин. При осмотре выявлено отсутствие кожно-жирового слоя и фасций шеи, передних поверхностей обеих надплечий, всей поверхности груди и живота, паховых областей, переднебрюшной поверхности левого бедра. Кожа всей поясничной области раздавлена и синюшна. Вся раневая поверхность загрязнена песком и соломой. Дном обширной раны являлись разволокненные, лишенные фасции и апоневроза, пропитанные кровью мышцы, надкостница обеих ключиц, грудины, хрящевая часть ребер, подвздошных костей.

При УЗИ в брюшной полости выявлена свободная жидкость. На рентгенограмме груди: перелом 6-7-8-9 ребер слева по задней аксиллярной линии. Осмотрен абдоминальным и торакальным хирургом.

Установлен диагноз: Сочетанная травма. Обширная скальпированная рана шеи, груди, живота, левого бедра с дефектом кожно-жирового слоя и апоневроза (45% поверхности тела!). Тупая травма груди с закрытым переломом 6-7-8-9 ребер слева. Тупая травма живота с повреждением внутренних органов, внутрибрюшное кровотечение. Травматический шок. Гемор-

рагический шок. Кровопотеря тяжелой степени по Горбашко.

В срочном порядке начаты противошоковые мероприятия. Больному выполнена операция: верхнесрединно-срединная лапаротомия, спленэктомия, санация и дренирование брюшной полости. ПХО ран шеи, груди, живота, левого бедра. В послеоперационном периоде у больного анемия, гипопроотеинемия, гипертермия, обширный дефект мягких тканей.

Больному проведена интенсивная терапия (обезболивающие, белковые препараты, эр.масса, плазма, кровезаменители, гормоны, антибиотики и др.), перевязки с левомеколем дважды в день, затем с бетаденом, регулярные некрэктомии, диета, богатая белками и витаминами.

Подготовка ран к пластическому закрытию осуществлялась частой сменой повязок с различными лекарственными препаратами. Остатки нежизнеспособных тканей удалялись механически, ежедневной сменой повязок с различными ферментами.

На 20-е сутки состояние больного стабилизировалось, раны начали активно гранулироваться. Совместно с комбустиологами больному произведена дерматомная пересадка кожи до 70% общей раневой поверхности. Раны закрыты сплошными трансплантами. На 28 сутки повторная дерматомная пересадка кожи оставшейся поверхности раны. Достигнуто полное приживление кожных лоскутов. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, что при обширных травматических дефектах мягких тканей туловища свободную дерматомную пересадку кожи следует считать методом выбора, а строгое и последовательное соблюдение принципов лечения позволит добиться хороших результатов лечения.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Уринов У.Б., Мухаммадиев А.Б., Исаков Х.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Травма – это любое повреждение организма, вызванное механическим, термическим, химическим или другим фактором внешней среды. Чаще других наблюдается механические повреждения, которые приводят к переломам и вывихам костей.

Для каждого возрастного периода детства характерны определенные повреждения, что связано с особенностями психофизического развития ребенка данной возрастной группы. В первые годы жизни преобладают бытовые повреждения, из них одну треть составляют ожоги и только пятую часть – переломы костей. В школьном возрасте увеличивается частота уличных (транспортных и нетранспортных) травм.

У детей травма отличается не только механизмом возникновения, что обусловлено необыкновенной подвижностью и любознательностью ребенка, но и проявлениями возникших нарушений, сроками заживления, исходами. Это связано, прежде всего, с анатомическим и физиологическим особенностями детского

организма, интенсивными восстановительными процессами. Методы лечения переломов и вывихов у детей и взрослых существенно различаются.

В опорно-двигательном аппарате ребенка гораздо больше мягких тканей (мышц, жира, хряща), чем костей, они смягчают непосредственно травматическое воздействие на кости, которые сломать труднее, чем у взрослых. Переломы костей верхней конечности у детей случаются гораздо чаще, чем других костей. Те же особенности строения в сочетании с эластичностью капсулы и связок предохраняют ребенка от вывихов, которые у детей до 5 лет практически не наблюдаются: на 10 переломов приходится только один вывих.

Однако общее число переломов у детей больше, чем у взрослых, и это расплата за необыкновенную подвижность и неопытность ребенка. Наиболее распространены у детей переломы предплечья и локтевого сустава, среди вывихов – вывихи костей предплечья, подвывих или вывих головки лучевой кости. Наблюдаются и так называемые переломо-вывихи, то есть сочетания перелома и вывиха. К ним относятся вывихи костей предплечья с отрывом участка плечевой кости или перелом локтевой кости в нижней части с вывихом головки лучевой кости и локтевом суставе.

Детей с переломами опорно-двигательного аппарата желательно лечить консервативно. Принципы лечения больных с переломами и вывихами сводятся к следующему:

- оказание неотложной помощи – обезболивание, иммобилизация, рентгенологическое исследование, выбор оптимального способа лечения;
- обязательное обезболивание перед началом лечения;
- наиболее точное сопоставление отломков;
- обеспечение стабильности удержания отломков костей до конца сращения перелома;
- раннее начало функционального лечения – массажа, лечебной физкультуры, физиолечения с целью восстановления движений в суставах.

Остаются непреложными три закона немецкого ортопеда Беллера при лечении любых больных с переломами костей:

- 1) хорошее сопоставление;
- 2) полная иммобилизация;
- 3) восстановление полного объема движений.

В детской практике основными способами консервативного лечения являются фиксационный, функциональный, (вытяжение) или их комбинации.

В отделении экстренной травматологии в 2011-2013 гг. лечились 390 больных детей с травмами опорно-двигательного аппарата, из них 163 девочки, 227 мальчиков. Консервативно лечились 287 детей. Переломы верхние конечности были у 213 детей, нижней конечности – у 175 детей. Учитывая анатомо-физиологические особенности детского организма лечение в основном проводилось консервативно и включало идеальное сопоставление костных отломков с наложением гипсовых повязок и скелетное вытяжение.

Выводы. Учитывая особенности детского организма, задачей врача – травматолога является устранения смещения суставных отделов костей по линии ростковых зон, смещения отломков вокруг собственной оси, а также недопущение больших угловых смещений.

СПОРТИВНЫЕ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Уринов У.Б., Мухаммадиев А.Б.,

Махмудов Н.И., Исаков Х.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

По нашим данным, спортивные травмы составляют примерно 3% от всех повреждений у детей. Иногда определение спортивного травматизма не всегда верно. Например, травма, полученная при занятиях спортом в школе считаются школьной, а повреждения такого рода, ушибы и растяжения врачи относят к бытовым. Частота травм, их тяжесть и исход лечения у детей занимающихся разными видами спорта, различны.

В отделении экстренной травматологии ФФРНЦЭМП в течение трех лет с травмами опорно-двигательные аппараты лечились 37 детей. Из старше 10 лет – 29 мальчиков и 8 девочек.

Большая часть травм приходится на верхние конечности. Характерными повреждениями являются отрывные переломы медиального надмыщелка и чрезмыщелковые переломы. Встречаются также переломы хирургической шейки, остеоэпифизеолизы этой области, вывихи и переломы костей предплечья. Такие переломы в основном возникают при неправильном приземлении с упором на руку или при падении со снаряда.

При любой степени смещения мы прибегали в основном к методу стабильно – функционального остеосинтеза, с использованием спиц Киршнера трансартикулярно, наложению КДА Илизарова. Всего оперированы 9 детей. Одним из преимуществ этого метода является прочная фиксация костных фрагментов, что позволяет ускорить восстановление движений в суставах и вернуть юного спортсмена к занятиям спортом.

Чаще всего у спортсменов встречаются переломы костей предплечья. При диафизарных переломах костей предплечья со смещением с интерпозицией мягкими тканями наиболее приемлем аппаратно-хирургический метод. Наложение аппарата Илизарова, интрамедуллярный металлоостеосинтез штифтом Богданова может привести к положительным результатам. Этим методом оперированы 7 детей. При занятиях легкой атлетикой преобладают повреждения нижних конечностей, чаще сумочно-связочного аппарата коленного сустава. При резких и быстрых движениях ног возможны не только растяжения, разрывы отдельных мышечных волокон сгибателей голени и бедра, но и апофизеолизы, отрыв костной пластинки в местах прикрепления мышц. У детей в возрасте 12-15 лет отмечаются повреждения менисков. При повреждениях сумочно-связочного аппарата, мышечных разрывах,

повреждениях менисков в основном проводится консервативное лечение. При переломах костей голени и бедра основными методами консервативного лечения являются гипсовая повязка и скелетное вытяжение. Из 37 больных с переломами костей голени 3 наложен КДА Илизарова.

При поперечных переломах бедра с интерпозицией прооперированы 7 больных: аппарат Илизарова наложен 2, интрамедуллярный остеосинтез штифтом Богданова – 5. При занятиях борьбой встречаются травмы позвоночника, переломы хирургической шейки плеча, вывихи костей предплечья. В этих случаях основным методом является консервативный, срок возвращения в спорт – до 6 месяцев.

Таким образом, описанная нами тактика лечения больных со спортивными травмами дают положительные результаты и способствуют раннему возвращению юных спортсменов к занятиям спортом.

НЕЙРОСОСУДИСТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Усманов А.К., Маматкулов У.Э.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Повреждения сосудов и нервов конечностей остаются актуальной проблемой хирургии, что связано с их частотой, сложностью диагностики и лечения, а также высокой функциональной значимостью данного вида травмы. Этот вопрос, на наш взгляд, имеет особую значимость в травматологии детского возраста, что обусловлено трудностью клинической диагностики данного вида повреждения в острый период, особенно при скелетной травме, когда тяжесть состояния ребенка, негативная реакция на осмотр, возрастные особенности затрудняют выявление клинической симптоматики. В то же время данные электрофизиологического исследования не всегда доступны, и их интерпретация в первые часы и сутки повреждения затруднена и не всегда дает ответы на вопросы, стоящие перед хирургом. Следует отметить, что к лечебной тактике скелетной травмы у детей, особенно при сочетанных повреждениях анатомических структур конечностей, до настоящего времени нет единого подхода. Что же касается повреждения нервов и сосудов, то раннее восстановительное лечение с соблюдением принципов микрохирургической техники обеспечивает более благоприятные анатомо-функциональные результаты у пациентов детского возраста.

Материал и методы. Нами проанализированы частота, структура и характер повреждений сосудисто-нервных образований при ранениях и переломах костей верхних конечностей у детей за трехлетний период. В течении трех лет (2010-2013 гг.) в торако-сосудистом отделении АФРНЦЭМП с повреждениями сосудов и нервов при различных травмах верхней конечности проходили лечение 54 ребенка, что составило 2,6% от общего числа пациентов, получавших лечение в условиях отделения. Средний возраст детей $11,09 \pm 0,44$ года. 75%

поступили в экстренном порядке, в первые сутки после получения травмы, 38 (70%) детей госпитализированы в первые 4 часа, остальные 16 – спустя более длительные сроки из районных больниц, либо в плановом порядке.

Результаты. В структуре повреждений конечности преобладали переломы костей в сочетании с повреждением нервов – у 34 (53,1%) детей. Переломы костей предплечья имели место у 16 (47%) пострадавших, из них у 6 (37,5%) открытые, переломы плечевой кости – у 17 (50%), все они локализовались в дистальной метаэпифизарной зоне плечевой кости. У 1 больного имелся открытый перелом кисти. Ранения мягких тканей с повреждением нервных стволов отмечались у 20 (31%) детей, из них у 11 (55%), сочетались с повреждением сосудов. Сочетанные нейрососудистые повреждения наблюдались на уровне предплечья у 4 (36%) пострадавших, на уровне плеча – у 2 (18%), на уровне кисти у 5 (46%). 6 пациентов ранение получили в результате удара о стекло, 3 ножом, у 1 топором. У 2 пациентов были застарелые повреждения нервных стволов после перенесенных в более раннем возрасте травм. У 2 детей имела место ятрогенная интраоперационная травма нервов, у 6 – клиника жгutowой нейропатии после операции на верхней конечности. У 45 (83,3%) пациентов выявлено повреждение одного нервного ствола, у 14 (31%) из них – повреждение локтевого нерва, у 14 (31%) – срединного, у 9 (20%) – лучевого нерва, у 8 (18%) – пальцевых нервов. У 9 (16,7%) больных имелись различные сочетания травмы нервов. Следует отметить, что из 48 пациентов, обратившихся в первые сутки после травмы, повреждение нервных стволов диагностировано лишь у 24 (50%), у остальных 24 факт повреждения нерва и его характер были уточнены интраоперационно.

Таким образом, при поступлении ребенка со скелетной травмой и клиникой повреждения нерва хирургическое лечение целесообразно проводить с учетом возможной ревизии заинтересованного нерва и первичной восстановительной операции.

БОЛАЛАРДАГИ БИЛАК НЕРВИ ЖАРОҲАТЛАНГАНДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАР

*Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Уринов Б.А.,
Хомиджонов И.Б.*

РШТЕИМ Фарғона филиали

Периферик нервнинг жароҳатланиши – таянч-ҳаракат вазифасини оғир бузилишига олиб келадиган сабаблардан биридир. Барча жароҳатлар ичида периферик нервлар жароҳати 1,5–2,4%ни ташкил этади (Шевелев И.Н., 1990; Борода Ю.И., 2003; Lee S.K., Wolfe S.W., 2000). Билак нервнинг шикастланиши эса, 13 % ни ташкил этади (Мурадов М.И., Ахметов К.К., 1998). Билак нервнинг жароҳатланиши беморларда узоқ муддат давомида меҳнат фаолиятининг пасайишига олиб келади. Беморларнинг 60% дан юқориси I-III гуруҳ ногиронларига айланади (Kretschmer H., 1978).

2003-2013 йиллар давомида РШТЕИМФФ нинг қон-томир жарроҳлиги ва микрохирургия бўлимига 56 на-

фар беморлар билак нерви жароҳати билан мурожаат қилганлар. Ушбу беморларнинг 41(73,2%) нафари эркак, 15(26,8%) нафари аёлларни ташкил этган. Беморлар ичида 11 нафари (10%) 18 ешгача бўлган болаларни ташкил этади. Беморлар шошилинч ҳолатда операцияга олинган. Операция вақтида 14 (25,0%) нафар беморда билак нервини алоҳида ўзининг жароҳати, 12 (21,5%) нафар беморда елка суяги синиши билан қўшалоқ жароҳати, 14 (25,0%) нафар беморда елка суяги синиши ва қон-томирлар шикасти билан қўшалоқ жароҳат, 16 (28,5%) нафар беморда суяк синиши қон-томир шикасти ва тирсак еки ўрта нервлар шикасти билан қўшалоқ жароҳатлар аниқланган. Билак нерви жароҳати кузатилган беморлардан эпик жароҳатларда елка суяги синиши натижасида 23 (41,5%) нафар, эзилган жароҳатларда 18 (32,1%) нафар, билак нервини очиқ жароҳати санчиб кесилган ва чопилган 12 (21,4%) нафар, елка суяги остеосинтези вақтида ятроген жароҳатланиш 3 (5,4%) нафарни ташкил этади. Жароҳатланган болалар ичида 4 нафарида юқоридаги шикастланишлар кузатилган.

Операция вақтида 30 (53,6%) нафар беморда қисман, 11 (19,6%) нафар беморда тўлиқ билак нерви жароҳатланганлиги аниқланди. 7 (12,5%) нафар беморда билак нервнинг дистал ва проксимал учлари 3см дан ортиқроқ етишмаслиги аниқланди. Операцияда қисман ва тўлиқ жароҳатланган нервларга микроскоп остида еки бинокүляр лупалар остида узлукли эпинеурал чоклар қўйилиб тикилди. Неврнинг етишмаган қисмларига нервнинг эркин аутопластика операцияси ўтказилди. 8 (14,2%) нафар беморда жароҳатнинг ўта ностериллиги ва бемор ҳолатининг оғирлигини ҳисобга олиб, нервга бирламчи чоклар қўйиш кечиктирилди. Бу беморларнинг ҳолати нисбатан яхшилангандан сўнг (2 ой ичида) қайта реконструктив ташрихлари амалга оширилди.

Қон-томирлар, мушаклар ва елка суяги қўшалоқ жароҳатланган беморларда ҳам бузилган анатомик структураларни тиклаш операциялари ўтказилди.

Беморлар бўлимда операциядан сўнг 5 кундан 8 кунгача етиб, антибактериал ва оғриқ қолдирувчи дори-дармонлар билан даволанди. Қон-томирлари тикланган беморларга антикоагулянт, антиагрегантлар тайинланди. Кейинчалик беморларга 21 кунгача гипсли боғламда, қўлни юқорида кўтариб юриш, 6 ойгача нейропротекторлар, витаминлар, ЛФК ва реабилитация муолажалари буюрилди.

Маълум бир вақт ўтгач (6 ой ичида) 56 нафар билак нерви жароҳатланган беморларнинг 42 (75,0%) нафарида ижобий натижалар кузатилди, уларда билак нерви бажарадиган барча вазифалар тикланди. 14 (25,0%) нафар беморда, булардан 6 нафар беморни жароҳати чуқур ва юқори даражада бўлганлиги, 8 нафар беморда эса операциядан сўнг буюрилган даво муолажалари ўз вақтида ва етарлича олиб борилмаганлиги сабабли қониқарсиз натижага эришилди. Бу беморлар қайта реконструктив операция ва узоқ муддатли реабилитация муолажаларига жўнатилди. 4 нафар болалардан 1 на-

фарида қониқарсиз натижага эришилди.

Хулоса қилиб айтганда, билак нерви жароҳатланган беморларни махсус йўналтирилган бўлимларда даволаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Операциядан сўнг жароҳатланган билак нервнинг тикланиши ва бемор умумий ҳолатининг яхшиланиши орттирилган жароҳатни оғирлик даражасига, жароҳ томонидан беморга тайинланган даво ва реабилитация муолажалари ўз вақтида, етарли ҳажмда қилиниши билан узлуксиз боғлиқ. Болаларда регенератив жараенларни яхши ри-
вожланганлиги, жароҳатларини чуқур бўлмаганлиги сабабли қониқарсиз натижалар оз миқдорда кузатилди.

УГЛУБЛЕННЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Усманов Б.У., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Утанов З.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

С целью выявления наиболее важных диагностических признаков язвенной болезни у подростков (15-17 лет) (стенозы привратника, перфорация, пенетрация, кровотечения, кахексия) нами проанализированы результаты лечения 395 больных с язвенной болезнью желудка (ПЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ПЯБДПК) в течение 9 лет. Использованы современные клинические, опросные, биохимические и инструментальные методы.

Установлено, что осложненное течение ПЯБЖ и ПЯБДПК подростков наблюдаются чаще, чем у взрослых. Так, у 81% обследованных наблюдался рубцовый стеноз привратника различной степени, из них декомпенсированным стенозом было 9,1% пациентов, с субкомпенсированным – 20,3%, с компенсированным – 70,6%. У всех больных определялась типичная симптоматика (рвота, кахексия, «шум плеска», постоянные боли, тошнота, анемия, диспротеинемия). У 55,6% пациентов с рубцовыми стенозами отмечались выраженные воспалительные изменения, что было причиной более упорного течения язвенного осложнения.

В целом, у подростков значительно чаще встречались такие осложнения как стенозирование привратника, кровотечение (12,7%), перфорация (7,6%), пенетрация без стеноза в поджелудочную железу/или в желчный пузырь (6,1%), кахексия (1,8%).

Сравнительно часто декомпенсированному стенозированию предшествовали симптомы тяжелейших нарушений обмена веществ (белкового, водно-электролитного, кислотно-щелочного баланса). Следовательно, в таких случаях результат оперативного вмешательства зависит не только от хирургической техники, но и от пред- и послеоперационного ухода и ведения больных.

Пенетрация язвы в поджелудочную железу выявлена у 52,6% больных, в желчный пузырь – у 5,9%. При этом следует отметить, что она наблюдается в ранние сроки от начала заболевания и чаще всего при пилоро-

дуоденальных локализациях язвы. Другое, сравнительно частое осложнение язвенной болезни – прободные язвы – наблюдались у 10,2% подростков, чаще всего тогда, когда язвы диаметром более 1 см располагались на передней части двенадцатиперстной кишки и желудка.

Таким образом, у подростков с ПЯБЖ и ПЯБДПК встречаются практически те же осложнения, что и у взрослых, кроме малигнизации.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМЫ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ

Файзиев А.Ш., Наврузов М.Н., Ачилов С.
Кашкадаринский филиал РНЦЭМП

Закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства остаются актуальной. В общей структуре детского травматизма они составляют 2-4% от всех повреждений и сопровождаются тяжелым клиническим течением, большим объемом хирургических вмешательств и частым развитием послеоперационных осложнений.

Цель. Уточнение особенностей повреждений и лечебной тактики при закрытых травмах органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей.

Материал и методы. В 2004–2013 гг. в отделении экстренной детской хирургии наблюдались 234 детей с закрытыми травмами живота и забрюшинного пространства, из них 139 (59%) были подвергнуты оперативному вмешательству. У 95 (41%) детей наблюдались ушибы передней брюшной стенки.

Результаты. Наиболее часто обнаруживали повреждения паренхиматозных органов. У 23 пациентов было повреждение селезенки. Спленэктомия выполнена у 19 детей, и только у 4 больных с поверхностными трещинами капсулы оперативное вмешательство ограничивалось наложением кетгутовых швов с предварительной тампонадой ран свободным кусочком сальника. Разрывы печени имели место у 26 больных. У них на поврежденную часть органа накладывали П-образные гемостатические кетгутовые швы.

Разрывы полых органов наблюдались у 34 детей, основными признаками являлись симптомы раздражения брюшины. Наличие свободного газа в брюшной полости определилось только у 25 детей. При разрыве кишечника у 31 ребенка мы ограничивались ушиванием дефекта. При наличии множественных, расположенных близко друг от друга дефектов (3 б-х) резецировали кишку с последующим наложением анастомоза конец в конец или бок в бок. Гематома сальника и брыжейки обнаружена у 13 детей. При нарастании гематомы находили кровоточащие сосуды и перевязывали их.

При неясности клинической картины травмы брюшной полости без выраженного нарастания симптомов раздражения брюшины выполняли диагностическую лапароскопию. Почти всегда в таких случаях обнаруживали гематомы брыжейки кишечника, серозных покровов и забрюшинного пространства (32 б-х).

Интерес представляли 4 пациента с травмами брюшной полости, осложнившимися разрывом диафрагмы, с частичным переходом петель кишечника в плевральную полость. У этих больных очень рано появлялись симптомы дыхательной недостаточности. Диагноз разрыва диафрагмы установлен зондированием желудка и контрастным исследованием желудочно-кишечного тракта в динамике. После перемещения петель кишечника в брюшную полость целостность диафрагмы была восстановлена. При подозрении на травму почек (7 б-х) производили экскреторную урографию. По данным экскреторной урографии определяли тактику и объем оперативного вмешательства. 5 больным произведена нефрэктомия, 2 – ушивание раны почки.

Заключение. У детей с закрытыми травмами живота наиболее часто повреждаются паренхиматозные органы брюшной полости и забрюшинного пространства, значительную долю которых занимают селезенка и почки. При этом в основе лечебной тактики должны лежать ранний и эффективный гемостаз и органосохраняющий принцип хирургии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

*Файзиев А.Ш., Наврузов М.Н., Гелдиев Б.Д.,
Ачилов С.Э.*

Кашкадаринский филиал РНЦЭМП

Эхинококкоз, несмотря на успехи в его диагностике и лечении, остается до конца не изученной проблемой детской хирургии (Абдуфатаев Т.А., 2002; Шамсиев Ж.А. и др., 2007; Kabiri E.H. et al., 2006; Sun H. et al., 2006; Yang Y.R. et al., 2006).

Несмотря на значительное количество работ, посвященных хирургическому лечению эхинококкоза, проблема оперативного лечения данного заболевания у детей далека от своего окончательного решения (Пулатов А.Т., 1994; Аллаберганов А.Т. и др. 2002).

В Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП за последние десять лет (2004-2013 гг.) оперированы 109 детей с эхинококкозом печени в возрасте от 3 до 17 лет. Девочек было – 38, мальчиков – 71. Правая доля поражается чаще (85), так как имеет большой размер и более широкую ветвь воротной вены, по которой в основном и проникает зародыш гельминта. Одиночные кисты были у 88 детей, множественные – у 12, сочетанный эхинококкоз обнаружен у 9 больных. У 91 оперированного ребенка осуществлен доступ по Кохеру – Федорову, у 18 – по Рио – Бранко – верхнесрединный разрез. Всем им выполнена закрытая эхинококкэктомия следующим способом. Место предполагаемой пункции – истонченный участок фиброзной капсулы – ограничивали салфетками, смоченными 1% раствором формалина. С помощью шприца с иглой, в котором содержалось 5 – 10 мл 700 спирта, производили пункцию эхинококковой кисты, затем другим шприцем через ту же пункционную иглу в полость эхинококкового пузыря вводили 5 – 10 мл 700 спирта, через одну минуту от-

сасывали всю эхинококковую жидкость. Истонченный участок фиброзной капсулы брали на держалки, рассекли между ними и с помощью окончатого зажима Люэра удаляли хитиновую оболочку и дочерние пузыри (у 6 детей). Внутреннюю поверхность остаточной полости обрабатывали салфеткой, смоченной 700 спиртом, затем салфеткой, смоченной глицерином, 3 – 5 раз. Остаточную полость ликвидировали путем наложения кисетных и вворачивающих швов. Подобная операция производилась у всех пациентов с одиночными и множественными эхинококкозом печени. Фиброзную капсулу ни в одном из случаев не иссекали. Кровотечение, желчеистечение во время операции не наблюдались. Дренажирование остаточной полости после наложения кисетных и вворачивающих во внутрь краев фиброзной капсулы швов осуществлялось при центрально расположенной кисте (у 4 детей), при больших размерах (более 10 см в диаметре) остаточной полости со слепыми карманами (у 7 детей), при нагноившихся кистах (у 26 больных), а также при наличии желчного свища с желчеистечением (у 5 детей). Фиброзную капсулу, находящуюся вне ткани печени, прошивали кисетными и вворачивающими швами, завязывали вокруг полихлорвиниловой трубки, конец которой выводили наружу через контрапертуру в брюшной стенке в нижней части раны. Брюшная полость ушивалось наглухо. Дренажную трубку удаляли через несколько дней (от 3 до 15) после прекращения желчеистечения или поступления отделяемого. Сочетанное применение кисетных и вворачивающихся вовнутрь краев фиброзной капсулы швов и дренирования остаточной полости у 42 детей резко сократило количество послеоперационных осложнений. Из 42 оперированных у одного желчеистечение прекратилось через 15 дней после операции. Перед выпиской всем детям выполнено ультразвуковое исследование, а в отдаленные периоды через 1,5 – 2 года компьютерная томография печени произведена 21 ребенку, лишь у 2 из них сохранилась уменьшенная в размерах остаточная полость. Рецидивов не наблюдалось.

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНДОСКОПИИ ГЛАЗА В КОСВЕННОЙ ОЦЕНКЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Файзуллаев Ф.Ф., Кузубаев Ж.М.

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Как известно, одним из необходимых методов нейромониторинга при лечении тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) является оценка церебрального перфузионного давления (ЦПД). Среднее артериальное давление прямо пропорционально ЦПД. повышение ср. АД улучшает перфузионное давление, а повышение внутричерепного давления (ВЧД) снижает ЦПД, т.е. ВЧД обратно пропорционально ЦПД. ЦПД= АД ср.– ВЧД; где: АД ср.– среднее артериальное давление, ВЧД– внутричерепное давление. В норме среднее ар-

териальное давление у детей составляет 70-110 мм рт. ст., ликворное давление – 140-190 мм вод. ст. С учетом коэффициента 13,6 соответствует 10-14 мм рт. ст. Неадекватное церебральное перфузионное давление (ниже 70 мм рт. ст.) – это основной фактор неудовлетворительных исходов у больных с повышенным ВЧД. При наличии противопоказаний к люмбальной пункции (ЛП) опосредованные фундоскопические методы определения ВЧД в динамике у коматозных больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами важны для коррекции интенсивной терапии с целью улучшения церебральной перфузии.

Цель исследования. Определение степени корреляции изменений на глазном дне как косвенного признака повышения ВЧД у детей с ТЧМТ.

Материал и методы. Ретроспективно изучены истории болезни 30 детей с тяжелой черепно-мозговой травмой, находившихся на стационарном лечении в 2011–2013 гг. в отделении нейрохирургии детского возраста РНЦЭМП. Больным проведены диагностические люмбальные пункции с измерением ликворного давления, параллельно фундоскопические исследование с описанием состояния сосудов глазного дна в 1, 3 и 5 сутки после травмы.

Результаты. У всех 30 детей с ТЧМТ проведено 74 ЛП и фундоскопическое исследование одновременно. Внутрочерепное давление, измеряли поливинилхлоридной трубкой в положении больного лежа, результат выражали в миллиметрах водного столба. При сравнительном анализе данных офтальмологических исследований и результатов измерения ликворного давления выявлена корреляция повышения ликворного давления с соответствующей картиной глазного дна. При ангиоспазме сосудов сетчатки определяется нормотензия и легкая гипертензия от 140 до 190 мм вод. ст., иногда гипотензия до 125 мм вод. ст. При ангиопатии определяется повышение ВЧД до 175-210 мм вод.ст. При застое I степени определяется ВЧД равно 210-230 мм вод.рт.ст., II степени – больше 230 мм вод.ст.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

*Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Акалаев Р.Н.,
Абдуллаев У.Х., Убайдуллаев З.Ш.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкентский институт
усовершенствования врачей**

Обожженные с термоингаляционной травмой (ТИТ) относятся к категории пострадавших с критическими поражениями. Сочетанные поражения ожогов кожи и дыхательных путей, по данным литературы, встречается у 16-35% пострадавших с ожогами пламенем. Независимо от степени и площади поражения слизистой оболочки ТИТ утяжеляет состояние пострадавших. При сочетании ТИТ с распространенными ожогами кожи летальность у обожженных значительно возрастает, достигая 33 – 82%. Наименее разработан-

ными остаются проведение адекватной комплексной терапии, правильное использование ее компонентов, патогенетически обоснованное применение современных инструментальных методов диагностики и лечения, этого тяжелого контингента пострадавших.

В 2001-2013 гг. в отделении комбустиологии РНЦЭМП были госпитализированы 57 обожженных детей. Общее число госпитализированных обожженных детей с ТИТ составил 57 пациентов. Средний возраст $9,6 \pm 0,5$ года. Из них умерли 18, то есть летальность составила 31,6%. Всем пострадавшим производилась диагностическая фибробронхоскопия, в последующем по показаниям – санационная бронхоскопия. Кроме того, все пациенты получали общепринятую медикаментозную терапию.

У всех обожженных детей были диагностированы ожоги различной глубины с сочетанным поражением дыхательных путей. Так у 26 (66,7%), из 39 выздоровевших обожженных с ТИТ отмечались глубокие ожоги от 10 до 40% поверхности тела. Глубокие ожоги от 15 до 70% поверхности тела диагностированы у всех умерших.

При ТИТ в ранние сроки после травмы возникает гипоксия тканей. Критериями перевода больных на ИВЛ (92,6%) были клинические симптомы гипоксии и гиперкапнии: снижение pO_2 ниже 60 мм рт. ст., увеличение pCO_2 выше 60 мм рт. ст. или уменьшение pCO_2 ниже 25 мм рт. ст., поражение дыхательных путей продуктами горения тяжелой и крайне тяжелой степени. Параметры ИВЛ: ДО – 7-9 мл/кг; ЧД с учетом возрастных нормативов – 15-25 /мин; соотношение вдоха к выдоху (I:E) – 1:2; положительное давление в конце выдоха (ПДКВ/РЕЕР) – 4-5 см вод. ст.; концентрация кислорода (FiO_2) – 40-50%. Продолжительность ИВЛ – от 2 до 7 суток.

В зависимости от гемодинамической ситуации использовали титрование допамина со скоростью 2-10 мкг/кг/мин. Нативные коллоиды (плазма, альбумин) включали в состав интенсивной терапии (ИТ) при наличии глубоких ожогов площадью свыше 25% поверхности тела. В состав медикаментозной терапии включали гепарин (по 100-200 ЕД/кг/сут), ингибиторы протеаз (контрикал 5-10 тыс. АТЕ), ненаркотические анальгетики, седативные препараты. При отсутствии пареза ЖКТ или при переводе на ИВЛ до 30-50% рассчитанного объема ИТ вводили через назогастральный зонд. Критериями адекватности ИТ служил почасовой диурез 1-2 мл/кг с относительной плотностью мочи ниже 1020, Нт не выше 0,40.

Антибактериальную терапию проводили с 1-го дня лечения, руководствуясь принципами «деэскалационной антибиотикотерапии» антибиотиками широкого спектра действия. В последующем назначение антибиотиков осуществлялось с учетом результатов микробиологических исследований.

Проведение ранней комплексной антибактериальной терапии по деэскалационному принципу, санационной фибробронхоскопии способствовало снижению раневой и бронхолегочной инфекции. Адекватная ин-

фузионная терапия позволяет создать оптимальные условия для репаративных процессов в условиях гиперкатаболизма. Эти мероприятия позволяют сократить сроки эпителизации поверхностных ожогов, производить пластическое закрытие глубоких ожоговых ран в выгодных местных условиях.

ОЖГОВЫЙ ТРАВМАТИЗМ У ПОСТРАДАВШИХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

**Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И.,
Ажиниязов Р.С.**

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Лечение обожженных – один из наиболее сложных и высокзатратных разделов медицинской помощи. По данным Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, ежегодно на каждые 10 тыс. населения ожоги получают 37 человек, треть из них нуждаются в госпитализации. Среди всех обожженных около 60% составляют дети до 15 лет. Несмотря на то, что у детей летальность от ожогов в 3 раза ниже, чем у взрослых, тревожит тенденция к ее росту у всех категорий больных. Сегодня в лечении больных с термическим поражениями достигнуты значительные успехи, связанные с современными возможностями лечения ожогового шока, разработкой и применением активной хирургической тактики и высокотехнологичных методов лечения.

Специализированная медицинская помощь детям с термической травмой оказывается в отделениях комбустиологии РНЦЭМП и его 13 региональных филиалах. Отделение комбустиологии РНЦЭМП располагает 40 койками, из них 20 являются детскими.

За период с 2002 по 2013 гг. госпитализированы 9402 ребенка с ожогами, что составило 63,1 % от общего числа больных. Число детей с ожогами в 2013 г. (960) по сравнению с 2002 г. увеличилось на 23,6% (733). Это объясняется социально–психологическим, поведенческим статусом, а также образом жизни детей. Дети в силу своей уязвимости и неспособности распознать и оценить опасность, чаще становятся жертвами обстоятельств, приводящих к ожогам.

Анализ распределения обожженных по возрасту показал, что ведущей возрастной группой были дети до 3 лет – 6403 (68,1%).

Среди госпитализированных обожженных детей основную часть составили дети с термическими ожогами. 7747 (82,4%) из получали ожоги горячими жидкостями: кипятком, раскаленным маслом, кипящим молоком, чаем или супом и др. Детей до 3 лет было 5640 (72,8%), 3-7 лет – 1433 (18,5%), 7–15 лет – 674 (8,7%).

Второе место по частоте занимали термические ожоги пламенем – у 921 (9,8%) пострадавших, которые чаще встречались среди детей в возрасте 7–15 лет – 530 (57,5%): В возрасте до 3 лет и 3–7 лет с такими ожогами было соответственно 220 (23,9%) и 171 (18,6%) случаях, соответственно. Основной причиной этого является использование детьми спичек, зажига-

лок и других легковоспламеняющихся средств, а также ослабление внимания со стороны родителей. Термические ожоги пламенем характеризуются тем, что даже за короткий период его воздействия наблюдаются обширные и глубокие ожоги, особенно в случаях воспламенения одежды.

357 (3,8%) госпитализированных детей были с ожогами от электричества. Из них в возрасте 7–15 лет было 145 (40,6%), до 3 лет – 122 (34,2%), 3-7 лет 90 (25,2%). Контактные и химические ожоги встречались соответственно у 292 (3,1%) и 85 (0,9%) пациентов,

В патогенезе гнойно-септических осложнений ожоговой болезни, которые обуславливают высокую летальность, основную роль играют обширные глубокие ожоговые раны. Учитывая это, у данного контингента больных целесообразно применение методов активной хирургической тактики. Сегодня комплексном лечении тяжелообожженных детей активно применяются временные раневые покрытия (воскопран, парепран, полипран). У пациентов с обширными глубокими ожогами, с наличием дефицита донорских ресурсов кожи налажено использование комбинированной аутодермопластики с трансплантацией культивированных аллофибробластов.

Разработка и внедрение методов активной хирургической тактики с использованием временных раневых покрытий, культивированных аллофибробластов, экстракорпоральных методов детоксикации позволили уменьшить летальность среди тяжелообожженных детского возраста (с 3,8% в 2002 г. до 0,3% в 2013 г.).

Таким образом, ведущей возрастной группой по риску получения ожогов является возрастная группа детей в возрасте до 3 лет. Основными этиологическими факторами являются горячие жидкости и пламя. Это свидетельствуют о необходимости организации и проведения адекватных мер по профилактике детского ожогового травматизма. Применение тактики активного хирургического лечения с использованием современных технологий является оправданным и положительно влияет на течение ожоговой болезни, улучшает результаты хирургического лечения и исход заболевания.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ ЧАСТОТЫ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

**Фаязов А.Д., Уразметова М.Д., Камилов У.Р.,
Шукуров С.И., Ахмедова Р.К., Сабитов А.Т.**

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Ожоги являются одной из актуальных проблем современной медицины в связи с высокой летальностью и инвалидизацией, тяжелым и осложненным течением ожоговой болезни. Поиск и разработка новых методов комплексного лечения тяжелообожженных являются основным направлением на пути снижения частоты гнойно-септических осложнений ожоговой

болезни. Особую группу больных составляют обожженные детского возраста. Тяжелообожженные дети из-за незрелости тканевых структур, несовершенства защитно-приспособительных реакций органов и систем подвергаются большей опасности, чем взрослые.

Являясь важнейшим компонентом комплексной терапии ожоговой болезни, хирургическое лечение глубоких ожогов у обожженных детей имеет значительные отличия от лечебных мероприятий у взрослых.

В отделении комбустиологии проведен анализ результатов лечения 164 пострадавших детского возраста с термическими ожогами I-II-IIIАБ-IV степени и площадью поражения 10-75% поверхности тела в возрасте от 1 года до 17 лет. 52 пациентам I группы производилась на 10-13 сутки после термической травмы отсроченная поэтапная химическая некрэктомия с использованием 10 и 20% мазей салициловой кислоты. 70 обожженным II группы производилась ранняя или ранняя отсроченная хирургическая некрэктомия. В последующем, после образования грануляционной ткани производилась аутодермопластика с коэффициентом перфорации 1:4 и пересадкой культивированных аллофибробластов, фиксированных на подложке из поливинилхлора. III группе пострадавших (42 больных) произведена ранняя и ранняя отсроченная хирургическая некрэктомия с одномоментным закрытием раневого дефекта синтетическими временными раневыми покрытиями воскопран или парапран. В последующем участки глубоких ожоговых ран закрывали аутодермотрансплантатами.

Результаты анализа показали, что в I группе пострадавших детей удовлетворительное приживление ауто-трансплантатов отмечено в 92% случаев. Сроки полного восстановления кожного покрова составили $33,4 \pm 3,3$ дней. У 70 тяжелообожженных детей II группы с применением комбинированной аутодермопластики с трансплантацией культивированных аллофибробластов полная эпителизация ячеек сетчатых ауто-трансплантатов заканчивалась к 5-6 дню после операции. Сроки полного закрытия раневых поверхностей составили $30,7 \pm 2,6$ дней. У 42 пациентов III группы с применением временных раневых покрытий отмечено полное приживление трансплантатов. Срок полной эпителизации раневой поверхности составлял $29,8 \pm 3,1$ дня.

Как показывают наши наблюдения у 30 (57,7%) больных I группы, где использовалась методика химической некрэктомии течение ожоговой болезни осложнилось пневмонией. Во II группе с использованием активной хирургической тактики и пластическим закрытием раневых поверхностей путем аутодермопластики с трансплантацией культивированных аллофибробластов частота пневмонии составлял 34,3% случаев. Этот показатель в III группе, где проводились ранние и ранние отсроченные некрэктомии с закрытием послеоперационных дефектов кожи временными раневыми покрытиями равнялся 33,3%.

Таким образом, применение метода активной хирургической тактики лечения, использование трансплантации культивированных аллофибробластов в

комбинации с аутодермопластикой, временное закрытие раневых дефектов после некрэктомии раневыми покрытиями у обожженных детского возраста позволяет снизить частоту гнойно-септических осложнений ожоговой болезни.

ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ ОСТРОЙ ОЖГОВОЙ ТОКСЕМИИ

Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Камилов У.Р., Абдуллаев У.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Основу патогенеза полиорганной недостаточности (ПОН) при ожоговой болезни составляет синдром системного воспалительного ответа (ССВО) – диссеминированная воспалительная реакция, сопровождающаяся активацией и выбросом большого количества биологически активных соединений. При этом, если регулирующие системы не способны поддерживать гомеостаз, начинают доминировать деструктивные эффекты цитокинов, что приводит к нарушению проницаемости и функции эндотелия капилляров, формированию отдаленных очагов системного воспаления, развитию моно- и полиорганной дисфункции. Из сказанного следует, что эффективность лечения больных детского возраста в условиях склонности к генерализации воспалительной реакции в значительной мере зависит не только от адекватности других компонентов комплексного лечения, но и своевременной в качественном и количественном отношении инфузионной терапией.

Тяжелая термическая травма у детей вызывает выраженные изменения водно-ионного и белкового балансов с ранним развитием синдрома ПОН. Существующие многочисленные рекомендации имеют отношение в основном к периоду ожогового шока. В литературе недостаточно освещена проблема инфузионной терапии в периоде острой ожоговой токсемии, когда к ССВО, полиорганной недостаточности присоединяется тяжелое энергодифицитное состояние, обусловленное синдромом гиперметаболизма.

Нами проведен ретроспективный анализ 110 историй болезни обожженных детей в возрасте от 6 месяцев до 10 лет, пролеченных в отделении комбустиологической реанимации РНЦЭМП МЗРУз. Из них мальчиков было 68, девочек 42. Всем пациентам проводилась комплексная интенсивная терапия ожоговой болезни.

В процессе коррекции нарушений руководствовались формулами, по которым рассчитывали потери и осуществляли индивидуальные качественные и количественные видоизменения инфузионной терапии у детей. С началом периода острой ожоговой токсемии начинали дополнительное парентеральное питание с введением аминокислот (инфезол, амирел), рассчитывая потребность по азоту, с адекватной энергетической поддержкой 10–20% раствором глюкозы в количестве

соответствующем 100% физиологической потребности независимо от энтерального питания. Общий объем вводимой жидкости корректировали индивидуально. При проведении парентерального питания решали три основные задачи: внутривенное введение воды и основных электролитов соответственно реальным потребностям больного, энергетическое и пластическое обеспечение организма с оптимизацией усвоения введенных внутривенно источников энергии и азота, а также введение всех эссенциальных микроэлементов и витаминов, необходимых для оптимизации метаболических процессов.

Объем вводимой жидкости на протяжении первых двух недель существенно превышал физиологическую потребность. Причем, на 3-6 сутки вводили больше, чем в первые двое суток при выведении больного из состояния ожогового шока. В эти дни возмещение дефицита жидкости обеспечивалось преимущественно парентерально, ограничивая пероральное введение в связи с отклонениями функционального состояния желудочно-кишечного тракта. Так, у 70% детей объем энтерального введения составлял 70-80 мл/кг в сутки.

Отмечено, что увеличение введения жидкости на 60% приводило к увеличению объема диуреза на 120%. Форсированием диуреза мы понимаем как результат увеличения ОЦК не только объемной инфузией, но и введением гиперосмолярных растворов, допамина, сосудорасширяющих, противовоспалительной терапией, в конечном итоге приводящими к увеличению кровотока в почечной паренхиме, осмодиурезу. Поддержание режима полиурии с адекватным возмещением электролитов, энергетических субстратов усиливало дезинтоксикационный эффект, особенно необходимый в период токсемии, исключая более радикальные, но более травматичные у детей методы детоксикации. У всех пострадавших показатель ЦВД поддерживали на уровне 70-90 мм вод.ст. По улучшению состояния, купировании ССВО постепенно ограничивали объем инфузионной терапии, существенно не изменяя объем перорального введения жидкости.

Период токсемии характеризовался изменением показателей гемодинамики по ги-пердинамическому типу. Это обусловлено: 1) недостаточным снижением общего периферического сопротивления сосудорасширяющей, антиагрегантной, противовоспалительной терапией; 2) компенсаторным увеличением минутного объема кровообращения, направленного на поддержание необходимого перфузионного давления в условиях повышенной потребности в кислороде, энергетических субстратах.

Таким образом, период острой ожоговой токсемии у детей характеризуется высоким риском развития синдрома ПОН. Увеличение водной нагрузки вызывает рост темпа диуреза, обеспечивая эффективную дезинтоксикационную терапию. Гипердинамический тип изменения показателей гемодинамики, поддержание ЦВД в пределах 70-90 мм.вод.ст., увеличение суточной жидкостной нагрузки с адекватным парентеральным

питанием, рост темпа диуреза является оптимальным, в условиях комплексного интенсивного медикаментозного купирования ССВО, вызванного ожоговой травмой.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Камилов У.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

В настоящее время общепринято, что в основе сепсиса лежит формирование реакции генерализованного воспаления, вызванной инфекционным агентом. Поэтому рассмотрение сепсиса в виде системной реакции на инфекционный очаг, особенно на фоне сниженной реактивности организма при термической травме как нельзя точно отражает суть происходящих изменений.

В настоящее время в эпоху глобального роста резистентности госпитальной микрофлоры проблема нозокомиальных инфекций стоит остро перед клиницистами. Понимание проблемы рациональной профилактики и лечения нозокомиальных инфекций невозможно без знания основных возбудителей. Концепция профилактики внутрибольничных инфекций включает в себя изучение распространенности и спектр нозокомиальных возбудителей, исследование резистентности микроорганизмов к антибиотикам.

Нами проведен анализ результатов микробиологического исследования 38 обожженных детей. Из общего числа больных 24 пострадавшим детям были произведены операции хирургическая некрэктомия, после образования грануляционной ткани пластическое закрытие раневого дефекта путем аутодермопластики.

Проведенный анализ показал, что в 1 сутки обнаружены *Staph. aureus* (44%), *Staph. saprophyticus* (50%). *Kl.pneumoniae* в 1 сутки высевался в 11% случаях, на 5-6 сутки высеваемость этого вида микрофлоры составил 18%. *Ps.aeruginosae* на протяжении первых 8 суток был высеян у 10% пациентов. *Ent.aerogenes* в 1 сутки обнаружен у 22%, в последующие 7 суток высевался в 11% посевов.

Учитывая, что обсеменение ожоговой раны начинается с первых минут термической травмы, результаты бактериологического исследования в 1 сутки мы относили к внегоспитальной инфекции. В последующие дни нами обнаружено, что микробная обсемененность ран существенно не отличалась от показателей, полученных в первый день лечения в ОРИТ. Однако обнаружено, что в 1 сутки чувствительная к цефалоспорином 2,3 поколения, аминогликозидам, некоторым фторхинолонам флора, в последующие дни становилась устойчивой к этим антибиотикам. Причиной появления устойчивости, как известно, является селекция резистентных штаммов, вызванная неэффективностью эмпирической терапии в условиях снижения иммунорезистентности, вызванной ожоговым шоком, а также отсутствием информации о штаммах бактериологической обсемененности поврежденной поверхности кожи.

Обнаруженные быстрые изменения свойств микроорганизмов вызывают необходимость рассмотрения раневой инфекции как постоянно меняющийся микробиологический пейзаж с уменьшением или увеличением чувствительности бактерий к антибактериальным препаратам. А это значит, если не удалось уничтожить внегоспитальную флору стартовой терапией, то она становится устойчивой к применяемым с первого дня антибиотикам. В этой связи, если по результатам бак анализа мазка, взятого при поступлении в клинику, полученного на 3-4 сутки флора была чувствительна, то сохраняющаяся системная воспалительная реакция может служить признаком мутации высеянного штамма в резистентную к антибиотикам форму. Это значит, стартовая терапия не работает, целесообразна смена антибиотиков на препараты той же группы, но следующего поколения, с более широким спектром действия.

Таким образом, источником госпитальной флоры является инфекция, заселившая обожженную поверхность до поступления больного в клинику, переход в резистентную форму обнаруживается уже на 2 сутки и обусловлен неэффективной стартовой эмпирической антибактериальной терапией. Обнаруженные быстрые изменения свойств микроорганизмов вызывают необходимость рассмотрения раневой инфекции как постоянно меняющийся микробиологический пейзаж с уменьшением или увеличением чувствительности бактерий к антибактериальным препаратам, что требует проведения периодического мониторинга микробиологических исследований с определением оптимальных схем эмпирической антибактериальной терапии.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭЛЕКТРООЖОГОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Рузимуратов Д.А., Фаязов А.Д.

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Электротравмы у детей встречаются не часто, но протекают крайне тяжело, вследствие того, что при воздействии тока высокого напряжения происходит глубокое и обширное поражение, не только тканей которые имели непосредственный контакт с источником электроэнергии, но и многих систем организма. Причинами электротравм служат недосмотр родителями за детьми в младшем возрасте, когда те включают в розетки металлические предметы или неисправные электроприборы; игры детей вблизи открытых трансформаторных будок. В настоящее время ожоги электричеством по частоте среди ожогов от других причин составляют 2-3 %, но несмотря на сравнительно скромное место часто являются причиной инвалидности, а в некоторых случаях и смерти, что ставит их на одно из первых мест по значимости. Летальность при поражении электричеством по данным многих авторов составляет около 10%.

Исходя из выше изложенного представляется крайне актуальным разработка и применения методов активной хирургической тактики лечения больных с

электротравмой.

Цель работы. Улучшение результатов лечения электротравм у пострадавших детского возраста путем внедрения методов активной хирургической тактики.

За период с 2001 по 2013 гг. всего было госпитализированы 502 больных с электротравмой, из них 284 больных детского возраста, что составляет 56,6% от общего числа пострадавших с электротравмой. Возраст исследуемых больных были от 6 месяцев до 18 лет. По площади ожога больные распределялись следующим образом: до 1% поверхности тела – 175 (61,6%), до 5% – 69 (24,3%), от 6 до 10% – 21 (7,4%), и более 10% – 19 (6,7%) пациентов. Из общего числа пострадавших 46 обожженным применена активная хирургическая тактика лечения. Из них у 10 больных в первые 6-12 часов произведена декомпрессивная фасциотомия. В последующем 26 больным произведена ранняя или ранняя отсроченная некрэктомия. 6 пострадавшим с глубокими поражениями IV степени произведена операция ампутации, а у 11 обожженных – операция экзартикуляции различных сегментов конечностей. 37 больным, после формирования грануляционной ткани произведена операция аутодермопластики.

Учитывая такие особенности электротравмы, как поражения субфасциальных структур (сосудисто-нервные пучки, мышечная ткань и сухожилия), высокую вероятность развития последствий электротравмы, эти больные в последующем были направлены для проведения курсов консервативной реабилитации.

Таким образом, применение методов активной хирургической тактики и последующей проведения курса консервативной реабилитации во многом предопределяет благоприятный исход результатов лечения пострадавших с электротравмой детского возраста.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СТРИКТУРАХ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

*Хаджибаев А.М., Акилов Х.А., Янгиев Р.А.,
Урмонов Н.Т., Асадуллаев Д.Р.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

У детей практически не бывает стриктур пищевода, связанных со злокачественными процессами. Причинами же доброкачественных стенозов могут быть гастроэзофагеальный рефлюкс, химические ожоги и рубцы в зоне анастомозов. Сужения в зоне анастомоза обычно небольшие по протяженности, в то время как стенозы, вызванные ожогами в основном щелочью, могут охватывать пищевод на значительном протяжении.

Применяемые в настоящее время методы дилатации очень разнообразны. Это, прежде всего, проведение струны, по которой вводятся расширители Tucker. Используются также бужи Hurst с ртутным наполнителем, нити и проводники, расширители Savary с проводочным проводником и, наконец, наиболее современные баллонные расширители.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения стриктур пищевода у детей.

Материал и методы. В отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП в последние 7 лет (2006 – 2013 гг.) на стационарном лечении находились 36 детей со стриктурами пищевода различного генеза в возрасте от 1 месяца до 12 лет, из них 19 (52,7%) мальчиков и 17 (47,3%) девочек.

Причинами структур у 15 (41,6%) больных явились химические ожоги кислотой (уксусная эссенция), у 3 (8,3%) - щелочью (моющее средство «Крот»), у 2 (5,5%) – термический ожог (кипятком). У 12 (33,3%) больных стриктура возникла в зоне пищеводно-пищеводного анастомоза. Эти дети были оперированы по поводу атрезии пищевода, у 2 (5,5%) больных в зоне пищеводно-толстокишечного анастомоза. У 2 (5,5%) пациента стриктура возникла после удаления инородного тела пищевода.

Всем больным проводилось стандартное обследование: общий анализ крови и мочи, биохимия крови, рентгеноконтрастное исследование пищевода, эзофагоскопия и при рубцовой непроходимости встречающаяся эзофагограмма.

В анализах крови у 80% детей имели место анемия и гипопропротеинемия.

Первым этапом эндоскопического вмешательства явилось проведение направляющей струны, которое оказалось эффективным у 34 (92%) больных. У 2 (8%) детей из-за наличия рубцовой непроходимости проведение струны оказалось безуспешным – эти пациенты были оперированы. Несмотря на множество методик расширения доброкачественных рубцовых стенозов, мы придерживаемся методики бужирования по струне-проводнику, которую проводим под в/в наркозом. При данной методике использовали полые бужи российского производства. Диаметр максимального бужа № 40 составляет 13,3 мм. Процедуру бужирования, как правило, начинали под контролем ЭОП с проведением бужа, соответствующего диаметру стеноза пищевода, который определяли при предварительной эзофагоскопии. Далее продолжали дилатацию стеноза пищевода бужами на 2-3 номера больше предыдущего. За один сеанс проводили не более трех бужей. У 2 пациентов с выраженными стенозами протяженностью более 3 см при первом сеансе бужирования ограничились только самыми малыми бужами. Для достижения возрастного размера бужа обычно был достаточно 1-3 сеансов бужирования. Мы старались достичь размера, который превышает возрастную на 2-4 номера. Такая технология бужирования пищевода позволяет избавить ребенка от гастростомии, что является немаловажным социально значимым фактором. После проведенных манипуляций всем детям внутрь назначается прием «коктейля», в состав которого входят гидрокортизон, супрастин, новокаин 2%, облепиховое масло, антибиотик.

К оперативному вмешательству пришлось прибегнуть у 3 больных. Показанием к оперативному вмешательству у 2 (7,6%) из них была рубцовая непроходимость пищевода: при проведении встречной

эзофагограммы протяженность стриктуры была более 3 см. Им была произведена загрудинная колоэзофагопластика. У 1 (7,6%) больного показанием к оперативному вмешательству послужило наличие частых рецидивов сужения пищевода после бужирования. Ребенку была осуществлена резекция зоны сужения пищевода с наложением пищеводно-пищеводного анастомоза «конец в конец».

Несмотря на то, что в основном бужированием были достигнуты отличные и хорошие непосредственные результаты лечения рубцовых стриктур пищевода, это не является гарантией благоприятного течения заболевания в ближайшем будущем и не гарантирует от развития ретенноза.

В то же время ретеннозы должны быть показанием только к повторному бужированию. Длительное поддерживающее лечение (в течение 3-12 мес.) показано всем больным независимо от достигнутого результата лечения бужированием и степени протяженности стриктуры.

Лишь у пациентов, у которых не удается добиться значимого улучшения проходимости пищи по пищеводу в течение года, необходимо ставить показания к хирургическому вмешательству.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Хаджибаев А.М., Юлдашев А.А., Ахмедов Р.А., Низов О.Н., Мусаев Т.С., Машарипов Ф.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Выполнение реконструктивных операций при открытых и закрытых костно-сосудистых повреждениях конечностей у детей остается сложной задачей, требующей привлечения специалистов различного профиля: травматологов, ангио- и микрохирургов, анестезиологов и реаниматологов. Высокий процент детского травматизма, зачастую трудности диагностики (особенно при закрытых травмах), особенности выполнения остеосинтеза и малый диаметр сосудов – все это требует строго индивидуального подхода.

Нами проанализированы результаты лечения 92 прооперированных детей с открытыми и закрытыми костно-сосудистыми повреждениями верхних и нижних конечностей, сопровождающимися нарушениями кровообращения. Среди больных мальчиков было 68 (73,9%), девочек – 24 (26,1%). Открытых сочетанных костно-сосудистых травм различных сегментов было 34 (37%), закрытых – 58 (63%).

Наиболее тяжелыми в плане лечения были дети с открытыми сочетанными костно-сосудистыми повреждениями конечностей. По характеру и локализации открытые повреждения распределялись следующим образом: полная травматическая ампутация на уровне нижней трети плеча в результате автотравмы имело место у 1 (2,9%), открытые чрезмыщелковые переломы плеча с повреждением плечевой артерии у

4 (11,8%), огнестрельное ранение плеча с повреждением плечевой артерии у 1 (2,9%), полная травматическая ампутация кисти у 1 (2,9%), тяжелые открытые травмы кисти (неполные ампутации нескольких фрагментов) с нарушением кровообращения в результате попадания в работающие механизмы у 22 (84,7%), полная ампутация на уровне верхней трети бедра в результате железнодорожной травмы у 1 (2,9%), неполная ампутация на уровне н/3 голени в результате автотравмы – у 1 (2,9%) и открытые травмы стопы от раздавливания с нарушением кровообращения пальцев у 3 (8,8 %).

Диагностика открытых сочетанных повреждений и оценка степени нарушения кровообращения открытыми сочетанными включали осмотр больных, сбор анамнеза, рентгенографию поврежденных сегментов, пульсоксиметрию. Другие методы исследования не применялись, так как диагноз повреждения сосудов сомнения не вызывал. Реплантация плеча выполнена 1 (2,9%), внеочаговый компрессионный остеосинтез плеча и восстановление плечевой артерии у 5 (14,7%), реплантация кисти при полной ее ампутации у 1 (2,9%), реваскуляризирующие операции на кисти при неполных ампутациях у 14 (41,2%), кожно-костная реконструкция пальца у 1 (2,9%), первичное формирование культи пальцев кисти при невозможности восстановления у 7 (20,6%), первичное формирование культи на уровне верхней трети бедра у 1 (2,9%), реваскуляризация голени с последующей ампутацией на уровне верхней трети ввиду развития ишемических осложнений у 1 (2,9%) и первичное формирование культи на уровне плюсневых костей стопы ввиду невозможности восстановления у 3 (8,8%). Во всех случаях операции проводились с использованием микрохирургической техники под оптическим увеличением.

Закрытые повреждениями были у 57 (98,3%) детей с чрезмыщелковыми переломами плеча, осложненными повреждением плечевой артерии, у 1 (1,7%) больного был перелом ключицы, осложненными тромбозом подключичной артерии и отрывом плечевого сплетения. Большинство детей с переломами были в возрасте от 4 до 10 лет. Для диагностики нарушения кровообращения применяли современные инструментальные методы исследования, такие как пульсоксиметрия, цветное дуплексное сканирование, мультислайсная компьютерная томография с контрастной ангиографией, пункционное ангиографическое исследование плечевой артерии. Для выявления повреждений периферических нервов определяли клинические признаки выпадения чувствительных и двигательных функций исследуемых нервов при выполнении больными функциональных проб. Характер повреждения плечевой артерии при чрез- и надмыщелковых переломах плеча был следующим: сдавление артерии отломками без повреждения – у 42 (73,7%) больных, надрыв интимы и тромбоз у 7 (12,3%), критическая ишемия конечности и септическое состояние (после лечения у народного целителя) у 1 (1,8%) и полное повреждение отломками у 7 (12,3%).

Хирургическое лечение при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости, осложненных сосудисто-нервными нарушениями, заключалось в следующем: первично производили закрытую репозицию под контролем электронно-оптического преобразователя и стабилизацию костных отломков методом внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с использованием разработанного устройства клиники. После этого выполняли ревизию сосудисто-нервного пучка в области перелома стандартным переднемедиальным доступом в нижней трети плеча с переходом на область локтевого сгиба. Следует отметить что наличие разработанного устройства позволяло интраоперационно, в процессе освобождения ущемленных артерии и нерва дозированно смещать концы костных отломков без риска вторичного повреждения выделяемых структур. У всех пострадавших операции на поврежденной плечевой артерии и нервах выполнялось совместно с ангиохирургами. Оперативные вмешательства включали: ревизию артерии и артериолиз у 42 (72,4%) пациентов, анастомоз конец в конец при повреждениях и тромбозах (после резекции поврежденных концов артерии) у 13 (22,4%), аутовенозное протезирование при полном повреждении у 1 (1,7%), ампутация конечности при критической ишемии и септическом состоянии у 1 (1,7%) и резекция подключичной артерии и анастомоз конец в конец при переломе ключицы, осложненном тромбозом подключичной артерии и отрывом плечевого сплетения у 1 (1,7%).

Среди больных с открытыми костно-сосудистыми травмами положительные результаты, то есть восстановление адекватного кровообращения сегментов, достигнуты у 30 (88,2%). Послеоперационные осложнения наблюдались у 4 (11,8%) детей у 3 имело места некроз реплантационных пальцев кисти, у 1 развились ишемические осложнения после реваскуляризации голени при неполной ампутации от раздавливания, повлекшие за собой ампутацию голени.

В результате проведенного лечения у 54 (93,1%) детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости, осложненными сосудисто-нервными нарушениями мы получили положительные исходы. У больных полностью восстановились движения в локтевом суставе, а также двигательные и чувствительные функции пальцев кисти. Неудовлетворительные результаты лечения были у 4 (6,9%) больных: у 2 из них наблюдалась клиника ишемической контрактуры пальцев кисти, у 1 клиника паралича срединного нерва; у 1 ребенка с длительной ишемией, когда хирургическое вмешательство было произведено на 3 сутки от момента травмы (больной был переведен из другого лечебного учреждения), развилась клиника ишемической контрактуры пальцев кисти, после ущемления сосудисто-нервного пучка, усугубленного турникетным сдавлением сосудов и нервов на уровне в-с/3 плеча, после лечения у народного целителя. Ребенок был оперирован в областном филиале, где ему был наложен аппарат Илизарова, однако из-за отсутствия положительной дина-

мики ребенок был переведен в РНЦЭМП. У 1 больного с закрытым переломом ключицы, осложненным тромбозом подключичной артерии и отрывом плечевого сплетения, кровообращение руки полностью компенсировано, однако вследствие преганглионарного отрыва плечевого сплетения рука афункциональна, больному в последующем показана операция – невротизация плечевого сплетения.

Таким образом, стабильный остеосинтез и восстановление адекватного кровообращения являются ключевыми факторами при лечении сочетанных костно-сосудистых травм, в конечном итоге определяющими исход лечения. Реконструктивные операции на сосудах должны проводиться с использованием микрохирургической техники под общим обезболиванием в специализированных лечебных учреждениях.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Хаджибаев Ф.А., Матякубов Х.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Лечение кистозных трансформаций желчевыводящих путей у детей остается актуальной проблемой вследствие целого ряда причин, основными из которых являются поздняя диагностика заболевания и в связи с этим позднее поступление детей в стационар; длительный переход дифференциальной диагностики из-за отсутствия четко разработанного алгоритма между пороками развития и терапевтическими заболеваниями верхнего этажа брюшной полости и, как следствие, проведение длительной безуспешной консервативной терапии.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с кистозной трансформацией желчевыводящих путей путем оптимизации диагностики и внедрения новых технологий лечения.

Материал и методы. Под наблюдением находились 48 детей в возрасте от 2 месяцев до 17 лет с врожденной кистозной трансформацией внепеченочных желчных протоков, оперированных в 2005–2014 гг. в отделении экстренной хирургии детского возраста РНЦЭМП.

Результаты. Всем детям проведено обследование согласно утвержденному стандарту. По нашему мнению, обследование больных с ВКТХ до операции должно быть направлено не только на установление диагноза, но и на определение вероятного объема и характера оперативного вмешательства. В нашей клинике, помимо общеклинических, оно включает ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ). При необходимости КТ (МСКТ) может быть дополнена контрастированием. ЭРХПГ выполнялось детям старше 2 лет, что продиктовано их антропометрическими данными и диаметром рабочей

части дуоденоскопа.

УЗИ гепатикохоледоха выполнено всем детям. При этом прямые признаки поражения желчных протоков обнаружены только у 32 (66,6 %) пациентов. Наиболее характерными признаками являлись диаметр вне- и внутрипеченочных желчных протоков, характер их содержания, наличие акустических теней, а также состояние печени, поджелудочной железы и соседних органов.

КТ (МСКТ) и МРТ выполнены нами у 44 (91,6%) пациентов при неубедительных данных УЗИ.

Полученные результаты показывают, что МСКТ и МРТ с холангиографией имеют большое значение в распознавании патологии гепатобилиарной системы, так как являются высоко-информативными.

Одним из методов диагностики кистозной трансформации желчевыводящих путей у детей является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография позволяет точно определить распространенность внутри и внепеченочного поражения желчных ходов, если сохранена проходимость дистальной части общего желчного протока. В то же время при ее проведении может произойти инфицирование желчевыводящих путей и панкреатического протока с развитием холангита и панкреатита, поэтому мы выполняли накануне предполагаемой операции.

В соответствии с размерами и локализацией образований у пациентов прибегали к следующим вариантам хирургического лечения: супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз наложен – 4 (8,3%) пациентам, резекция кисты холедоха, с наложением гепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки выполнена у 17 (35,4%), из них резекция кисты холедоха с наложением гепатикоэнтероанастомоза с каркасным кольцом на выключенной по Ру петле тонкой кишки у 25 (52,0%), кистодуоденоанастомоз – у 1 (2,1%), наружное дренирование холедоха по Керу (в связи с перфорацией кисты холедоха) – у 1 (2,1%).

Выводы. 1. Своевременное распознавание врожденного расширения общего желчного протока представляет значительные трудности. Больные должны обследоваться в специализированном хирургическом стационаре. 2. Решающее значение в диагностике определении показаний к операции имеет сопоставление клинических и инструментальных данных (УЗИ, ЭРХПГ, МСКТ, МРТ).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ КЕФАЛОГЕМАТОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Хайдаров М.Х., Жумаев М.Б., Эргашев Р.Х.,
Шукуров Ш.Р., Шаимов З.С.*
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Кефалогематома – это избыточное скопление крови на участке между плоскими черепными костями и надкостницей. Кефалогематома является следствием полученной травмы и в большинстве случаев рассматривается как родовая травма, однако появление такой патологии возможно и в более старшем возрасте.

Кефалогематома встречается у 30% новорожденных с родовой черепно – мозговой травмой. Кефалогематома располагается на одной или обеих теменных костях, редко – на затылочной и лобной, еще реже – на височной. Она вмещает от 5 до 150 мл крови, которая долгое время остается жидкой. В связи с тем, что надкостница плотно сращена с костью в области швов, границы кефалогематомы не выходят за пределы пораженной кости. Поверхность кожи над опухолью не изменена. Под кефалогематомой иногда обнаруживается перелом кости, через который возможно сообщение с эпидуральной гематомой. Опухоль вначале имеет упругую консистенцию, иногда флюктуирует, и ограничена валиком по периферии. С 7-10 дня опухоль начинает уменьшаться в размерах и обычно исчезает на 3-8 неделе. При значительных кровоизлияниях рассасывание крови задерживается и может затянуться на месяцы. В этих случаях надкостница в области гематомы уплотняется, гематома оссифицируется, что приводит к деформации или асимметрии черепа.

Материал и метод. Под нашим наблюдением находились 30 новорожденных с кефалогематомами, обратившихся в Сырдарьинский филиал РНЦЭМП в 2010–2013 гг. Всем больным произведено полное клиническое обследование: тщательный сбор анамнеза, общее соматическое и неврологическое обследование, рентгенография черепа (80%) и МСКТ головного мозга (20%). Возраст наблюдаемых детей варьировал от рождения до 4-6 – недельного возраста. Мальчиков было 18 (60%), девочек 12 (40%).

Результаты. У 21 (70%) ребенка кефалогематома располагалась в теменной области, у 5 (16,7%) – в затылочной, у 2 (6,7%) – в лобной и у 2 (6,7%) – в височной области. У 28 (93,3%) детей хирургическое лечение заключалось в аспирации кефалогематомы – у 28 (93,3%), у 2 (6,7%) произведено удаление оссифицированной кефалогематомы. Кефалогематома объемом до 10 мл аспирирована у 23,3%, до 30 мл – у 60%, более 30 мл – у 10% детей.

Таким образом, своевременное обращение к врачу детей с кефалогематомами позволяет избежать осложнений, так как удалить кефалогематому удается малотравматичным путем.

РАННЯЯ НЕКРЭКТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Хакимов Э.А., Шакиров Б.М., Карабаев Х.К., Бердимуродов М.У., Карабаев Ж.Ш., Некбаев Х.С.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП хирургическое лечение проведено у 62 обожженных детей в возрасте до 14 лет с площадью поражения от 10% до 30% поверхности тела. Площадь ожога у детей определяли по методу С.С.Лунд, Н.С.Бродер (1944), глубину поражения – по 4-степенной классификации А.А.Вишневого и соавт. (1960). Причиной ожогов у 36 (58,04 %) больных был кипяток, у 19 (30,65 %) – пламя, у 5 (8,06%) – горячее масло, у 2 (3,23 %) – электрический ток.

Результаты. В зависимости от сроков хирургического лечения больные были разделены на две группы. В 1-ю группу включены 32 (51,61%) ребенка, к которым после выхода из шока, на 3-4 сутки после ожоговой травмы осуществлена ранняя некрэктомия с одновременной аутодермопластикой. Во 2-ю группу вошли 30 (48,39%) пациентов, которым хирургическое лечение проводилось спустя 5 суток и позже с момента получения ожога.

Сразу же после поступления в отделение комбустиологии больным выполнялась катетеризация центральных вен, на ожоговые раны накладывались влажно-высыхающие повязки с антисептиками. Проводилась противошоковая, симптоматическая, антибактериальная, десенсибилизирующая и общеукрепляющая терапия. Оперативное вмешательство осуществлялось после стабилизации общего состояния и выхода больного из ожогового шока.

Удаление некротического струпа и патологически измененных тканей у 35 (56,45%) пациентов произведено тангенциально (в случае мозаичного характера поражения), у 18 (29,03%) – окаймляющими разрезами, у 9 (14,52%) – комбинированным методом.

Глубина иссечения некротических тканей зависела от степени ожога: при IIIБ – в пределах подкожно-жирового слоя (дермальные) – у 37 (59,68%), при IV степени – фасциальное – у 22 (35,48%), фасциально-мышечное – у 3 (4,84%). После ранней некрэктомии на площади до 12-15% поверхности тела проводилась одномоментная свободная аутопластика расщепленным кожным лоскутом толщиной 0,3-0,4 мм. Лечение ран донорских участков осуществлялась под тонкой марлевой (состоящей из 1-2 слоев марли) повязкой, которую через 2-3 суток орошали 5% раствором марганцевокислого калия. При поражении более 15% поверхности тела повторное иссечение некротических тканей производилась через 2-3 суток после стабилизации гемодинамики и параметров гомеостаза. В один этап закрыть раневую поверхность удалось у 47 (75,81%) больных, в два этапа – у 15 (24,19%).

Наиболее частым осложнением ожоговой болезни был сепсис с развитием пневмонии, который наблюдался у 2 больных 1-й группы и у 9 2-й группы. В 1-й группе летальных исходов не было, во 2-й умерли 2(6,67%) ребенка. Сроки лечения у больных 1-й группы составляли 23,4 дня, 2-й – 37,8 дня.

Таким образом, проведение ранней некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой у обожженных детей на 3-4 сутки после получения ожоговой травмы существенно снижает частоту летальности, сроки госпитализации и экономические затраты на лечение.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ

Халиков В.К., Гиясов У.М.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Термическая травма отрицательно влияет на работу всех органов и систем, вызывая различные ослож-

нения. У обожженных детей, госпитализированных в отделение комбустиологии Андижанского филиала РНЦЭМП, осложнения со стороны ЖКТ клинически проявлялись в виде болей в области эпигастрии, тошноты, рвоты, диспепсии, кровотечения из верхних отделов ЖКТ. Патоморфологической основой этих осложнений являются эрозивно-язвенные повреждения слизистой оболочки ЖКТ. По поводу их этиопатогенеза существуют несколько теорий, но ни одна из них не является доминирующей.

В отделение всем больным с обширными термическими поражениями кожных покровов, согласно лечебно-диагностическим протоколам назначали противоязвенную терапию с целью профилактики эрозивно-язвенных осложнений со стороны ЖКТ. По показаниям и при необходимости проводили ФЭГДС.

В отделении комбустиологии в 2010-2012 гг. на лечении находился 601 больной ребенок. 65 (10,8%) детей предъявляли жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, диспепсические явления. По разным данным, такие осложнения наблюдаются у 3-45% больных. У 23 (35,3%) больных была рвота «кофейной гущей», черный стул. 3 (4,6%) больным произведена ФЭГДС. У 2 (66,6%) больных было выявлено эрозивное кровотечение, у 1 (33,3%) – кровотечение из язвы желудка. В результате проводимой противоязвенной и гемостатической терапии кровотечения были остановлены консервативными методами лечения. Необходимости в оперативном лечении ни у одного больного не возникло.

Анализ показал, что у детей, лечившихся в районах и не получавших противоязвенное лечение эрозивно-язвенные повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта встречаются 1,6 раза чаще, а кровотечения из верхних отделов ЖКТ наблюдается в 1,8 раза чаще.

Поэтому мы считаем, что назначение противоязвенной терапии больным с обширными термическими поражениями кожных покровов является обязательным и клинически обоснованным.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

*Хамраев А.Ж., Восиев Ж.Ж., Каримов И.М.,
Акромов Ф.А.*

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В 2009-2014 гг. на лечении в отделении детской хирургии 1 ГКДБ г. Ташкента находился 61 мальчик с закрытыми повреждениями органов мошонки в возрасте 1-15 лет. Больные в возрасте 1-3 лет составили 3,6%; 3-6 лет – 9,6%; 7-15 лет – 86,8%. При поступлении больным, наряду с общеклиническими исследованиями, было произведено УЗИ органов мошонки.

У 24,5% больных с закрытыми повреждениями органов мошонки с болевым синдромом без признаков воспаления проводили консервативную терапию. У остальных 75,4% пациентов мы придерживались активной хирургической коррекции. Оперативный доступ осуществлялся через мошоночный разрез. У 66,1%

больных был выявлен перекрут и некроз гидатиды Морганьи, у 16,1% – посттравматический орхоэпидимит, у 6,4% – посттравматический орхит. Неспецифический гнойный орхидоэпидимит встречался у 8% детей старшей возрастной группы.

При перекруте и некрозе гидатиды больным производилась гидатидэктомия, а в случае мутного выпота – на сутки дренировалась полость мошонки. Операция при остром гнойном неспецифическом орхидоэпидимите заключалась в санации и дренировании полости мошонки с обязательной блокадой семенного канатика раствором новокаина с антибиотиком. В случаях посттравматической гематомы последняя эвакуировалась с последующим дренированием полости мошонки.

В послеоперационном периоде по показаниям назначали десенсибилизирующую терапию, витамин- и антибиотикотерапию. После выписки из стационара с целью профилактики бесплодия всем больным назначали гонадотропин хорионический в возрастной дозировке через 3 дня в течение 1 месяца. Контрольное УЗИ проводили через 1 месяц, при наличии признаков гипоплазии яичек повторный курс лечения продолжали с интервалом в 4 месяца.

Таким образом, активная хирургическая коррекция и послеоперационная реабилитация – основной метод лечения пострадавших с закрытыми повреждениями органов мошонки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ, У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

*Хамраев А.Ж., Назирова М.Х., Шамсиев А.Ф.,
Каримова И.М.*

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В последние годы, несмотря на успехи в диагностике и лечении некротического энтероколита (НЭК), отмечается тенденция его роста к увеличению этого заболевания, осложненного перитонитом, среди новорожденных и грудных детей. Летальность от осложнений НЭК у новорожденных колеблется от 30 до 70%.

Материал и методы. В ГКДБ №1 г. Ташкента в 2008 – 2013 гг. в отделениях ОПИТ и детской хирургии на лечении находились 60 детей с НЭК, осложненным перитонитом, в возрасте от одних суток до 12 месяцев. Мальчиков было 41 (68,4%), девочек-19 (31,6%). Недоношенных с массой тела от 700 до 2150 г. и сроком гестации 28-35 недель было 24 (40%); доношенных – 36 (60%). Всем больным проводились общеклинические, рентгенологические, ультразвуковые и лабораторные исследования. У всех больных основной патологии сопутствовал сепсис, обусловленный пневмонией (74%), ВУИ (67%), анемией (100%), гипопроотеинемией (95%), олигоанурией (31%), TORCH-инфекцией (46%), ГИЭ (60%).

Результаты. Больные НЭК, осложненным перитонитом, поступали в поздние сроки и в крайне тяжелом состоянии. При рентгенологическом исследовании ор-

ганов брюшной полости отмечалось наличие свободного воздуха под диафрагмой. Объем хирургических вмешательств зависел от общего состояния больного, гемодинамических и биохимических показателей крови, наличия угрозы развития ДВС-синдрома. Интраоперационно установлено, что у 30 (50%) больных перфоративный дефект находился на уровне тонкого кишечника, у 12 (20%) – на уровне желудка, у 13 (21,6%) – на уровне толстого кишечника, у 5 (8,4%) – в тонком и толстом кишечнике. Поэтому наши вмешательства у оперированных детей в основном ограничивались ушиванием дефектов на стенке желудка и кишечника, резекцией некротизированного участка кишечника и наложением илеостомы или колостомы. Илеостома в виде «двустволки» наложена 22 (54%) больным, колостомы – 6 (10%), терминальная илеостома после резекции некротизированного участка кишки 17 (28,3%). У 3 (5%) пациентов илеостомия сочеталась с терминальной колостомией.

Во всех случаях мы старались сохранить баугиную заслонку с целью профилактики в дальнейшем развития синдрома короткой кишки. Оперативные вмешательства у всех больных завершались тщательной санацией брюшной полости раствором бетадина, оставлением микроиригатора для дренирования малого таза. Послеоперационный период у всех детей протекал крайне тяжело. Это объясняется наличием тяжелой интоксикации вследствие перитонита, сепсиса, операционной травмы, недоношенности, ДВС-синдрома, анемии, гипотрофии и т.д.

Выводы. При наличии разлитого (калового) перитонита у новорожденных наложение илеостомы в виде «двустволки» является более щадящей паллиативной операцией, которая позволяет проводить оптимальный уход за отключенным отделом кишечника с целью сохранения микрофлоры и подготовки к закрытию стомы.

ДИАГНОСТИКА ЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Каримов И.М., Шамсиев А.Ф., Тураева Н.П., Акромов Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Материал и методы. В 2009-2013 гг. в клинике госпитальной детской хирургии ТашПМИ и в отделении хирургии ГКДБ №1 на лечении находились 55 детей с эпифизарным остеомиелитом из них в возрасте до 28 дней – 15 (27,2%), 1-2 месяца – 30 (54,5%), до 3 месяцев – 10 (18,3%). Мальчиков – 40 (73%), девочек – 15 (27%). В 1-5 сутки от начала заболевания поступили 12 (22%) детей, на 6-10 – 43 (78%). Воспалительный процесс в тазобедренном суставе локализовался у 23 (42%) детей, в плечевом суставе – у 12 (22%), в коленном – у 20 (36,3%).

Результаты. У 35 (64%) в анамнезе выявлена внутриутробная гипоксия плода, у 10 (18%) – родовая травма, 4 (7,0%) детей родились путем кесарева сечения. Во время беременности из сопутствующих заболеваний ане-

мия была у 45 (82%) женщин, пиелонефрит – у 4 (7,0%), TORCH инфекция – у 6 (11%).

Гиперемия кожи над пораженной областью сустава отмечалась у 45 (87,2%) детей, гиперемия с флюктуацией – у 15 (27%) детей, отечность сустава – у 51 (93%). У всех (100%) детей выявлено вынужденное положение пораженной конечности, нарушение функции тазобедренного сустава имело место у 28 (51%) детей, плечевого сустава – у 11 (20%). При бактериологическом (бак. посев) исследовании содержимого суставной полости *Staph. Aureus* обнаружен у 33 (60%) больных, *Str. pyogenes* – у 12 (22%), *Staph. epidermidis* – у 8 (14%), *E.coli* – у 2 (4%). На УЗИ выявлено расширение суставной щели у 28 (51%) детей, участки деструкции у 14 (25%), наличие выпота – у 13 (24%). Эти изменения появились на 5-8 день от начала заболевания у 25 (45%), на 14-21 день – у 30 (55%).

Течение заболевания в отдаленные сроки осложнилось патологическим вывихом у 4 (7,0%) детей, укорочением конечности на 1 см у 2 (4%).

Таким образом, диагностика эпифизарного остеомиелита у грудных детей основывалась на анамнезе, клинике болезни, результатах пункции суставов, данных рентгенологического и ультразвукового исследования костей и суставов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Ходжаев Х.Б., Ишанходжаев Я.Н., Карабаев Б.Э.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Инвагинация кишечника является самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей. Вопрос о правильной и своевременной диагностике инвагинации кишок приобретает особое значение, прежде всего, для результатов и исходов лечения детей с этой патологией. Данные литературы показывают, что при ранней диагностике и поступлении больных до 24 часов от начала болезни летальность может равняться нулю, резко возрастая при позднем поступлении. Диагноз инвагинации кишечника в типичных случаях не вызывает трудностей из-за ярких и характерных клинических проявлений болезни, но не следует забывать при этом, что типичные признаки заболевания характерны, как правило, для первых 24 часов от начала заболевания. Диагностические ошибки при позднем обращении обусловлены меняющейся клинической картиной заболевания (адинамичное состояние больного и выраженные явления токсикоза и эксикоза).

Материал и методы. В отделении детской хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП в 2010-2013 гг. на лечении находились 167 детей с инвагинацией кишок. Консервативная дезинвагинация проведена у 107 (64,07%) детей, оперированы – 60 (35,9%). В возрасте до 6 месяцев были 30 (18%) детей, 6-12 месяцев – 102 (61%), старше 1 года – 35 (21%). Мальчиков было 101 (60,5%), девочек – 66 (39,5%). Умер 1 (0,6%) ребенок 3 лет, переведенный из инфекционного отделения с давностью заболевания 4 дня с тонкокишечной инвагина-

цией и выраженными явлениями токсикоза и эксикоза.

Результаты. В лечении инвагинации основным принципом остается ранняя дезинвагинция: консервативная или оперативная. В основе консервативного способа дезинвагинации лежит принцип механического воздействия на инвагинат путем нагнетания воздуха в толстую кишку с последующей контрольной рентгенографией органов брюшной полости и пассажем контрастного вещества. За наблюдаемый период мы применили консервативный способ дезинвагинации у 49 (70%) детей. Выбора консервативного способа дезинвагинации зависит от срока заболевания (до 12 ч), срока появления стула в виде «малинового желе» и отсутствия явлений перитонита.

В ранние сроки заболевания поступил 51 ребенок. У 8 больного дезинвагинация проводилась под контролем лапароскопии. Позитивность данного метода мы видим в следующем: визуальный контроль за расправлением инвагината, определение жизнеспособности кишечника, малая травматичность.

У 19 больных при дезинвагинации мы применяли оперативное лечение лапаротомным способом, у 2 из них пришлось выполнить резекцию кишечника с созданием анастомоза.

Таким образом, широкое знакомство врачей с особенностями клиники и течения инвагинации кишечника у детей, а также санитарно-просветительная работа с населением будут способствовать улучшению ранней диагностики данной патологии на догоспитальном этапе и результатов лечения. Кроме того, применяя лапароскопический контроль за дезинвагинацией, мы можем обоснованно расширить показания к миниинвазивным вмешательствам при поздних сроках заболевания.

СЛУЧАИ ВЕНТРАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫХ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ МАЛОГО ТАЗА У ДУТЕЙ, СИМУЛИРОВАВШИЕ ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Ходжаев Х.Б., Ашуров З., Жиянов И.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В 2012-2013 гг. мы наблюдали 2 детей в возрасте 4 и 8 месяцев с вентральной спинномозговой грыжей сакральной локализации, поступивших к нам в экстренном порядке с симптомами острой кишечной непроходимости. В ближайшее время после поступления больным, наряду с проведением интенсивной инфузионно-коррективной терапией, для уточнения диагноза проведено комплексное диагностическое клинико-инструментальное обследование. При рентгенограммах: признаки острой кишечной непроходимости. На ультразвуковом исследовании в первом случае было обнаружено овальное анэхогенное кистозное образование малого таза с тонкой и ровной капсулой. При бимануальном ректальном исследовании обнаружено неподвижное объемное образование плотно-эластической консистенции. Дополнительно проводились внутривенная урография, цистография, компьютерная

и магнитно-резонансная томография, исследование на специфические опухолевые маркеры. Установлен предварительный диагноз: «Объемное образование малого таза, менингоцеле, осложненное obturatorной непроходимостью кишечника и частичной задержкой мочи».

Результаты. Больные дети переведены из соматических отделений других больниц, где лечились с диагнозом «бронхопневмония, парез кишечника» в первом случае и «функциональное расстройство ЖКТ» в другом. Состояние больных при поступлении тяжелое в связи с выраженными явлениями эксикоза и олигурией. Больные госпитализированы в детское реанимационное отделение. Из анамнеза у матери в одном случае во время беременности был гестоз, угроза преждевременного прерывания беременности и грязные околоплодные воды во время родов. У девочки после рождения отмечались редкие мочеиспускания и склонность к запорам.

В результате проведенных консервативных мероприятий состояние больных улучшилось (восстановление объема мочи после катетеризации мочевого пузыря и отхождение стула и газов после стимуляции кишечника и очистительных клизм). Дети находились под совместным наблюдением детских специалистов: хирурга, уролога и нейрохирурга. В первом случае после значительного улучшения состояния и по настоянию родителей ребенок направлен на дальнейшее лечение в республиканское специализированное детское учреждение. У второго ребенка 8 месяцев с нижним парапарезом после соответствующей предоперационной подготовки проведено радикальное хирургическое удаление спинномозговой грыжи передним чрезбрюшинным доступом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Результат гистологического исследования: менингоцеле. Ребенок наблюдается в течение года совместно у специалистов: полностью прошли явления нижнего парапареза, нормализовались пассаж мочи и отхождение стула.

Заключение. Признаки прогрессирующей непроходимости кишечника и задержка мочи могут служить ранним симптомом объемных образований малого таза у детей грудного возраста, а ректальное и комплексное инструментальное обследование позволяет диагностировать заболевание уже при раннем обследовании ребенка.

УЩЕМЛЕННЫЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

Ходжаев Х.Б., Ишанходжаев Я.Н., Карабаев Б.Э.,
Арсланов Г.Я.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Частым осложнением врожденной диафрагмальной грыжи у детей является ее ущемление. При этом в грыжевых воротах возникает ущемление петель кишок с развитием клинической картины непроходимости, а также симптомы тяжелой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. При ущемленных парастеральных и параэзофагеальных грыжах преобладают

симптомы расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта, боли, рвота, геморрагический синдром. Это осложнение встречается в основном у новорожденных в первые часы и дни жизни. В литературе приводятся лишь единичные наблюдения ущемления диафрагмальной грыжи у детей старше 1 года. Редкость патологии – одна из причин ошибок в диагностике и тактике лечения.

Материал и методы. В 2010 – 2013 гг. в Наманганском филиале РНЦЭМП под наблюдением находились 5 детей с ущемленной диафрагмальной грыжей. Новорожденных было 2, до 3-х лет – 2, 3-6 лет – 3; мальчиков – 5, девочек – 3. Параэзофагельные грыжи диагностированы у 2, парастернальные – у 1, диафрагмоплевральные – у 2. Диагноз установлен на основании клиники, обзорных и контрастных рентгенологических обследований.

Результаты. После постановки диагноза и интенсивной предоперационной подготовки всем больным произведена хирургическая коррекция лапаротомным доступом: низведение ущемленного органа или органов с последующей пластикой диафрагмы местными тканями. У 1 больного с некрозом ущемленного тонкого кишечника выполнена резекция некротизированного кишечника с анастомозом «конец в конец». Умер 1 новорожденный с тяжелым сопутствующим пороком сердца. Рецидивов не отмечалось.

Таким образом, при возникновении подозрительных симптомов ущемления диафрагмальной грыжи необходима своевременная консультация специалиста для раннего установления диагноза и проведения срочного оперативного вмешательства.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Ходжаев Х.Б., Халилов А.Т., Жураев Э.У.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Некротический энтероколит (НЭК) существенно влияет на показатели заболеваемости и смертности новорожденных. НЭК у новорожденных является одной из наиболее частых причин перфоративного перитонита (60% всех перфораций). Развивается в результате нарушения кровообращения в стенке желудочно-кишечного тракта с исходом в геморрагический или септический инфаркт полого органа. Среди детей периода адаптации НЭК встречается у 0,25%, а среди детей, которым необходима в неонатальном периоде интенсивная терапия – у 4%.

Материал и методы. В Наманганском филиале РНЦЭМП в 2011-2013 гг. на лечении находились 19 детей с НЭК III A-B стадии. 62,4% детей были недоношенными.

Результаты. Хирургическая стадия заболевания зафиксирована на 13-19 дни после рождения. Оперированы 16 детей. Применяли этапный подход: I этап – лапароцентез, II – резекция пораженного участка кишки, выведение кишечной стомы. Лапароцентез снижает

внутрибрюшное давление в 1,5 раза, облегчая предоперационную подготовку. Кишечная стома разгружает скомпрометированную кишку и снижает уровень эндогенной интоксикации. Послеоперационная летальность составила 10,5%.

Таким образом, результаты лечения некротического энтероколита зависят от комплекса факторов: отягощенного анамнеза, степени недоношенности, осложненного течения беременности и родов. Выбор индивидуализированного подхода в зависимости от клинической картины и осложнений некротического энтероколита позволяет надеяться на положительный исход лечения.

ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Ходжакулов Ч.Р., Темиров Ф.О.

Бухарский филиал РНЦЭМП

За последние 5 лет в ожоговом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП на лечении находились 1518 детей, из них 306 детей с глубокими ожогами IIIб–IV степени, или 21% от общего числа обожженных. Среди пострадавших преобладали лица с площадью глубоких ожогов до 5% поверхности тела – 234 (76,3%). С площадью глубоких ожогов до 10% поверхности тела было 40(13%) детей, свыше 10% поверхности тела – 32 (10,7%). Хирургическая активность у детей с глубокими ожогами превышала 82%. Для местного лечения ожогов у детей в основном применялись закрытый (33%) и повязочный (42%) способы лечения. В первые сутки производили туалет ожоговых ран под общим обезболиванием, накладывали влажно-высыхающие повязки, смоченные раствором антисептиков с бетадином с обязательным включением раствора гидрокортизона. По показаниям с целью декомпрессии при циркулярных ожогах конечностей производилась некротомия у 18 больных.

При закрытом методе лечения ожоговых ран ожоговая поверхность обрабатывалась растворами бетадина или 1% раствором йодопирона и высушивалась с помощью теплофизических факторов воздействия (установки Клинтрон, Кровать-сетка, тепловентиляторы). Формирование сухого струпа приводило к снижению эндогенной интоксикации, бактериальной обсемененности, улучшению терморегуляции, сокращению сроков эпителизации при дермальных ожогах. При глубоких ожогах после формировании плотного сухого некроза создавались наиболее благоприятные условия для проведения активной хирургической тактики – хирургическая некрэктомия осуществлялась в ранние сроки, на 5-7 сутки. С целью раннего удаления некроза на 8-10 сутки после травмы, у 44 (15%) детей, проводилась также химическая некрэктомия с помощью 10% салициловой мази с добавлением фурацилиновой мази 1:1. Ожоговый некроз удалялся под общим обезболиванием через 2 суток практически бескровным способом с детей помощью пинцета и ножниц до здоровой ткани. В последующем после созревания гра-

нуляций на 14-16 сутки после травмы производилась аутодермопластика. Преимущества раннего иссечения некротических тканей при глубоких ожогах известны и не вызывают сомнений. Адекватное лечение ожогового шока и привлечение реанимационной службы позволило оперировать детей по выходу из шока на площади более 10% поверхности тела глубокого ожога. Некрэктомия производилась на 5-7 сутки после травмы тангенциально (дерматомом, ножом Гамби) или до фасции (скальпелем, электроножом). В зависимости от характера струпа иссечение его осуществлялось до поверхностной фасции – радикальная некрэктомия (66%) или в пределах глубоких слоев дермы – тангенциальная некрэктомия (21,5%). У 12,5% пациентов одновременно использовались оба метода. Раневой дефект после иссечения струпа закрывался сетчатыми аутологическими трансплантатами, а также комбинированам аутоаллотрансплантатами.

Таким образом, применение активной хирургической тактики с ранним закрытием раневого дефекта аутоаллотрансплантатами, а также комбинированными аутоаллотрансплантатами кожи позволили улучшить течение ожоговой болезни уменьшить сроки пребывания больных в стационаре. Наш опыт показал, что проведение ранней некрэктомии с одномоментной или отсроченной аутодермопластикой предупреждает развитие келоидных рубцов и позволяет добиться лучших функциональных и косметических результатов у детей с глубокими ожогами.

ОСТЕОСИНТЕЗ ЭЛАСТИЧНЫМИ ТИТАНОВЫМИ СТЕРЖНЯМИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Байимбетов Г.Дж., Шоматов Х.Ш.
НИИ травматологии и ортопедии

Переломы длинных костей нижних конечностей – частое повреждение, которое занимает в структуре повреждений опорно-двигательного аппарата детского возраста одно из первых мест. Частота этих переломов возросла до 28% в связи с развитием экстремальных видов спорта (паркур, фристайл). В настоящее время многие детские травматологи ведущих мировых клиник рекомендуют малоинвазивный остеосинтез различными металлическими конструкциями, в том числе эластичными стержнями. Многие исследователи у детей 5-14 лет рекомендуют применять эластичный остеосинтез, что способствует сокращению сроков стационарного лечения и обеспечивает быстрое функциональное восстановление после травмы.

В клинике детской травматологии УзНИИТО в 2010 – 2012 гг. на лечении находились 27 детей с переломами длинных костей нижних конечностей: из них бедренной кости – 11, голени – 16. Диафизарные переломы бедренной кости встречались у 6, костей голени – у 12 детей. Метадиафизарные переломы бедренной кости наблюдались у 5, костей голени – у 4 детей. Мальчиков с переломами бедренной кости было 8, голени – 10, девочек – соответственно 3 и 6. В возрасте от 5 до 7 лет

было 7 больных, 8-10 лет – 11, 11-16 лет – 7. Все цифровые данные подвергнуты статистической обработке.

Показаниями к данному виду остеосинтеза служили нестабильные косые и/или оскольчатые диафизарные и метадиафизарные переломы бедренной кости и костей голени, поперечные диафизарные переломы со смещением костных отломков, а также переломы с интерпозицией мягких тканей.

Важным условием обеспечения сращения переломов является восстановление функции близлежащих суставов. В этом известные методы фиксации не уступают друг другу, так как при обоих видах остеосинтеза суставы не иммобилизуются на определенное время, что в конечном итоге создает условия для раннего восстановления функций суставов. При внешней иммобилизации костных отломков наружными стержневыми системами работа суставов несколько ограничивается в связи с фиксацией мышечных футляров, что иногда провоцирует развитие воспалительных процессов вокруг стержней, что требует более длительного лечения или их замены. Эластичный интрамедуллярный стержневой остеосинтез также имеет такие недостатки, но функции суставов при этом не страдают. Стержни должны вводиться таким образом, чтобы не выступали над костью, также не должны вводиться чрезмерно глубоко, что ведет к уменьшению силы напряженного состояния и создает технические трудности при удалении стержней. Эластичный интрамедуллярный стержневой остеосинтез является динамической системой, требующей постоянного врачебного наблюдения на всех этапах сращения.

Таким образом, остеосинтез диафизарных переломов у детей требует тщательного подбора показаний к оперативному лечению и вида остеосинтеза, который должен отвечать анатомо-функциональному состоянию растущего организма. Малая травматичность операции, сохранение функций суставов и комфортность металлических фиксаторов, которые предъявляются к методам фиксации костных отломков у детей. В этом плане интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями превосходит ныне существующие способы фиксации диафизарных переломов нижних конечностей. Полученные нами результаты показывают, что метод может широко использоваться у детей.

РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ходжанов И.Ю., Хакимов Ш.К., Касымов Х.А., Шоматов Х.Ш.

**Научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии**

Торакопластика относится к группе операций, проводимых с использованием сложных технологий и сопровождающихся большим количеством послеоперационных осложнений. Эти показатели служат критериями оценки результатов хирургической коррек-

ции. Среди них важную роль играют интра- и ранние послеоперационные осложнения, которые оказывают значительное влияние на активизацию пациентов в послеоперационном периоде.

В клинике детской травматологии Уз НИИТО на лечении в 2010-2012 гг. находились 44 пациента с врожденной деформацией грудной клетки. У 28 (63,6%) детей в возрасте до 11 лет коррекцию выполняли методом D. Nuss. в клинике детской травматологии, НИИТО МЗ РУз в период с 2010 по 2012 гг. У остальных 16 (36,4%) детей устранение осуществлено разработанными нами модификациями метода D. Nuss. Продолжительность операции D. Nuss составила $42,5 \pm 3,4$ мин, с использованием модификаций – от $65,7 \pm 5,9$ до $93,4 \pm 10,2$ мин ($p < 0,001$).

Известно, что операция D. Nuss часто сопровождается появлением пневмоторакса, который мы наблюдали у 3 (6,8%) больных; гемоторакс отмечался у 4 (9,1%), гомо-пневмоторакс – 2 (4,5%), подкожная эмфизема – у 4 (9,1%). Видимо, развитие интра- и ранних послеоперационных осложнений связано с техническими погрешностями при проведении пластины. Пневмоторакс и гомо-пневмоторакс купировали установкой дренажей на уровне второго межреберья, по среднеключичной линии с обеих сторон и однократной пункцией плевральной полости и откачиванием жидкости на уровне седьмого межреберья по заднеподмышечной линии, соответствующей плевральной полости. Подкожная эмфизема наблюдалась только при проведении модификации операции D. Nuss и не зарегистрирована при выполнении истинной операции D. Nuss. Это осложнение устранено удалением плевральных дренажей, активизацией пациентов и проведением небулайзерной терапии коктейлем, включающим эуфиллин 2,4% 5,0, преднизолон 30 мг 1,0 и димедрол 1% разбавленным физиологическим раствором 40,0 мл 3 раза в день на аппарате небулайзера фирмы Little Doctor (Германия). Курс лечения – 10-15 ингаляций. После этих назначений состояние больных улучшилось. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. При повторном обследовании рецидивов или осложнений, снижающих достигнутый эффект, не наблюдалось.

Таким образом, после операций по методу американского хирурга неизбежно развиваются различные осложнения, требующие тщательного ухода и ранней активизации пациентов в послеоперационном периоде.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПО ТИПУ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Шаматов Х.Ш., Хакимов Ш.К.

НИИ травматологии и ортопедии

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения костей предплечья по типу Монтеджи у детей.

Под наблюдением были 60 больных детей с переломами по типу Монтеджи, которых в 2000-2012

гг. оперировали в клинике детской травматологии, деформации грудной клетки и патологии позвоночника УзНИИТО.

При переломах типа Монтеджи после открытой репозиции костных отломков локтевой кости производится бескровное вправление головки лучевой кости с наложением аппарата Илизарова из 1,5 колец. Методика операции: аппарат Илизарова накладывается на предплечье; после репозиции костных отломков локтевой кости и вправления головки лучевой кости через верхнюю треть лучевой кости проводится спица Киршнера с упорной площадкой под углом 90 градусов в переднезаднем направлении, которая фиксируется к аппарату Илизарова. Для улучшения стабилизации на короткий срок проводится также одна трансартикулярная спица. С целью ранней разработки в локтевом суставе через короткое время можно будет снять фиксирующий функцию сустава спицу (через 7-10 дней), и сустав разработается.

Ближайшие и отдаленные результаты в сроки от 3 месяцев до 3 лет хирургического лечения у всех оперированных больных. Хороший результат получен у 42 (70%) больных, удовлетворительный – у 17 (28,4%), неудовлетворительный – у 1 (1,6%).

Использование при лечении переломов костей предплечья по типу Монтеджи разработанной нами конструкции создает условия для ранней разработки и полного восстановления функции локтевого сустава.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Каримов Х.М.

НИИ травматологии и ортопедии

В клинике детской травматологии УзНИИТО на обследовании и лечении находилось 27 детей, у которых имели место переломы двух и более сегментов нижней конечности. У 14 детей были односторонние переломы бедра и голени, у 13 – множественные переломы симметричных сегментов нижней конечности. В результате действия значительной травмирующей силы у большинства больных переломы сопровождались значительным смещением отломков.

У большинства больных проводили консервативное лечение системой постоянного скелетного вытяжения с закрытой репозицией с последующей гипсовой иммобилизацией. При переломах сегментов бедра и голени использование методики имело некоторые особенности. Переломы бедренной кости всегда сопровождались большим смещением отломков и требовали вправления на системе скелетного вытяжения. Для вправления и фиксации отломков голени считали целесообразным применять также систему скелетного вытяжения.

При диафизарных переломах бедра и голени на одноименной конечности методика консервативного лечения состояла в следующем. Под местным обезболиванием проводили спицы через надмыщелко-

вую область бедра и пяточную кость. Следует отметить следующую особенность: при переломах бедра в средней трети и выше спицу проводили через его надмыщелки на 0,5-1,0 см выше ростковой зоны, а при переломах бедра ниже средней трети спицу проводили за бугристость большеберцовой кости. Как показал наш клинический опыт, проведение спицы через надмыщелковую зону при низких переломах приводит к неправильному разложению тракционных усилий и смещению дистального отломка с образованием угловой деформации с вершиной, обращенной кпереди. Поэтому для создания осевой тракции целесообразно использовать проксимальный отдел большеберцовой кости. Через пяточную кость спицу проводили в области ее бугра. Спицы фиксировали и натягивали в скобах для вытяжения.

Систему скелетного вытяжения использовали у 12 больных с множественными переломами смежных и симметричных сегментов нижней конечности. У 6 из них были односторонние диафизарные переломы бедра и голени, у 1 – диафизарный перелом бедра и перелом дистального отдела голени, у 1 – перелом шейки бедра и диафиза голени, у 1 – диафизарный перелом голени и перелом плюсневых костей, у 3 – одновременный перелом диафизов обеих голеней.

Двум пациентам с переломами костей голени после безуспешного консервативного лечения скелетным вытяжением в связи с интерпозицией мягких тканей нами было проведено оперативное лечение с применением эластичных стержней. Одновременные переломы симметричных сегментов чаще удавалось лечить консервативно. Путем закрытой репозиции с последующей гипсовой иммобилизацией лечение получили 15 больных.

При изучении отдаленных результатов лечения множественных переломов длинных костей нижней конечности анатомо-функциональные показатели оценивали по клинито-рентгенологическим данным. Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет после травмы изучены у 18 больных со скелетным вытяжением и у 2 больных после оперативного лечения. Хороший исход (полный объем движений в суставах, отсутствие деформации) получен у 16 больных, удовлетворительный (полный объем движений, в ряде случаев жалобы на боли в суставе при перемене погоды) – у 4.

Таким образом, анализ результатов лечения множественных переломов нижней конечности показал, что хорошие анатомические и функциональные результаты достигнуты при лечении переломов консервативными методами, включающем лечение постоянным скелетным вытяжением и закрытую репозицию с фиксацией конечности в гипсовой повязке. В случаях оперативного лечения наиболее рациональным является использование щадящих и атравматичных способов фиксации.

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ОПЕРАЦИИ ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ У БОЛЬНЫХ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Пахмурин И.Р., Тен Д.О., Эгамбердиев Б.А.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Анализ данных литературы свидетельствует о возрастании удельного веса больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки юношеского возраста. В настоящее время наиболее частыми показаниями к хирургическому лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются ее осложнения, а также отсутствие эффекта от длительного консервативного лечения. Абсолютным показанием к оперативному лечению служит профузное кровотечение из дуоденальных язв.

На базе 1 хирургического отделения Андижанского филиала РНЦЭМП в 2011-2013 гг. по поводу кровотечения из дуоденальных язв у больных от 15 до 24 лет было произведено 64 операции. У всех больных использовали усовершенствованный способ антрумрезекции (Патент РУ № 3315), наложение гастродуодено- и гастроэнтероанастомоза (Патент РУ № 3314) с использованием декомпрессионного назогастродуоденального зонда (Патент № 3320).

2 больным выполнена первичная резекция желудка по Бильрот I, у 18 – селективная ваготомия (СВ) + антрумрезекция (АР) с гастродуоденоанастомозом (ГДА) по типу Бильрот I, у 8 – СВ+АР с гастроэнтероанастомозом (ГЭА) по типу Бильрот II, у 24 – иссечение кровоточащие язвы, 12 – ушивание кровоточащей дуоденальной язвы.

В ближайшем послеоперационном периоде нагноение послеоперационной раны отмечалось у 2 больных после ушивания язвы. Осложнения со стороны других органов в виде бронхопневмонии наблюдалось у 2 больных: у 1 после СВ + АР с ГДА и у 1 после классической резекции желудка по Бильрот I. Летальных исходов не было.

Таким образом, использование усовершенствованных методов операций при кровоточащих дуоденальных язв у больных юношеского возраста дает возможности значительно снизить частоту ранних послеоперационных осложнений.

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Пахмурин И.Р., Тен Д.О., Косимов Н.А.
Андижанский филиал РНЦЭМП

На базе кафедры ФУВ хирургических болезней и РНЦЭМП Андижанского филиала в 1-м хирургическом отделении в 2011-2013 гг. по поводу перфорации дуоденальных язв у больных юношеского возраста (15-24 лет) было произведено 64 операции (возраст больных 15 до 24 лет).

У 8 пациентов выполнена СПВ+иссечение дуоденальной язвы с дуоденопластикой, у 36 – иссечение дуоденальной язвы и дуоденопластика по нашему методу (Патент РУ № 2219), у 9 – ушивание дуоденальной язвы.

В раннем послеоперационном периоде у больных наблюдались нагноение послеоперационной раны, гастростаз, легочные осложнения.

После СПВ+иссечение дуоденальной язвы с дуоденопластикой отмечался у 2 гастростаз, у 1 – легочное осложнение, 5 больных выписаны без осложнений. После иссечения дуоденальной язвы с дуоденопластикой ранние послеоперационные осложнения развились только у 4 больных: у 2 нагноение послеоперационной раны, у 2 – легочные осложнения.

После ушивания дуоденальной язвы у 3 больных имело место гастростаз, у 2 – нагноение послеоперационной раны, у 1 – бронхопневмония.

Низкая частота ранних послеоперационных осложнений и отсутствие летальных исходов после операции по поводу перфорации дуоденальных язв у лиц юношеского возраста объясняется главным образом, тем, что операции у этих больных производятся в более ранние сроки, а также, более молодым возрастом, высокой сопротивляемостью организма, а кроме того усовершенствованием методики операции, рациональной профилактики ранних послеоперационных осложнений.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ И ПОЛИТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Хожибоев А.М., Карабаев О.В.

Ташкенский областной центр экстренной медицинской помощи

Жировая эмболия (ЖЭ) – это множественная окклюзия кровеносных сосудов каплями жира, в основе которой лежит гиперглобулинемия. ЖЭ при сочетанной и политравме встречается в 60-90% случаев. Однако, синдром жировой эмболии (СЖЭ), подразумевающий клиническую манифестацию наблюдается лишь в 5-10% наблюдений. Летальность при СЖЭ крайне высока – 47-67%

В ТОЦЭМП за период 2009–2014 гг. находились на лечении 8 (100%) больных с СЖЭ в различных стадиях клинических проявлений. Все больные были с тяжелыми сочетанными ЧМТ и повреждениями ОДА. СЖЭ наблюдался при повреждении от 2 до 4 сегментов костей (при односегментных повреждениях СЖЭ нами не наблюдался). Травмы сопровождались нарушениями сознания от умеренного оглушения до глубокой комы и травматическим шоком. Комплекс диагностических мероприятий и лечение больных проводились в отделении реанимации согласно стандартам оказания экстренной медицинской помощи. Клинические проявления СЖЭ, несмотря на профилактические мероприятия, развились у 2 (25%) детей на 2–3 сутки, у 6 (75%) детей после 4 суток. Лабораторное подтверждение СЖЭ в виде наличия жира в моче констатировано у 5 (62,5%)

детей. У 3 пациентов не смотря на явную клиническую картину лабораторного подтверждения СЖЭ не было. Комплекс профилактических и лечебных мероприятий рассматриваемого синдрома включал в себя: временную жесткую иммобилизацию конечностей, введение в/в 33% р-ра этилового спирта, Гепат-Мерц, эссенциале, эуфилина в возрастных максимальных дозировках.

После выведения из шока больные оперированы. У 4 (50%) больных, операции на головном мозге и ОДА, произведены последовательно, так как сдавление головного мозга внутримозжечковыми гематомами носило жизнеугрожающий характер. Травматологические операции произведены вторым этапом, после относительной стабилизации состояния и коррекции витальных функций. У 4 (50%) больных операции произведены симультанно. 2 (25%) больных скончались после операции в связи с наличием травмы, не совместимой с жизнью.

Необходимо отметить, что применение в/в 33% р-ра этилового спирта, как естественного эмульгатора жира в диагностическом дооперационном периоде осложняло контроль за динамикой неврологического статуса у рассматриваемой категории больных. Нивелирование неврологической симптоматики у больных с уровнем сознания оглушение–сопор, может привести к не правильной оценке тяжести ЧМТ, послужить признаком мнимого нарастания объема внутримозжечковой гематомы и тем самым показанием к необоснованной трепанации черепа. Все в комплексе приведет к усугублению тяжести состояния больного.

Таким образом: мы не рекомендуем применение в/в 33% р-ра этилового спирта детям с сочетанными ЧМТ и травмами ОДА находящимся в докоматозном сознании, до установления тяжести ЧМТ, определения показаний к нейрохирургическому вмешательству и определения тактики (последовательно или симультанно) хирургического лечения.

ПРОФИЛАКТИКА ЛИКВОРЕИ И ВТОРИЧНЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Хожибоев А.М., Карабаев О.В.

Ташкенский областной центр экстренной медицинской помощи

Переломы лобной пазухи с переходом на лицевой скелет осложняются назальной ликвореей (НЛ) в 80% случаев, что свидетельствует о повреждении ТМО в области передней черепной ямки, переломе решетчатой кости и верхней стенки орбиты, включении в травматическую зону лобной и этмоидальной пазух. В конечном итоге происходит сообщение полости черепа и околоносовых пазух. НЛ практически в 100% случаев сопровождается пневмоцефалией (ПЦ), что резко увеличивает опасность развития вторичных менингоэнцефалитов (МЭ) и абсцессов мозга. Способы обработки лобной пазухи при краниофациальной травме (КФТ) чрезвычайно разнообразны. Единой рекомендуемой методики операций в этой зоне у детей не существует.

Это обусловлено в основном ростом лицевого скелета у пациентов детского возраста.

В ТОЦЭМП в 2009-2014 гг. на лечении находились 5 (100%) детей с КФТ, осложненной НЛ и ПЦ. У всех больных имелись вдавленные проникающие переломы лобной пазухи с переходом на верхнюю стенку глазницы. Нами применено 3 методики операций при КФТ:

1) декомпрессия мозга путем удаления вдавленных костных отломков, слизистой пазухи с последующим дренированием пазухи ПХВ трубкой через носовое соустье – у 1(20%) ребенка.

2) удаление отломков кости и слизистой с последующей тампонадой пазухи мышечным лоскутом и первичной пластикой апоневрозом – у 2(40%) детей.

3) удаление отломков кости и слизистой с последующей тампонадой пазухи костозаменяющим материалом Остеоматрикс – у 2(40%).

Всем больным в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, противоотечная и сосудистая терапия. Заживление послеоперационных ран во всех случаях первичное. Летальных исходов не было.

У ребенка в 1 группе развился МЭ, что обусловило продолжительное, до 20 суток, нахождение в стационаре. Проведение санационных ЛП с введением эндolumбально антибиотиков до санации ликвора позволило купировать явления МЭ. Дренажи удалены на 4 сутки, после прекращения НЛ.

Во 2 группе у 1 ребенка отмечалась продолжающаяся в течении 3 дней НЛ и развитие МЭ, лечение которого проводилось так же как и у больного 1 группы. У одного ребенка 2 группы послеоперационное течение гладкое. Развития осложнений не наблюдалось.

У пациентов 3 группы продолжающейся НЛ и МЭ в послеоперационном периоде не отмечалось, больные выписаны в удовлетворительном состоянии после снятия швов. За счет полного заполнения пазухи костозаменяющим материалом последующей краниопластики не потребовалось так как «Остеоматрикс» стимулирует остеогенез, не теряет своего первоначального объема формы и веса, полноценно пломбирует и облитерирует лобную пазуху.

Вывод: костозаменяющий материал «Остеоматрикс» может применяться как эффективное средство для остановки НЛ и профилактики вторичных гнойных осложнений при КФТ у детей любого возраста..

ЎТКИР АППЕНДИЦИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРНИНГ ШИФОХОНАГА КЕЧ ТУШИШЛАРИ САБАБЛАРИ ТАҲЛИЛИ

**Хожиқурбонов Р.Т., Махмудов Н.И.
РШТЁИМФФ Олтиариқ субфилиали**

РШТЁИМФФ Олтиариқ субфилиалида 2011-2013 йиллар давомида 1-14 ешгача бўлган 186 нафар болалар ўткир аппендицит билан даволанганлар. 186 беморлардан, 164 (88,1 %) нафарида аппендэктомия операцияси бажарилган, 22 (11,9 %) беморларда ўткир

аппендицит диагнози стационарда кузатув ва текширувлардан сўнг истисно қилинган. 164 аппендэктомия бажарилган бемор болаларнинг 56 (34,1 %) ўткир катарал, 84 (51,2 %) ўткир флегмоноз, 24 (14,6 %) гангреноз, гангреноз перфоратив аппендицитлар аниқланди. Деструктив аппендицитлар билан оғриган беморларнинг 31 тасида маҳаллий сероз, 24 маҳаллий йирингли, 9 тасида тарқалган серозли, 4 тасида тарқалган йирингли, 2 тасида тарқалган йирингли нажасли перитонитлар аниқланди. Тарқалган перитонитларни барчасида ўрта-ўрта лапаротомия, аппендэктомия, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш операциялари бажарилди. Деструктив аппендицит диагнозлари билан операция қилинган беморлардан флегмоноз аппендицит билан 6 та (7,1%), гангреноз ва гангреноз перфоратив аппендицит билан операция қилинган беморларнинг 11 (46 %) стационарга 24 соат ва ундан кеч муддатларда етқизилганлиги аниқланди.

Беморларнинг стационарга кеч етқизилиши сабаблари таҳлил қилинганда 5 ҳолатларда амбулатория шароитида беморлар кўрилганда ўткир аппендицитни атипик кечиши туфайли врачлар томонидан ўз вақтида тўғри диагностика қилинмаганлиги, 12 ҳолатларда эса беморларнинг тиббий ёрдамга кеч мурожат қилишлари аниқланди.

Хулосалар. 1. Ўткир аппендицитни болаларда атипик кечиши, ўз вақтида аниқ диагноз қўйишни қийинлаштиради, бу эса беморларнинг стационарга кеч етқизилишига сабаб бўлиши мумкин, бундай ҳолатларда беморлар иложи борица стационар шароитида кузатув ва текшириш ишларини олиб бориш керак. 2. Аҳоли, айниқса еш ота-оналар ўртасида болаларда ўткир хирургик касалликлар тўғрисида билимларни кенг тарғибот қилиб тушунтириш ишларини олиб бориш беморларни стационарга кеч етқизилиши ҳолатларини камайтиради, юзага келиши мумкин бўлган асоратларни олдини олади.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ, СОЧЕТАННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

**Холматов А.А., Кулдашев К.А., Ташланов М.М.,
Юлдашев В.Б., Джаббаров С.К.**

**Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский
государственный медицинский институт**

Снижение объема циркулирующей крови (ОЦК) вследствие внутреннего и наружного кровотечения, несоблюдение правил транспортировки и иммобилизации, неправильный выбор обезболивания и должного метода лечения в различных периодах травмы создает своеобразную повышенную готовность к травматическому шоку, возникающую на фоне нормальных показателей артериального давления, что позволяет в этих случаях подразумевать «скрытый шок», который при тяжелых черепно-мозговых травмах (ЧМТ) может развиваться в течение 2 недель и позже. Как свидетель-

ствуют данные литературы, операции на конечностях должны быть осуществлены на 2-3 сутки постшокового периода, так как при этом количество возможных осложнений будет меньше, чем при операциях, выполненных в состоянии травматического шока.

Под нашим наблюдением были 1185 больных детей в возрасте до 15 лет, находившихся на обследовании и лечении в отделении детской нейротравматологии Андижанского филиала РНЦЭМП.

У 681 больного была черепно-мозговая травма, у 544 (80%) из них сочетанная травма, в том числе травма позвоночника и спинного мозга – у 190 (27,9%), травмы конечностей – у 266 (39%), травмы грудной клетки – у 115 (21,2%).

В условиях РНЦЭМП у больных с ЧМТ при повреждении опорно-двигательного аппарата (ОДА) нами применялась следующая тактика. На догоспитальном этапе выполняли лечебные мероприятия, направленные на остановку наружного кровотечения с наложением асептических повязок, проводили иммобилизацию предполагаемых поврежденных конечностей, обезболивание и своевременную правильную транспортировку, включая попутный транспорт. На госпитальном этапе медицинскую помощь начинали с проведения противошоковых мероприятий, направленных на возмещение ОЦК, с дальнейшей коррекцией и восстановлением витальных функций организма, нормализацию иммунной системы и обмен веществ. В ходе проведения лечебных мероприятий выполнялись необходимые диагностические исследования: клинические, лабораторные, рентгенологические, электрофизиологические и др.

При выявлении критического состояния, возникшего вследствие травмы (асфиксия, кровотечение, повреждение внутренних органов), выполнялись оперативные вмешательства, последовательность которых зависела от жизненных показаний. На поврежденных конечностях выполнены малоинвазивные вмешательства.

Таким образом, своевременное проведение комплекса диагностических и лечебных мероприятий позволяют уменьшить летальность в остром периоде сочетанной травмы.

ИЗМЕНЕНИЕ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ

Холматов А.А., Кулдашев К.А., Ташланов М.М., Косимов Б.О., Гафурова М.Ш.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

В отделении детской нейротравматологии у 57 из 681 больного с закрытыми и открытыми травмами головного мозга в динамике изучено состояние свертывающей системы крови. Мы используем следующие показатели, позволяющие характеризовать систему свертывания крови: время свертывания цельной крови по Ли и Уайту (с), время рекальцификации оксалатной плазмы по Бергергофу и Рока (с), толерантность плаз-

мы к гепарину (с), протромбиновое время и индекс тромботест (степень), фибриноген по Рутбергу (%), количество гепарина в крови (ед.), собственная ретракция кровяного сгустка, (%) кальций (мг%), тромбоциты (тыс.), тромбоэластография.

Первые исследования выполняются в день поступления больного, затем на 3 и 7 дни и перед выпиской. Исследование выявило резкую границу между факторами свертывания крови у здоровых и больных с сотрясением мозга разной степени. Так, у больных с сотрясением легкой степени время кровотечения по сравнению с нормой в среднем укорочено на 20%, время свертывания – на 22%, рекальцификации – на 16%, толерантность плазмы к гепарину повышена на 13%, тромбиновое время укорочено на 15%, уровень свободного гепарина снижен на 20%, ретракция сгустка повышена, концентрация фибриногена увеличена на 0,1 %, содержание кальция в норме, количество тромбоцитов увеличено на 16%, тромботест седьмой степени. Изменения этих показателей, но более выраженные, регистрировались отмечены у больных с сотрясением мозга средней и тяжелой степени.

Таким образом, полученные нами данные позволяют считать, что при черепно-мозговой травме с сотрясением головного мозга, несомненно, изменяются факторы системы свертывания крови, но эти изменения быстро, через несколько дней, выравниваются. При черепно-мозговых травмах с ушибом головного мозга легкой и средней степени изменения имеют более глубокий характер и выравниваются медленно. Можно сделать заключение, что в отдельных случаях возрастает опасность внутримозгового осложнения (геморрагия или тромбы мозговых сосудов), для устранения которых может потребоваться хирургическое вмешательство или терапевтическое воздействие.

ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ

Холматов А.А., Юлдашев В.Б., Кулдашев К.А., Муйдинов М.М., Тухтаев Ж.Ж., Исмоилов О.О., Уринбоев О.А., Кодиров А.У.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

В отделении детской нейротравматологии АФ РНЦЭМП у 38 больных с травматическими повреждениями кожи и открытых переломах нами применена методика лечения с использованием сорбентов. Пострадавшие были в возрасте от 4 до 15 лет. 12 больных поступили с открытыми переломами костей голени и предплечья, у 8 наблюдались обширные, размозженные, скальпированные раны в области локтевого сустава; с повреждениями предплечья кисти было 7 пациентов, коленного сустава – 5, голеностопного сустава 6 больных.

В процессе лечения использовались гранулы активированного угля, которые предварительно стерилизовали термическим методом, благодаря которому сорбционные свойства активированного угля не из-

менялась. Перед применением активированного угля его смешивали с равным объемом гипертонического раствора натрия хлорида. Уже на 2 сутки после применения препарата наблюдались заметная дегидратация тканей с уменьшением отека, менялся характер раневого отделяемого, который из гнойно-некротического становился прозрачным, сукровичным. На 3-4 сутки лечения общее состояние больных значительно улучшалось, у них нормализовался сон, улучшался аппетит, уменьшалась интенсивность боли в ране. На 5-7 сутки наблюдалось сокращение площади раны почти на 20-25% по сравнению с контролем, то есть, при обычном традиционном лечении раны с использованием мазей, антисептиков.

При применении активированного угля заживление раны идет под искусственным струпом, образованным сорбентом. Объективно на 2-3 сутки температура тела снижалось до нормальных величин, уменьшалось тахикардия. В крови уменьшался лейкоцитарный индекс.

Параллельно с местным лечением проводилось общеукрепляющее лечение: больным назначали витамины группы В, С, антибиотикотерапию, биостимуляторы. По показаниям проводили инфузии разных жидкостей, крови, кровезаменителей; при необходимости подключали иммуностимулирующую терапию.

На 5-7 сутки рана очищалась от некротических тканей, заполнялась яркими жизнеспособными грануляциями, с краев начиналась эпителизация. Тактика дальнейшего лечения зависела от размеров раны.

Таким образом использование сорбентов из активированного угля при лечении обширных поврежденных кожных покровов при открытых переломах костей конечностей дает положительные результаты: улучшается течение раневого процесса, быстро проходит очищение ран, раньше начинается образование грануляционной ткани.

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТРАВМЫ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Холматов А.А., Дадажонов Р.Ш.,

Тухтаев Н.М., Ташланов М.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

При травматических поражениях поясничных позвонков с утратой фиксирующей роли диска и связочного аппарата позвоночного сегмента возникают условия для патологической подвижности в сегменте.

При спондилолистезах основными диагностическими методами обследования больных являются спондилография, КТ и МРТ.

Цель работы. Усовершенствование методов диагностики при травмах поясничных позвонков, позволяющих не только выявить патологические изменения, но и определить их характер, уточнить распространенность и степень выраженности поражений.

Материал и методы. Спондилографии, КТ и МРТ

проведены у 27 детей с травмами поясничных позвонков, госпитализированных в отделение детской нейро-травматологии в 2013 г.

Обзорная спондилография в 2 проекциях является обязательным стандартом обследования больных с травмами позвоночника на поясничном уровне. Функциональная спондилография проводится при наличии нестабильности в позвоночных сегментах.

Обзорная и функциональная спондилография дают информацию о локализации и степени деформации позвоночного канала и межпозвонковых отверстий, травматических изменениях сегментов позвоночника, избыточной подвижности позвонков. Функциональная спондилография позволяет выявить наиболее раннюю фазу смещения, динамику смещений позвонков на протяжении длительного времени, ограничение объема движений в позвоночном сегменте.

Возможности рентгенодиагностики при исследовании позвоночника значительно расширились с использованием более информативных КТ и МРТ, так как они позволяют оценить состояние мягких тканей, включая межпозвонковый диск и спинной мозг.

При изучении спондилограмм мы придерживались схемы рентгеноанатомического анализа, то есть изучали состояние позвонков (форма, размеры, структура, контуры, замыкательные пластинки), межпозвонковых пространств (дисков), дужек и отростков, дугоотростчатых суставов, взаимоотношения между позвонками, осью позвоночника и мягкими тканями, так как изменения как врожденного, так и приобретенного характера всех указанных элементов двигательных сегментов позвоночника могут быть причиной смещений поясничных позвонков. Как уже отмечалась, спондилография, КТ, МРТ являются основными диагностическими методами и используются при обследовании больных с травмами поясничных позвонков.

ДЕКОМПРЕССИОННАЯ ФАСЦИОТОМИЯ ПРИ ТУННЕЛЬНЫХ СИНДРОМАХ У ДЕТЕЙ

Хомиджонов И.Б., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Туннельный синдром представляет собой клинический симптомокомплекс, обусловленный сдавлением сосудов и нервов в анатомических каналах или туннелях в результате повышения интрафасциального футлярного давления, после которого нарушается чувствительность и кровообращение, приводящее к гангрене конечности.

Недостаточное знакомство с клиническими проявлениями туннельного синдрома приводит к тому, что врачи начинают думать о повышении интрафасциального давления в относительно поздние сроки, когда развивается картина недостаточности кровообращения. Этим можно объяснить факт поздней доставки больных и задержку оказания специализированной помощи.

В отделении сосудистой хирургии и микрохирургии

ФФРНЦЭМП в 2002–2013 гг. на лечении находились 18 детей с явлениями повышения внутрифасциального давления. Причиной туннельного синдрома у 12 детей явилось сдавление сосудисто-нервного пучка сместившимися суставными концами при переломовывихах после наложения гипсовых лонгет травматологами, у 4 – нераспознанная сочетанная костно-сосудистая травма, у 2 – тупая травма с нарастающей гематомой, после наложения гипсовой лонгеты.

Хирургическая тактика заключалась в лечебной открытой фасциотомии, проводимой преимущественно над проекцией сосудисто-нервных пучков. После широкого вскрытия фасциальных влагалищ из мышечного ложа мышца полностью освобождалась от сдавления. Визуализировался сосудисто-нервный пучок, определялась проходимость сосуда, при спазме сосуда производилась десимпатизация, вводились спазмолитики. Оценивалась жизнеспособность сдавленных мышц (по цвету мышцы, наличию в ней кровотока), тусклые серо-грязного цвета или по типу «рыбьего мяса», лишенные кровотока участки мышцы резецировались. При развившихся глубоких некрозах выполняли этапные некрэктомии. У 1 больного раннее восстановление проходимости сосуда в заведомо инфицированной ране явилось единственным средством сохранения конечности.

После очищения ран от некротических тканей и появления сочных грануляций, уменьшения отека, восстановления пульсации периферических артерий рану закрывали вторичными швами или аутодермаопластикой. Больным назначали прямые антикоагулянты, дезагреганты, конечности придавали возвышенное положение.

В послеоперационном периоде у пациентов уменьшался болевой и отечный синдромы, парестезии.

Благодаря проведенным мероприятиям у 16 детей получены хорошие результаты. У 2 пациентов отмечались выраженные дегенеративные изменения конечности, требующие ряда дополнительных операций и длительного реабилитационного лечения.

Таким образом, лечение туннельных синдромов конечностей у детей необходимо проводить в специализированных отделениях. Основным в лечении туннельного синдрома является экстренная открытая фасциотомия, которая позволяет добиться удовлетворительных функциональных результатов.

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ, ОСЛОЖНЕННЫЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ С ПЕРЕХОДОМ В ИНВАГИНАЦИЮ КИШЕЧНИКА

Худоёров Р.С., Худоёров К.Р., Акрамова Н.Ш.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Частота дивертикула Меккеля у детей, по разным данным, составляет 1–4%, соотношение мужчин и женщин примерно 2:1, в случае осложнений даже 5:1.

Исъявление дивертикула Меккеля возникает вследствие наличия островков гетеротопической слизистой желудочного типа или ткани поджелудочной

железы.

Клиническая картина дивертикула Меккеля в детском возрасте характеризуется скудными проявлениями, сопровождающимися необильным кровотечением, возникающим периодически, с большими промежутками и часто не замеченным родителями. Больные неоднократно обследуются в различных стационарах, но причина кровавых выделений из прямой кишки не получает правильной оценки. Как правило, часто кульминацией дивертикула Меккеля у детей является инвагинация с полным выворачиванием его в просвет кишки.

В Бухарский филиал РНЦЭМП был госпитализирован больной С.М., 2001 г.р. с жалобами на приступообразные боли, тошноту, однократную рвоту, и повышение температуры. Из анамнеза: считает себя больным в течение 9 часов. Болезнь началась приступообразными болями с последующим усилением, наблюдалась тошнота и однократная рвота, отмечается повышение температуры тела до 38,30 °С. Жизненный анамнез: у больного в 2,5 года возрасте наблюдался стул с примесью чистой крови, по поводу чего он несколько раз обследовался и лечился стационарно в клиниках республики с диагнозом: эрозивный проктосигмоидит. В период лечения иногда наблюдались кровотечения.

Общее состояние больного тяжелое. Сознание ясное. Нет признаков интоксикации организма. Кожа чистая. Дыхание и пульс ровные, учащены. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны приглушены. При пальпации живот вздут, мягкий, в правой подвздошной и подреберной области болезненный, определяется образование. Печень, селезенка и почки не увеличены, безболезненны. Мочеиспускание в норме, моча прозрачная. Стула не было, газы не отходили. При рентгенографии свободного газа и чаш Клойбера не выявлено.

Больному был установлен предварительный диагноз: острая инвагинация кишечника. После предоперационной подготовки выполнена операция: правосторонняя трансректальная срединная лапаротомия, дезинвагинация, резекция подвздошной кишки, с наложением анастомоза подвздошной кишки конец в конец, аппендэктомия, аппендицитоэнтеростомия, дренирование брюшной полости.

Интраоперационно выявлено: на 35 см выше соска Баумгера 25 см подвздошной кишки почернело и некротизировано, по этому из проксимальной части петли этого кишечника 15,0 см и с дистальной части 10,0 см была произведена резекция в области здоровой части ткани. Установлен анастомоз конец в конец, удален вторично измененный аппендикс. Полость кишечника дренирована с целью декомпрессии дренирована и брюшная полость.

Послеоперационный диагноз: подвздошно-слепободочная тройная инвагинация кишечника с некрозом петли подвздошной кишки. Инвагинированный в просвет подвздошной кишки дивертикул Меккеля.

Вторичный флегмонозный аппендицит.

Макропрепарат: подвздошная кишка некротизирована, при пальпации 25,0 см в петле резецированного участка было обнаружено образование размером 12,0х2,5 см, при продольном разрезе петли и вскрытия ее полости был обнаружен инвагинированный дивертикул Меккеля. Дивертикул утолщен, инфильтративный и имеет язвы на слизистой поверхности.

Проведено стандартное послеоперационное лечение. Рана с первичным заживлением.

Таким образом, в данном случае причиной кровотечений явился дивертикул Меккеля, а развития инвагинации – расположение инвагинированного дивертикула Меккеля в петли подвздошной кишки, что и привело к сложной инвагинации.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА

Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш., Норов М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Статистические данные, приведенные на Симпозиуме детских хирургов в Лионе (2001), свидетельствует, что послеоперационная летальность у детей с болезнью Гиршпрунга (БГ), оперированных в возрасте до 2 мес., составляет 44%, от 2 месяцев, до 1 года – 17%, старше года – 3,7%. Несмотря на это тенденция к раннему оперативному вмешательству сохраняется.

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов радикальной коррекции БГ у детей до одного года и старших возрастных групп.

Материал и методы. В 2000-2013 гг. в клинике кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ оперативное лечение БГ проведено у 144 детей, из них детей в возрасте до одного года – 41 (28,5%). Мальчиков было 116 (80,6%), девочек – 28 (19,4%).

Всем больным проводилось комплексное клинко-рентгенологическое, МСКТ в режиме виртуальной колоноскопии, эндоскопическое и ультразвуковое исследование толстой кишки. Резецированные участки кишечника подвергнуты морфологическому исследованию.

Ректосигмоидальная форма БГ имела место у 82 (56,9%) больных, ректальная – у 54 (37,5%), сегментарная – у 3 (2,1%), субтотальная – у 4 (2,8%), тотальная – у 1 (0,7%).

У 35 (85,4%) из 41 ребенка до одного года выполнена одноэтапная коррекция. У 6 (14,6%) пациентов радикальная операция проводилась после наложения выше зоны сужения разгрузочной стомы, которую ликвидировали во время радикальной коррекции. Коррекция порока у больных обеих групп осуществлялась по методике Soave в модификациях А.И. Ленюшкина (у 6) и Boley (у 35). Низведенную культю кишечника при операции Soave в модификации А.И. Ленюшкина иссекали на 12-16 сутки после основного этапа операции.

Результаты. Мы отдаем предпочтение ликвидации калового завала, обусловленного БГ, с помощью сифонных клизм, которые проводятся в течение 12-14

дней. Показанием к наложению разгрузочной стомы у 5 больных были – признаки тотального вторичного мегаколона с явлениями выраженной каловой интоксикации, у 1 – разлитой каловой перитонит, возникшая перфорация толстой кишки в зоне аганглиоза при введении газоотводной трубки.

При сравнительном анализе течения операций, сложности их выполнения, частоты и характера интраоперационных осложнений и непосредственных и отдаленных результатов у детей, оперированных в возрасте до одного года и старшего возраста, статистически значимых различий не выявлено.

Летальных исходов не было.

Технические сложности при демуккозации кишечника, сопровождавшиеся повреждением целостности слизистой кишечника, возникли у 4 больных. Тщательная дооперационная подготовка кишечника и меры по профилактике интраоперационного диссеминирования инфекционного процесса позволили предупредить развитие грозного осложнения – абсцесса в междуплечном пространстве.

Хорошие отдаленные результаты получены у 90% и детей до одного года и у 80% соответственно в группах оперированных детей до одного и старше года.

Анализ нашего материала с оценкой ближайших и отдаленных результатов лечения свидетельствует о преимуществах ранней радикальной коррекции БГ с использованием первичной радикальной коррекции у детей до одного года. При этом показания к наложению колостомы уменьшились до минимума.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Шамсиев Ж.А., Муталибов И.А.,

Муталибов А.И., Алиев Б.П.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ педиатрии

В отделении хирургии новорожденных Самаркандского филиала детской хирургии РСНПМЦ педиатрии в последнее 5 лет (2009-2013 гг.) на лечении находились 48 больных в возрасте до трех месяцев с ущемленными паховыми грыжами с давностью ущемления от трех часов до двух суток. 33 больным ущемленные грыжи давностью до 12 часов разущемлены консервативно. Для этого всем детям мужского пола с ущемленными паховыми грыжами без выраженных воспалительных изменений в области грыжевого выпячивания и выраженных явлений кишечной непроходимости проведен комплекс консервативных мероприятий с созданием условий для самопроизвольного вправления грыжевого выпячивания. С этой целью после премедикации на область грыжи прикладывали теплые грелки на 15-20 минут, после чего у 21 больного ущемленные грыжи разущемлились самопроизвольно. У 12 детей проведено мануальное закрытое вправление грыжевого выпячивания путем деликатной тракции грыжевого выпячивания по направлению от мошонки по ходу пахового

канала с одномоментной ее компрессией. Длительность консервативного лечения не превышала двух часов. Если в течение этого времени грыжа не вправлялась, то формировали показания к оперативному лечению.

В предоперационной подготовке нуждаются дети с ущемленной паховой грыжей, осложненной развитием флегмоны грыжевого выпячивания, явлениями острой кишечной непроходимости с нарушениями гемодинамики, а также со значительной длительностью ущемления (свыше одних суток), либо с соматическими заболеваниями в зависимости от тяжести состояния. Предоперационная подготовка включала проведение инфузионно-трансфузионной и антибактериальной терапии длительностью не более 2-4 часов.

В экстренном порядке оперированы поздно поступивших 15, из них 12 мальчиков и 3 девочки. У 3 больных обнаружен некроз ущемленной части кишечника, 2 из них выполнена резекция кишечника с наложением анастомоза в 1 случае наложение терминальной илеостомии. У 1 ребенка обнаружено ущемление илеоцекального угла вместе с измененным аппендикулярным отростком в связи с чем произведена аппендэктомия. У 2 из 3 оперированных девочек отмечался некроз ущемленного яичника с придатками матки. У остальных 9 пациентов признаков ишемии с некрозом не обнаружено, в связи с чем операция заключалась в вправлении содержимого в брюшную полость с последующей пластикой пахового канала.

Хирургическое вмешательство проводили под общим обезболиванием после общепринятой премедикации. Операцию по поводу ущемленных грыж проводили наиболее квалифицированные врачи, а во время дежурства – старший хирург бригады.

Таким образом, своевременная диагностика ущемленных паховых грыж у новорожденных в ранние сроки с последующим консервативным и плановым лечением позволяет уменьшить число осложнений и снизить риск, всегда присутствующий при экстренных операциях.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Шамсиев Ж.А, Рязанцев В.А.,

Бобоёров К.Р., Абдуллаева Р.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ педиатрии

В 2011-2013 гг. в ОРИТ поступили 57 больных с кишечной непроходимостью: оперированы 39, не оперированы 3, лечились консервативно 15. После операции умерли 6 пациентов. С перитонитом новорожденных поступили 20 детей. 16 было прооперированы, умерли 4 ребенка.

При поступлении для декомпрессии желудка вводили зонд и налаживали постоянную эвакуацию же-

лудочного содержимого. Зонд оставляли в желудке на весь период операции и в послеоперационном периоде до появления перистальтики кишечника. Значительные потери жидкости быстро приводят к тяжелой дегидратации, вплоть до гиповолемического шока. Поэтому инфузионную терапию начинали сразу же при поступлении. При подозрении на заворот кишки операцию проводили в экстренном порядке. Подготовка в этом случае ограничивалась 0,5-1 ч, проведением инфузионной терапии 10-15 мл/кг/ч и коррекции КОС, назначали гемостатические препараты, обезболивание (тримеперидин в дозе 0,5 мг/кг), при необходимости – ИВЛ. У всех детей проводили катетеризацию центральной вены, так как предполагалось проведение длительной инфузионной терапии в послеоперационном периоде.

Предоперационная подготовка новорожденного с перитонитом зависела от причины и обычно занимала 2-4 часа и была направлена на борьбу с интоксикацией, коррекцию гемодинамических, водно-электролитных и метаболических нарушений. Премедикация обычная за 40 мин до операции. Наркоз эндотрахеальный системой Эйера-Мопласана. Введение в наркоз осуществлялась внутривенным (кетамин, оксибутират натрия, диазепам, промедол) способом. Интубация трахеи производилась после введения деполаризующих миорелаксантов.

Поддержание осуществлялось разными способами (НЛА, промедол, кетамин). После операции ребенок помещался в условия микроклимата. Если операция была минимальной и нетравматичной, после восстановления перистальтики, обычно на 2 сутки, начинали кормление. Инфузионную терапию проводили с учетом имеющихся типа и степени дегидратации. Большинству детей после операции было показано проведение продленной ИВЛ в течение 1-5 суток. В послеоперационном периоде обезболивание проводили внутривенной инфузией опиоидных анальгетиков: фентанил в дозе 3-7 мкг/кг/ч или НПВС. Инфузионная терапия проводилась из расчета 10-15 мл/кг в ч и включала растворы глюкозы, реополиглюкина, альбумина, плазмы или препаратов ГЭК. Кроме того, осуществляли симптоматическую терапию, направленную на улучшение деятельности сердца и симпатико-адреналовой системы.

Антибактериальная терапия обязательно включала препараты с активностью по отношению к анаэробным бактериям. При этом необходим контроль микроэкологического статуса, осуществляемый минимум два раза в неделю. Через 12-24 ч после операции назначали препараты, стимулирующие перистальтику кишечника. Анестезия при операции по поводу перитонита практически не отличается от таковой при кишечной непроходимости. Предпочтение отдавали эндотрахеальному комбинированному обезболиванию. Сразу по окончании операции и наркоза иногда была необходима продленная ИВЛ на 3-6 ч, с поледующей ингаляцией O_2 . Инфузионную терапию, начатую в предопераци-

онном периоде, продолжали во время операции и в послеоперационном периоде.

Борьбу с парезом кишечника и парентеральное питание осуществляют так же, как и у детей с врожденной кишечной непроходимостью. Для лечения нарушений сердечной деятельности применяли сердечные гликозиды, препараты, улучшающие метаболизм сердечной мышцы. С целью стимуляции защитных сил организма переливали СЗП. Энтеральное кормление начинали с 5 мл грудного сцеженного молока только после восстановления перистальтики и пассажа по желудочно-кишечному тракту. Такая тактика обеспечивала относительно благоприятное течение послеоперационного периода.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ЧРЕЗМЫШЕЦКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

*Шерматов С.А., Топволдиев С.А., Юлдашев З.Ш.,
Насриддинов С.А.*

Ферганский филиал РНЦЭМП

В 2013 г. мы наблюдали 35 детей с осложненными чрезмышечковыми переломами плечевой кости. У 18 (51,4%) из них был применен метод закрытой репозиции с последующей фиксацией задней гипсовой лонгетой. Метод скелетного вытяжения использован у 7 (20%) больных, оперативный метод применен у 10 (28,5%).

Пациенты были разделены на 4 группы:

1-я группа – дети с переломами без смещения, либо с незначительным смещением;

2-я группа – дети со значительным смещением отломков, у которых сохранен контакт между отломками;

3-я группа – дети с переломами с полным разобщением отломков, с захождением по длине на 1-1,5 см. Контакт “бок в бок”. Возможны неврологические нарушения. Сосудистых нарушений нет;

4-я группа – чрезмышечковые переломы с полным смещением. Захождение по длине до 5 см и более, с явными признаками интерпозиции мягких тканей, сосудистыми и неврологическими нарушениями.

У детей 3-й и 4-й групп мы перешли к активной хирургической тактике. Получены следующие результаты: раны заживали первичным натяжением, регресс неврологической симптоматики начинался с первых суток после операции, и в течение 1-2 недель восстанавливалась нарушенная иннервация. Восстановление кровообращения часто наблюдалось непосредственно на операционном столе после стабилизации отломков. Вторичных невритов не отмечалось. Восстановление функции локтевого сустава происходило в те же сроки, что и у больных, леченных консервативными методами.

Выводы: 1. Предложенная нами система разделения пациентов на группы по степени повреждения

мягких тканей в зоне перелома позволяет подходить к выбору метода лечения индивидуально. 2. При выборе тактики лечения у детей 1-й и 2-й группы предпочтение следует отдавать консервативным методам, а 3-й и 4-й групп расширять показания к активному хирургическому методу. 3. Один из наиболее прогрессивных, надежных и щадящих методов лечения этих больных мы считаем метод стабильного, функционального остеосинтеза с применением модификаций аппарата Илизарова.

БОЛАЛАРДА БИЛАК ВА ТИРСАК СУЯКЛАРИ ДИАФИЗИДАН СИНИБ СИЛЖИШЛАРИНИ ОПЕРАТИВ УСУЛДА ДАВОЛАШ

Шодмонов Б.Р., Эрназаров Х.М.,

Нуруллаев Д.Я., Аллаев Д.Х.

РШТЎИМ Қашқадарё филиали

РШТЎИМ Қашқадарё филиали Қўшма шикастланганлар бўлимида билак ва тирсак суякларини диафизидан синиш силжишлари билан 2011-2013 йиллар давомида 14 ёшгача бўлган 79 та бемор оператив усулда даволанган. Беморларни ёшига ва синиш локализациясига қараб таҳлил қилганимизда қуйидагиларни аниқладик: билак ва тирсак суякларини юкори диафизидан синиб силжиши 16 (20,2%)та болаларда бажарилган бўлиб шундан 7 ёшгача бўлган болаларда 3та, 8-10 ёшгача бўлган болаларда 7та, 11-14 ёшгача бўлган болаларда 6та; билак ва тирсак суякларини ўрта диафизидан 42 (53,2%)та болаларда бажарилган бўлиб шундан 7 ёшгача бўлган болаларда 5 та, 8-10 ёшгача бўлган болаларда 15та, 11-14 ёшгача бўлган болаларда 22та; билак ва тирсак суякларини пастки диафизидан синиб силжиши 21(26,6%)та болаларда бажарилган бўлиб, шундан 7 ёшгача бўлган болаларда 4та, 8-10 ёшгача бўлган болаларда 9та, 11-14 ёшгача бўлган болаларда 8 та беморларга оператив даво ўтказилган.

Билак ва тирсак суякларини диафизидан синиб силжишларида даволаш усулларини танлаш беморни шикастланиш вақти, даражаси, еши ва синиқ характерига боғлиқ. РШТЎИМ Қашқадарё филиалига мурожат қилган беморлардаги барча синишлар репозиция қилиб кўрилганда синиқлар жойлашмаган ҳолатларда ва очиқ синиб силжишлар тўғридан-тўғри оператив усулда даволанди. Тирсак ва билак суякларини алоҳида кесмалар билан очилиб канал ҳолатига қараб Каплан, Илизаров спицалари, стерженлар, штопорлар билан интрамедуляр остеосинтез бажарилди. 4 та (5%) беморда билак ва тирсак суякларини диафизидан қайта синиши туфайли канал суякланганлиги учун канал парма билан қайта очилиб фиксацияланди.

Болаларда билак ва тирсак суякларини диафизидан синиб силжишини ўз вақтида оператив усулда даволаш бундай синишлардан кейин кузатиладиган асоратларни олдини олади. Бурчак остида деформация, пронация ва супинацияни чекланиши, репозициядан сўнг 7-10 кунлари силжиб кетиши, суяклар силжиши билан нотўғри ва кучсиз битганида болалар қайта

травма олишлари туфайли «қайта синиш-рефрактура» ҳолатларини кузатилиши фақат оператив усул билан доволанишини тақазо этади. Боланинг ёшига қараб спица еки стерженлар 3-4 ойдан сўнг олинади. Операциядан сўнг гипс боғлам ешга қараб 3-4 ҳафтагача кўйилади. Бу эса билак-кафт-бармоқлар функциясини эрта тикланишига ёрдам беради.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОМФАЛОЦЕЛЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эргашев Б.Б., Эшканилов Ш.Д., Рузметов И.Б.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканский перинатальный центр**

Цель исследования. Выбор наиболее эффективного способа оперативной коррекции омфалоцеле у новорожденных.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находился 41 больной с грыжей пупочного канатика, Из них – 25 (60,9%) мальчиков и 16 (39,1%) девочек. Доношенными родились 33 (80,5%), недоношенными – 8 (19,5%) детей. У 10 (24,4%) больных омфалоцеле диагностировано антенатально. Средний срок антенатальной диагностики – 29 нед. Всем больным при поступлении, кроме общеклинических методов исследования, проведены обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ внутренних органов, содержимого грыжевого мешка, ЭхоКГ и нейросонография.

Результаты. У 9 (22%) наших больных выявлено омфалоцеле больших, у 23 (56%) – средних и у 9 (22%) – малых размеров. У 10 (24,4%) новорожденных отмечались осложненные формы омфалоцеле, у 31 (75,6%) – неосложненные. Множественные аномалии развития выявлены у 14 (34%) новорожденных, монопорок – у 27 (66%).

Оперативное вмешательство выполнено – 34 (83%) больным, консервативное лечение получали 7 (17%). При омфалоцеле малых и средних размеров (32 больных) проведена радикальная операция. У 4 больных пластике передней брюшной стенки предшествовала резекция дивертикула Меккеля, у 3 детей одновременно произведена коррекция мальротации кишечника. У одного новорожденного с ятрогенным повреждением содержимого грыжи осуществлена резекция тонкого кишечника с наложением анастомоза конец в конец, а у другого случае из-за некроза кишечника и перитонита пластика передней брюшной стенки сочеталась с наложением илеостомы. 5 (12%) новорожденным с омфалоцеле больших размеров, из-за выраженной висцеро-абдоминальной диспропорции выполнена этапная операция. При этом после обработки элементов пупочного канатика, ревизии и мануального растяжения брюшной полости к краям дефекта был подшит мешок Шустера на 8-10 суток с ежедневным уменьшением объема мешка. В течение этого периода дети находились на ИВЛ, в состоянии релаксации. За этот период отмечалось значительное вправление содержимого грыжевого мешка и рост брюшной полости, что позволило провести радикальную пластику передней

брюшной стенки у 2 больных и создать вентральную грыжу у 3.

Умерли 15 (36,6%) детей, из них 13 – в послеоперационном периоде и 2 детей с омфалоцеле больших размеров лечившихся консервативно.

Таким образом, этапная коррекция омфалоцеле больших размеров с использованием мешка Шустера позволяет эффективно ликвидировать висцеро-абдоминальную диспропорцию в короткие сроки. Методом выбора при малых и средних размерах омфалоцеле является радикальная пластика передней брюшной стенки с одновременной коррекцией сопутствующих пороков брюшной полости.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Эргашев Б.Б., Абдуганиев А.А., Мухтаров Ж.У.,
Ихтиеров Т.В.,*

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканский перинатальный центр**

Цель исследования. Выбор оптимального способа хирургической коррекции дуоденальной непроходимости у новорожденных.

Материал и методы. Нами в отделении неонатальной хирургии РПЦ оперированы 34 ребенка различными формами дуоденальной непроходимости, из них 21 (62%), мальчики и 13 (38%) девочек, доношенных детей было 27 (79,4%), недоношенных – 7 (20,6%). Множественные и сочетанные пороки развития (синдром Дауна, ВПС, атрезия пищевода, аноректальные аномалии) выявлены у 6 (17,6%) обследованных. У 25 (73,5%) новорожденных характерный для высокой кишечной непроходимости, симптом «double-bubble» выявлен в антенатальном периоде, у 9 (26,5%) – постнатально. Для исключения сопутствующих аномалий развития всем детям проведены УЗИ внутренних органов, нейросонография и эхокардиография.

Результаты. У 6 (35%) детей выявлена атрезия двенадцатиперстной кишки (ДПК), у 2 – мембрана ДПК, у 19 (32,4%) кольцевидная поджелудочная железа, у 2 (20,6%) – стеноз ДПК, у 5 больных дуоденальная непроходимость было обусловлена синдромом Ледда. Продолжительность предоперационной подготовки составил в среднем 3 дня. Характер операции зависел от вида дуоденальной непроходимости. 16 (47%) больным выполнен дуодено – дуоденоанастомоз бок в бок по Кохеру, 4 (12%) детям – дуодено-дуоденоанастомоз по технологии Кимура, и в 3 (9%) случаях – обходной дуодено – дуоденоанастомоз конец в бок. 2 (6 %) детям был наложен дуодено-еюнальный анастомоз, 2 (6 %) детям было выполнено иссечение мембраны двенадцатиперстной кишки, в 2 (6 %) случаях выполнена дуоденотомия с поперечным ушиванием и в 5 (15 %) случаях операция Ледда. Уровень непроходимости у 32 (97%) детей располагался ниже большого дуоденального соска, у 2 (3%) выше.

Летальность составила 44,1% (15 детей). Причина-

ми летальных исходов явились МВПР – у 6 (40%) родовая травма у 2 (13%) присоединение или реализация сепсиса, некротический энтероколит у 3 (20%) недоношенность и тяжелый соматический фон у 4 (27%) несостоятельности анастомоза не было ни у одного больного.

Таким образом, операцией выбора при полной дуоденальной непроходимости следует считать дуодено-дуоденоанастомоз по Кохеру и Кимуре.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОШИЗИСЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эргашев Б.Б., Камолов Ш.Б., Эгамназаров Н.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республиканский перинатальный центр

В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа больных с гастрошизисом (ГШ). Летальность при ГШ остается высокой – в пределах от 21 до 80%. Одной из основных причин смерти новорожденных является неправильная транспортировка, переохлаждение и неадекватное оказание первичной врачебной помощи в родильных комплексах. Имеет место также неправильный выбор способа оперативного лечения ГШ, особенно при наличии выраженной вицеро-абдоминальной диспропорции, что приводит к дыхательной недостаточности и сдавливанию нижней полой вены и брюшной аорты.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения гастрошизиса у новорожденных.

Материал и методы. Изучены результаты диагностики и лечения 48 новорожденных с гастрошизисом, находившихся в отделении неонатальной хирургии РПЦ. Проводили общеклинические, ante- и постнатальное УЗИ плода и новорожденного, нейросонографию и Эхо-КГ.

Результаты. В 2008 – 2013 гг. в РПЦ города Ташкента под нашим наблюдением находились 48 детей, которые были разделены на две группы: выжившие и умершие. За период наблюдения общая летальность составила 34,6%; в 2008 г. – 50%, в 2009 г. – 43%, в 2010 г. – 18%, в 2011 г. – 18%, в 2012 г. – 15%, в 2013 г. – 14%. Установлено, что результаты лечения гастрошизиса находятся в прямой зависимости от наличия врожденных сопутствующих пороков развития (частота встречаемости в 1-й группе – 0%, во второй – 22%. Все пороки представляли собой различные виды атрезий тонкого кишечника), соблюдения правил транспортировки (в 1-й группе переохлажденными доставлены 23%, без НГЗ – 17,6%, с неправильно наложенными повязками 11,7%; во 2-й группе соответственно – 44, 66,6 и 33,3%), продолжительности предоперационной подготовки (в 1-й группе в среднем 13 ч, во 2-й – 7 ч). По нашим данным, вид пластики передней брюшной стенки не оказывает существенного влияния на исход заболевания (в 1-й группе операция по Гроссу – у 80%, аллопластика – у 20%; во 2-й – у 77% и 23%). Количество койко-дней в двух группах составляло соответственно (45 и 40). Причиной смерти детей являлись прогрессирующие

дыхательная и сердечная недостаточность на фоне невосстановившегося пассажи по ЖКТ.

Выводы. Результаты лечения гастрошизиса зависят от наличия сопутствующих врожденных пороков развития, правильной организации транспортировки больных, выбора оптимального метода хирургической коррекции, проведения предоперационной подготовки до стабилизации состояния ребенка и комплексного лечения в послеоперационном периоде.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Отамуратов Ф.А., Дусалиев Ф.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Хирургическое лечение аноректальных аномалий (АРА) у новорожденных детей является одной из важных проблем неонатальной хирургии. Несмотря на значительные достижения детской хирургии, процент неудовлетворительных результатов после хирургического лечения остается высоким, а частота аноректальных аномалий не имеет тенденции к снижению.

Цель работы. Оптимизация методов диагностики и улучшение результатов хирургического лечения аноректальных аномалий у детей.

Материал и методы. В 2004-2013 гг. на клинических базах кафедры детской госпитальной хирургии ТашПМИ обследованы 330 дети с аноректальными пороками развития в возрасте от 1 дня до 15 лет. Мальчиков было 162 (49%), девочек – 168 (51%). Возраст пациентов колебался от 1 дня до 14 лет: новорожденные – 90, 1-3 мес. – 41, 4-6 мес. – 52, 7-12 мес. – 60, 1-3 г. – 41, 4-6 лет – 16, 7-14 лет – 15. 296 (90%) из них первичные, 34 (10 %) после неудачной первичной операции.

Больным проведен комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ, рентген, КТ, МРТ). Диагностические мероприятия были направлены на определение анатомической формы АРА и поиск сопутствующих пороков развития других органов и систем.

Результаты. В соответствии с международной классификацией аноректальных аномалий, принятой в Крикенбеке (2005) свищевые формы порока диагностированы у 249 (75%) больных, бессвищевые 81 (25%): без свища высокая – у 14 (4,2%), низкая – у 67 (20,3%); больных с промежностным свищом было 65 (19,6%), с ректоуретральным – 27 (8,1%), с ректовезикальным – 7 (2,1%), с ректovesибулярным – 92 (27,8%), с клоакальной формой – 15 (4,5%); редкие варианты: стеноз ануса – у 5 (2%), эктопия ануса у 8 (2,4%), вестибулоперинеальная форма – у 2 (0,6%), ректовагинальный свищ – у 14 (4,2%), ректovesибулярный свищ при нормально сформированном анусе – (Н – форма) – у 13 (3,9%), ректоуретральный свищ при нормально сформированном анусе – у 1 (0,3%).

Сроки выполнения хирургических вмешательств зависят от многих условий, однако мы придерживаемся разработанных в клинике принципиальных ориентаций.

Из 330 больных в периоде новорожденности оперированы 118 (35,7%) детей: 67 детям выполнена промежностная проктопластика по Деффенбаху, 51 — наложение колостом (14 ребенок с высокой атрезией прямой кишки, 34 — со свищом в уретру или мочевого пузыря, 3 — с клоакальной формой).

В первые 1—2 ч после госпитализации оперируем детей с простой низкой формой атрезии прямой кишки — выполняем промежностную проктопластику. В первые двое суток после госпитализации колостоме в экстренном порядке накладываем детям с неблагоприятным соматическим фоном или с возникшими осложнениями основного или сопутствующих пороков развития, а также с атрезией прямой кишки с ректоуретральным, ректовезикальным, ректовагинальным свищами, клоакальной формой. Колостому накладывалась как первый этап реконструктивной операции. Через 1-2 месяца после наложения колостомы осуществляем радикальную операцию с закрытием колостомы или без закрытия.

При атрезии прямой кишки с промежностным свищом у мальчиков и с ректовестибулярным у девочек с явлениями кишечной непроходимости проводили калибровку свищей с их последующим бужированием, что позволило отодвинуть сроки операции за период новорожденности, до достижения ребенком массы тела 6-8 кг.

В плановом порядке радикальные операции произведены 246 детям: промежностная проктопластика по Стоуну-Бенсону выполнена 59, передняя сагиттальная проктопластика — 51, заднесагиттальная аноректопластика по Репа — 21, промежностная проктопластика по Деффенбаху — 67, промежностная проктопластика по Соломону — 15, брюшно-промежностная проктопластика — 31, иссечение ректовестибулярного свища по Ленюшкину при нормально сформированном анусе у 4.

Осуществление основного этапа корригирующей операции в период новорожденности или в раннем грудном возрасте имеет несомненными преимуществами. Предпочтительна одноэтапная хирургическая тактика в соответствии с принципом: максимальное радикальное вмешательство, но отсроченное во времени. Оптимальными сроками для корригирующих операций при свищевых формах атрезии прямой кишки считаем возраст от 3 до 6 месяцев.

АНОМАЛИИ РОТАЦИИ И ФИКСАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Материал и методы. В 2002-2013 гг. на клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 208 детей в возрасте от одного дня до 15 лет с различными формами мальротации и нарушений фиксации кишечника. Комплексная дооперационная диагностика включало рентгенологические исследования (обзорная рентгенография брюшной по-

лости в двух проекциях; пассаж контраста по ЖКТ, ирригография); ультразвуковые исследования кишечника и мезентериальных сосудов (в В-режиме и энергетический доплер); компьютерную томографию органов брюшной полости, виртуальную колоноскопию. 166 детей подвергнуты оперативным вмешательствам, у 42 проводилось консервативное лечение.

Результаты. Независимо от возраста детей характер течения ротационных нарушений зависел от степени сдавления или заворота (частичный, полный) как в отдельных частях тонкой кишки, так и на протяжении всей средней кишки, либо от выраженности нарушения пассажа по толстой кишке при аномалиях ее фиксации. У 123 (59,1%) больных была мальротация, 30 из них (24,4%) имели сопутствующие аномалии ЖКТ. У 85 (40,9%) больных диагностированы аномалии фиксации толстой кишки в различных вариантах. Сюда также отнесены 29 (34,1%) детей с болезнью Пайра, имеющие сходные клинико-рентгенологические признаки. Среди больных преобладали мальчики — 131 (63,0%), девочек было 77 (37,0%). У 125 (60,1%) больных мальротация протекала в виде острого, у 59 (28,4%) — хронического, у 24 (11,5%) — хронически — рецидивирующего течения. Различные варианты мальротации и аномалии фиксации в разном возрасте встречались с разной частотой. Синдром Ледда — у 34 (16,3%); отсутствие ротации — 3 (1,4%); обратная ротация — 3 (1,4%); неполная ротация — 12 (5,8%); мезоколикотриетальные грыжи — у 14 (6,7%); изолированный заворот тонкой кишки — у 22 (10,6%); заворот средней кишки — у 16 (7,7%); патологическая фиксация толстой кишки — у 19 (9,1%); отсутствие или недостаточная фиксация толстой кишки — у 56 (27,0%); болезнь Пайра — у 29 (14,0%).

Таким образом, наблюдается разнообразие анатомических форм пороков ротации и фиксации кишечника и большая вариабельность их у детей различных возрастных групп. Анализ клинических проявлений и данные дооперационных исследований не всегда позволяют точно определить и идентифицировать отдельные виды мальротации кишечника. Однако для хирургической практики важно уточнить все возможные анатомические формы аномалий ротации и фиксации кишечника во время операции, поскольку способ хирургической тактики при различных видах мальротации имеет существенные отличия.

КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВАЯ ТЕРАТОМА У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Дияров Н.А., Хуррамов Ф.М., Саидов М.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Материал и методы. В 2003 — 2013 гг. на клинической базе кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ на лечении находились 48 детей с крестцово-копчиковой тератомой в возрасте от 1 месяца до 3 лет: от 1 до 3 месяцев было 12 (25,0%) детей; от 3 до 6 месяцев — 16 (33,3%); от 6 месяцев до 1 года — 14 (29,2%); старше 1 года — 6 (12,5%). Девочек было 29 (60,4%), мальчиков — 19 (39,6%).

В диагностике, помимо общепринятых клинико-лабораторных методов, использовали ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ректороманоскопию, эскреторную урографию.

Результаты. Диагноз “тератома” у всех больных был установлен при их рождении. 4 (8,3%) из 48 больных были направлены в хирургическое отделение в первые 7 дней жизни из-за огромных размеров тератомы, 8 (16,7%) из-за быстрого роста и заметного увеличения размеров опухоли поступили на хирургическое лечение в неонатальном периоде.

У 16 (33,3%) детей большая величина опухоли, быстрый ее рост и возможная малигнизация приводили к необходимости сравнительно раннего оперативного вмешательства, срок которого определяли возрастом до 6 месяцев.

14 (29,2%) больных с крестцово-копчиковой тератомой были госпитализированы с осложнениями в виде дисфункции тазовых органов. Больных с затрудненным актом дефекации и мочеиспускания оперировали в экстренном порядке, так как эти осложнения являются одним из показаний к срочному оперативному вмешательству. Эти больные были оперированы после кратковременной подготовки, включающей антибактериальную терапию. У всех детей с крестцово-копчиковыми тератомами полностью удаляли опухоль с резекцией копчика.

Таким образом, наиболее часто встречаются тератомы крестцово-копчиковой области. При обнаружении тератомы, во избежание различных осложнений и для предотвращения малигнизации необходимо раннее радикальное оперативное вмешательство. Показаниями к экстренному оперативному вмешательству является нарушение функции тазовых органов.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

**Эрметов А.Т., Ходжаев Х.Б., Таджибаев А.Х.,
Акбаров В.**

Наманганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В Наманганском филиале РНЦЭМП 2011-2013 гг. На обследовании и лечении находились 80 детей с инородными телами дыхательных путей. В возрасте до 3 лет было 20 (25,0%) детей до 16 лет – 60 (75,0 %).

Для извлечения инородных тел из дыхательных путей использовался фибробронхоскоп (ФБС) фирмы Pentax, обладающий лучшим обзором по сравнению ригидной бронхоскопией, большими диагностическими возможностями. Примечание этого фибробронхоскопа делает манипуляцию, менее травматичной, что особенно важно при первичном поиске инородных тел трахеобронхиального дерева, при их нахождении в дистальных отделах бронхов и при отсутствии четких анамнестических данных об их аспирации.

Результаты. После извлечения инородного тела проводили санацию трахеобронхиального дерева. Ми-

нимальный интраоперационный мониторинг включает ЭКГ, измерение артериального давления, пульсоксиметрию. Фибробронхоскопию у детей проводили под общей анестезией. Мониторирование всех параметров начинается до начала анестезии и продолжается до полного прекращения процедуры и пробуждения больного. Учитывая опыт проведения анестезии на кафедре детской торакальной хирургии РГМУ, анестезию осуществляли внутривенным введением пропофола. После наступления медикаментозного сна методом прямой ларингоскопии проводили последовательное орошение голосовых связок, бифуркации трахеи раствором местного анестетика лидокаина, продолжая орошение во время ФБС. Выполнение ФБС на спонтанном дыхании может сопровождаться развитием десатурации. В связи с этим во время проведения ФБС применяли высокочастотную вспомогательную вентиляцию легких, что существенно расширяет технические возможности манипуляции и обеспечивает безопасность пациента посредством создания удовлетворительных условий для проведения вспомогательной искусственной вентиляции легких в процессе анестезии.

Таким образом, применение ФБС и комбинированного наркоза с помощью препаратов пропофола в сочетании с местным анестетиком при инородных телах дыхательных путей у детей расширило диагностические возможности обследования, укорачивая время процедуры, позволило существенно снизить частоту различных тяжелых осложнений.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

**Эрметов А.Т., Мамаджанов А.А., Солиев Б.Э.,
Тожибоев А.Х., Рузиматов А.Э.**

Наманганский филиал РНЦЭМП

Кровотечение – одно из наиболее грозных осложнений варикозного расширения вен кардиального отдела желудка и пищевода в связи с массивностью и склонностью к рецидивам, высокой летальностью. Современные способы профилактики и лечения кровотечений, связанных с прогрессированием варикозного расширения вен (ВРВ) пищевода и желудка при портальной гипертензии (ПГ), включают медикаментозные, эндоскопические, рентгеноэндоваскулярные и оперативные методы.

Цель исследования. Оценка эффективности результатов профилактики и лечения кровотечений из ВРВ пищевода портального генеза и определение оптимальной тактики проведения склеротерапии.

Материал и методы. В Наманганском филиале РНЦЭМП в 2005 – 2013 гг. эндоскопическая склеротерапия проведена у 79 больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка портального генеза. 26 больных были в возрасте от 3 до 18 лет. Внечепочечная портальная гипертензия диагностирована у 9 детей. Всем больным выполнена ФЭГДС, продолжающееся кровотечение диагностировано у 18 больных, гемостаз до-

стигнут установкой зонда Блэкмора.

Результаты. Всем госпитализированным больным лечебная тактика разрабатывалась на основании алгоритма остановки и профилактики рецидива кровотечения из ВРВ пищевода. После остановки кровотечения всем пациентам проводилось лечение, включающее заместительную инфузионно-трансфузионную и гемостатическую терапию, профилактику и лечение печеночной недостаточности, коагулопатии и осложнений, обусловленных кровотечением. С 2005 г. для остановки и профилактики рецидива кровотечения применяется склерозирование ВРВ пищевода и желудка. У 26 больных с синдромом ПГ, госпитализированных в экстренном порядке, склерозирование ВРВ пищевода проведено введением 3% раствора этоксисклерола (от 1 до 10 мл) интравазально (18) и паравазально (8). За один сеанс склерозировали максимально видимое количество расширенных вен, через 7-8 дней проводили эндоскопический контроль и склерозировали оставшиеся видимые и технически доступные варикозные вены. Всем больным после склеротерапии устанавливали зонд Блэкмора на сутки.

Всего проведено 32 этапных склерозаций ВРВ пищеводно-кардиальной зоны. Рецидив кровотечения после склеротерапии возник у 6 больных, у 3 из них гемостаз достигнут повторной склеротерапией. В связи с продолжающимся кровотечением у 3 больных произведены разобщающие операции. Умерли 4 больных от печеночной комы и полиорганной недостаточности на фоне тяжелой кровопотери. Летальных исходов связанных с склеротерапией, не отмечалось. Эффективность склеротерапии составила 88%.

Таким образом, эндоскопическое склерозирование варикозно расширенных вен пищевода считается одним из доступных и малотравматичных методов профилактики и лечения рецидивов кровотечения у детей.

ЛЕЧЕБНАЯ АНАЛГЕЗИЯ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Эсонов Н.Г., Пахмурин И.Р., Тургунов Ш.Ш.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Из 4846 больных, обратившихся в 2013 г. в АФ-РНЦЭМП, с урологической патологией с мочекаменной болезнью было 1087 (22,4%) пациентов. Дети старшего возраста составили 387 (12,6%). 74 (19,87%) ребенка в возрасте от 14 до 18 лет госпитализированы в отделение. Больных с явлениями почечной колики, диагностированной на догоспитальном этапе, было 267 (69%). У 198 (74,15%) из них основным симптомом болезни была боль, вокруг пупка с иррадиацией в мезогастральную область, у 87 (32,6%) – в паховую область. Дизурию отмечали у 65 (24,3%) детей. Парез кишечника наблюдался у 79 (27,3%), что несколько затрудняло диагностику основного заболевания.

В последнее время целью купирования боли при почечной колике широко используются НПВС. Эффек-

тивность НПВС при почечной колике связана с торможением синтеза простагландина E_2 в почках, редукцией почечного кровотока и снижением образования мочи. Все это ведет к уменьшению гидростатического давления в почечной лоханке и мочеточнике, что обеспечивает длительный анальгезирующий эффект. Преимуществом НПВС перед наркотическими анальгетиками является то, что они не угнетают дыхательный центр, не вызывают лекарственную зависимость, не оказывают спазмогенного действия. Учитывая вышеизложенное мы для купирования боли применяли кетонал внутримышечно в дозе 4-6 мг/кг массы тела. Препарат обладает мощным анальгетическим эффектом, не оказывает побочного действия в силу своего избирательного влияния на ферменты ЦОГ-1 и ЦОГ-2.

Такая методика купирования болевого синдрома при почечной колике, использованная у 238 (89,1%) пациентов, оказалась эффективной у 212 (89%), в основном у больных с конкрементами размером не более 3-4 мм. Из общего числа пациентов с мочекаменной болезнью 5 (6,75%) детей старшего возраста были прооперированы в стационаре в связи с наличием у них осложнений уrolитиаза.

Таким образом, кетонал является эффективным препаратом для достижения полноценного и эффективного купирования болевого синдрома при почечной колике на догоспитальном этапе. Необходимо отметить, что данная методика экономически выгодна, имея оптимальное соотношение – цена/качество и польза/риск.

НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРЕКЦИИ СВИЩЕВЫХ ФОРМ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эшкабилов Ш.Д., Эргашев Б.Б.

Республиканский перинатальный центр,
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Анализ результатов диагностики и сравнительная оценка способов наложения анастомоза при свищевых формах атрезии пищевода (АП) у новорожденных.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 98 детей со свищевыми формами атрезии пищевода. При поступлении проводились общеклинические методы исследования, зондирование пищевода, проба Элефанта, рентгеноконтрастное исследование пищевода, обзорная рентгенография брюшной полости, а также УЗИ внутренних органов, эхокардиография и нейросонография.

Результаты. Из 98 детей со свищевыми формами АП в первые сутки жизни поступили 23 (23,5%) больных, на 2-3 сутки – 48 (49%), на 4-5 сутки – 12 (12,2%), на 6-9 сутки – 10 (10,2%), на 10 сутки и более – 5 (5,1%). Только у 6 (6,1%) антенатально было подозрение на АП, которое во всех случаях подтвердилось в постнатальном периоде.

У 93 (94,9%) больных отмечалась АП с нижним трахеопищеводным свищом (ТПС), у 5 (5,1%) – с верхним

и нижним (двумя) ТПС. У 95 (96,9%) больным со свищевыми формами АП был наложен первичный прямой анастомоз пищевода, у 3 (3,1%) из-за большой диа-стазы между проксимальным и дистальным концами была наложена гастростома с элонгированием орального и дистального конца пищевода после ликвидации дистального ТПС. Из 95 новорожденных, которым был наложен первичный прямой анастомоз пищевода, у 65 (68,4%) анастомоз выполнен с использованием одно-рядных узловых швов через все слои (викрил 6/0), у 30 (31,6%) – однорядных непрерывных швов. Несостоятельность анастомоза в ближайшем послеоперационном периоде при использовании однорядных узловых швов отмечалась у 15 (23%) пациентов, среди больных с непрерывным швом пищевода – только у 2 (6,6%). Известно, что у детей с АП в раннем послеоперационном периоде часто наблюдается желудочно-пищеводный рефлюкс, что неблагоприятно воздействует на зону анастомоза и может привести к его несостоятельности. Для предупреждения этого нами разработа-на методика зондирования желудка, при которой используется катетер Foley – 6 Fr/Ch, что надежно защищает зону анастомоза от попадания желудочного содержимого снижая риск несостоятельности.

Всего после операции умерли 55 (56%) больных, выжили 43 (44%). Из них только у 6 (6,1%) детей непосредственной причиной смерти стали несостоятельность анастомоза и медиастинит. У остальных пациентов смерть была обусловлена аспирационной бронхопневмонией и ее осложнениями в виде пиоторакса, бронхоплевральных свищей и отека легких, а также сепсисом, родовыми травмами и МВПР.

Выводы. 1. Дородовая диагностика АП позволяет предупредить различные виды осложнений, ведущим из которых является аспирационная бронхопневмония. 2. Использование однорядного непрерывного шва для создания межпищеводного анастомоза при свищевых формах АП позволяет значительно снизить послеоперационную несостоятельность. 3. Зондирование желудка с применением катетера Foley – 6 Fr/Ch надежно защищает зону анастомоза от попадания желудочного содержимого уменьшая риск несостоятельности.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ШУНТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Югай И.А., Ахмедиев М.М.

Республиканский научный центр нейрохирургии

В исследованиях гидроцефалии и других проблем внутричерепного давления встречаются понятия эластичности (упругости) краниоспинальной системы и ее емкости (Белкин А.А., 2000). Способность ликворной системы компенсаторно менять объем в соответствии со своей эластичностью при изменениях ликворного давления является составной частью так называемого краниоспинального комплайнса.

В нашей клинике проводятся шунтирующие опе-

рации для коррекции гидроцефалии. В основном для этого используются системы различных производителей с фиксированным давлением. В послеоперационном периоде у некоторых больных могут наблюдаться признаки неадекватной коррекции гидроцефального синдрома (гипо-гипердренажные состояния), о чем можно судить по клиническому состоянию.

Нами начаты исследования по адекватному подбору параметров шунтирующих систем больным с гидроцефалией. Применяемые нагрузочные тесты (Коммунаров В.В., 2001) для определения скорости ликворопродукции при гидроцефалиях громоздки и чреваты вторичными осложнениями.

Цель исследования. Разработка методики определения параметров шунтирующей системы для адекватной коррекции гидроцефалии и оценка ближайших результатов лечения.

Материал и методы. Под наблюдением были 83 ребенка с гидроцефалией находившихся на лечении в РНЦНХ МЗРУз в 2003-2013 гг. Основную группу составили 33 больных. 50 больных контрольной группы оперированы по стандартным методикам нашей клиники до 2008 года. 35 из 83 больных – дети со spina bifida, сочетанной с гидроцефалией.

Нами применена методика дробного выведения ликвора из желудочковой системы с постоянным мониторингом давления. На ее основе разработан ликвородинамический тест с определением «точки слома» как признака декомпенсации краниоспинального комплайнса, определяющей критическую деформацию ликворной системы.

С целью объективного нахождения уровня критической деформации ликворной системы нами создана компьютерная программа «Ликвородинамический тест». Программа работает на основе алгоритма превышения средней арифметической между показателями изменения ликворного давления в период дробного выведения ликвора. Программа имеет удобный интерфейс и возможность введения базы данных. Кроме того, в программе возможна настройка параметров под системы различных производителей. Как известно, обозначения параметров давлений шунтирующих систем у различных производителей разнятся: шунт на среднее давление у «Codman» - не то же самое, что у «Integra».

Результатом работы программы явилось определение параметров устанавливаемых шунтирующих систем. Положительный эффект проведенной шунтирующей операции оценивался по регрессу гидроцефального синдрома, улучшению неврологического статуса.

Результаты. Проводимые нами операции имели успех у больных настолько, насколько правильно была подобрана по своим параметрам шунтирующая система. У больных это приводило к адекватному регрессу гидроцефальной симптоматики. Это касалось детей как с изолированной гидроцефалией, так и с гидроцефалией, сочетанной со spina bifida. В последних случаях адекватный подбор параметров шунтирующей системы обеспечивал условия для улучшения состояния стенок

грыжевого мешка – нарастанию кожи, предотвращению роста и разрыва и подготавливал условия для проведения второго этапа операции – герниотомии с пластикой грыжевых ворот.

Описанная методика применялась у 33 больных с гидроцефалией основной группы. Применение этой методики значительно улучшило результаты лечения. У больных основной группы в соответствии с ликвородинамическим тестом увеличился процент установки шунтирующих систем крайних показателей: у 10 – низкого давления, у 5 – высокого давления.

Таким образом, применение методики определения точки критической деформации желудочковой системы совместно с разработанной нами компьютерной программой «Ликвородинамический тест» позволило увеличить количество благоприятных исходов лечения гидроцефалии и минимизировать развитие гипо- и гипертензивных состояний.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

**Юлдашев В.Б., Холматов А.А., Тухтаев Ж.Ж.,
Муйдинов М.М., Уринбоев О.А.
Андижанский филиал РНЦЭМП**

В отделение детской нейротравматологии в 2013 г. обратились 34 больных в возрасте от 4 до 15 лет с переломами костей голени. При поступлении учитывали механизм травмы, обращали внимание на деформацию, припухлость в области перелома, локальную болезненную точку, ограничение движений в голени, характер повреждения при рентгенологическом исследовании.

Оперативные методы лечения применены у 8 (23,5%) детей, консервативные – у 26 (76,4%). Из консервативных методов лечения гипсовая повязка использована у 16 (61,5%) больных, скелетное вытяжение у 10 (38,4%). У 8 (23,5%) больных с открытыми переломами со смещением костных отломков, не поддающимся репозиции, или со вторичным смещением применялось оперативное лечение с наложением аппарата Илизарова или открытый остеосинтез пластинами. В послеоперационном периоде больным проводилась лимфотерапия, физиофункциональное лечение с последующей нагрузкой на оперированную конечность. В остром периоде при оказании помощи пострадавшим с переломами костей нижних конечностей следует соблюдать основной принцип: чем тяжелее травма, тем проще и атравматичнее должно быть лечение. Предпочтение следует отдавать малоинвазивным способам репозиции и фиксации костных фрагментов.

Таким образом основным методом лечения переломов костей голени у детей является консервативный. Благоприятные исходы связаны с устойчивостью детей к травме и особенностями строения от надкостницы, которая у детей относительно толще и богата сосудами.

БОЛАЛАРДА ТРАВМАТОЛОГИК ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЙИРИНГЛИ АСОРАТЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

**Юлдашев З.Ш., Абдумасидов А.А.
РШТЁИМ Фарғона филиали**

Операциядан кейинги йирингли асоратлар ривожланиши, кўплаб факторларга боғлиқ бўлиб, булар антибиотикларни қўллашда, антибиотиклар таъсир доирасини, йирингли жараенни келтириб чиқарган микроорганизмларни қўлланаётган антибактериал препаратларга сезувчанлигини ҳисобга олмаслик, ҳамда операциядан олдинги антибиотико-профилактикани ўтказилмаслик оқибатида келиб чиқади.

Биз олдимизга қўйган мақсад, операциядан кейинги йирингли асоратларни олдини олиш, беморларни стационарда даволаш муддатини қисқартиришдир. Бу эса ўз навбатида даволаш сарф-ҳаражатларини камайишига олиб келади.

Биз операциядан олдинги антибиотико-профилактика самарадорлигини ошириш учун клиникамизда регионар лимфотерапия усулидан фойдаландик.

Антибиотико-профилактикани регионар лимфотроп усулида юбориш усулини танлашимизга қўйидагиларни асос қилиб олдик:

1. Антибиотиклар лимфотроп усулда юборилганда, организмда 1 сутка давомида таъсир этиши.
2. Юбориладиган 1 марталик доза миқдори кичик бўлишига қарамасдан, қутилган натижани олиш мумкинлиги.
3. Беморга қилинадиган инъекциялар миқдорини камлиги.

Операциядан олдинги антибиотикопрофилактика самарадорлигини таҳлил қилиш учун 2008-2013 йиллар давомида клиникамизда болдир суяклари очиқ ва епиқ синишлари билан даволанган 7-14 ешдаги бемор болаларни танлаб олинди. Контроль группа учун эса 2012 йил давомида даволанган 52 та беморлар танлаб олинди. 2012 йил давомида 52 та бемордан 25 таси (48,1%) оператив даволанган. Оператив даволанган 25 та беморлардан 3 тасида (12%) йирингли асоратлар қузатилган.

2013 йил давомида даволанган 45 та беморлар эса асосий группа сифатида танлаб олинди. Шулардан 30 та (66,7%) беморлар оператив даволанган. Оператив даволанган 30 та беморлардан 2 тасида (6,7%) йирингли асоратлар қузатилди.

2012 йил давомида қилинган операцияларда антибиотикопрофилактика асосан операциядан кейин ўтказилган. Биз бундан фарқли равишда антибиотико-профилактикани операциядан олдин ўтказдик. Бунда антибиотикларни оёқ панжаси 1-2 бармоқлари орасига лимфотроп усулда юбордик.

Регионар лимфотерапия усулини қўллаш натижаларини таҳлил қилиб қўйидаги хулосага келдик: 1. Антибиотикларни операциядан олдин лимфотроп юбориш усули операциядан кейинги йирингли асоратларни олдини олишнинг оптимал усулидир. 2. Антибиотиклар-

ни операциядан олдин лимфотроп юбориш ўсулини қўллаш орқали операциядан кейинги йирингли асоратларни 12% дан 6,7% гача камайтиришга эришдик. 3. Регионар лимфотроп терапия ўсулини қўллаш орқали беморлар учун кетадиган сарф-ҳаражатларни камайтиришга эришдик.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВЫСОТЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Юлдашев Р.З., Алиев М.М., Адылова Г.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, РСНПМЦ педиатрии

Основной причиной летальных исходов при внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ) у детей являются массивные кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПИЖ), не поддающиеся консервативной терапии. На современном этапе в арсенале детского хирурга имеется множество хирургических методов остановки кровотечения из ВРВПИЖ. Наиболее распространенные различные варианты азигопортального разобщения (АПР). Однако частота рецидивов кровотечения, по разным данным, составляет 27-37% в ранние сроки после операции, достигая 70% – в отдаленные. Выполнение шунтирующих операций на высоте кровотечения, часто сочетающихся со спленэктомией, чревато тромбозом не только сформированного сосудистого анастомоза, но и вен мезентериального бассейна с последующим развитием так называемой «нешунтабельной» портальной гипертензии.

Цель исследования. Выбор оптимального метода хирургического вмешательства на высоте кровотечения при безуспешности консервативной терапии у детей с ВПГ.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 42 детей с ВПГ в возрасте 2-11 лет (22 мальчика и 20 девочек), которым выполнены различные варианты АПР и ПСШ на высоте пищеводно-желудочных кровотечений при безуспешности консервативной терапии. 30 больным выполнены операции АПР (8 – операции Пациора, 5 – Баирова, 7 – Назырова, 10 – Сигаура) и 12 – портосистемное шунтирование (ПСШ). Для оценки эффективности хирургического вмешательства на высоте кровотечения изучены особенности редукции ВРВПИЖ, продолжительность ремиссии и частота рецидивов кровотечения, летальность. Всем пациентам выполнены эндоскопические, ультразвуковые и ангиографические исследования.

Результаты. Из 30 первично выполненных операций АПР 21 вмешательство осуществлялось в других клиниках, у 9 детей операции произведены в клинике ТашПМИ в связи с отсутствием сосудов, пригодных для шунтирования. 3 больным наложен проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА) со спленэктомией, 8 – мезокаваальный «бок-бок» и Н-шунты. Неадекватная редукция ВРВПИЖ после АПР прослеживалась

практически у всех больных, рецидивы кровотечения отмечались у 13 детей, наиболее часто после операции Пациора, что потребовало повторного вмешательства у 9 детей (у 2 операции Сигаура, 7 – ПСШ). У одного больного в поздние сроки после абдоминального этапа операции Сигаура наблюдалось рубцовое сужение пищевода, что потребовало неоднократных сеансов бужирования.

Из числа детей, перенесших ПСШ на высоте кровотечения, в раннем послеоперационном периоде (3 неделя) у 1 отмечался тромбоз ПСРА с рецидивом кровотечения. После мезокаваального шунтирования однократные и менее интенсивные рецидивы кровотечений, которые легко купировались консервативно, имели место у 3 детей. В ближайшем послеоперационном периоде (3 мес.) умер 1 больной, которому наложен Н-мезентериокаваальный анастомоз вследствие тромбоза шунта и острого дессиминированного тромбоза мезентериальных вен. Наиболее эффективная редукция ВРВПИЖ прослежена после прямых (ПСРА) и парциально («бок-бок» и Н-шунт) наложенных сосудистых шунтов.

Таким образом, у детей с ВПГ операции АПР, выполненные на высоте кровотечения, довольно часто сопровождаются не всегда удовлетворительной редукцией ВРВПИЖ и рецидивами кровотечений. Очевидно, это можно объяснить неполным азигопортальным разобщением при операциях Пациора, Баирова, предпочтительным представляется выполнение абдоминального этапа операции Сигаура. Нельзя не отметить также факт снижения после операций АПР перспективы дальнейшей радикальной хирургической коррекции внепеченочной портальной гипертензии. Длительная ремиссия кровотечения из ВРВПИЖ после операций АПР отмечалась только у некоторых больных, у которых обнаружены естественные портосистемные коллатерали. Среди детей, перенесших операции ПСШ, лучшие результаты прослежены после мезокаваального шунтирования «бок в бок».

РАННЯЯ ДЕКОМПРЕССИЯ СПИННОГО МОЗГА И СТАБИЛИЗАЦИЯ ПОЗВОНОЧНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТЕЛ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ

Юлдашев Ш.С., Махмудов С.Ф., Бахромов А.А., Рахматов Х.Х.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Травма шейного отдела позвоночника встречается в 2-4,6% случаев от числа закрытых травм. Доля травмы шейного отдела в общей структуре травмы позвоночника по разным данным различна. По данным В.В. Лебедева (1999), переломы шейных позвонков наблюдаются в 8-9% случаев, а по данным N. Allay (2002) – в 60-80%. Чаще страдают мужчины – соотношение мужчин и женщин 3:1. Повреждение спинного мозга при травме шейного отдела в 45-60% случаев сопровождается грубыми неврологическими расстройствами в виде тетраплегии, нарушений чувствительности и

функции тазовых органов. Летальность при повреждении шейного отдела позвоночника составляет 15-50% и зависит от уровня повреждения, а проблема выбора оптимальных методов оперативного вмешательства на шейном отделе позвоночника при травме до конца не решенной.

Материал и методы. Под нашим наблюдением были 14 детей с повреждениями тел шейных позвонков. В возрасте от 6 до 15 лет. Мальчиков было 11, девочек 4. Время госпитализации от момента травмы составляло от 2 до 12 часов. 6 получили травму в ДТП, 8 – при падении с высоты или нырянии. 7 пострадавших лечились консервативно (скелетное вытяжение, наружная фиксация), 7 – оперативно (передняя декомпрессия спинного мозга, межтеловой спондилодез, стабилизация комбинированным трансплантатом).

Чаще всего перелом тел отмечался на уровне C V-VI-VII позвонков. У всех пострадавших детей при поступлении отмечались грубые неврологические нарушения в виде тетрапареза, нарушения чувствительности ниже уровня перелома позвоночника, а также нарушение тазовых органов в виде задержки. Всем пострадавшим детям при поступлении и в динамике производились рентгенография шейного отдела позвоночника и КТГ. Оперативные вмешательства произведены в первые 12 часов после госпитализации.

Главная задача оперативного вмешательства – выполнение полноценной декомпрессии спинного мозга и ее корешков, а также обеспечение надежной стабильности позвоночника. Всем пострадавшим проведена передняя декомпрессия спинного мозга и корпородез комбинированным трансплантатом. После операции наружную фиксацию шеи осуществляли жестким корсетом Шанца. Все больные получали консервативное лечение. Проводили комплекс профилактических мероприятий вторичной инфекции и пролежней.

Результаты. В период стационарного лечения у 5 оперированных больных отмечалась умеренная положительная неврологическая симптоматика в виде восстановления движений пальцев стопы, поверхностной чувствительности ниже уровня повреждения и элементов восстановления функции тазовых органов. У 2 детей в этом периоде лечения особых положительных неврологических изменений не отмечено.

Рентгенография и КТ показали, что у всех оперированных детей в области корпородеза трансплантат держался крепко, деформации позвоночного сегмента не выявлено

Таким образом, ранняя декомпрессия спинного мозга значительно улучшает неврологические показатели, снижает частоту осложнений травмы, а также дает возможность начать раннюю реабилитацию больных. Надежная стабилизация позвоночного сегмента комбинированным трансплантатом при осложненных повреждениях тел шейных позвонков не требует дополнительного использования металлоконструкций.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ У ДЕТЕЙ С ДИСКОНДРОПАЗИЕЙ

Юсупов Н.А., Юлдашев А.К., Мамадалиев А.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Множественный хондроматоз костей, называемый также дисхондроплазией костей, чаще всего обозначается как «болезнь Олье», впервые описавшего эту нозологическую форму в 1899г. Множественный хондроматоз скелета является врожденной болезнью, но вызывает клинический интерес в период роста, главным образом в детском, реже – в юношеском возрасте. Лечение патологических переломов конечностей у больных с дисхондроплазией остается сложной проблемой ввиду того, что методы лечения направлены на непосредственное вмешательство на очаге и не эффективны с точки зрения профилактики повторных переломов.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости патологических переломов у детей.

Материал и методы. В отделении травматологии Наманганского филиала РНЦЭМП в 2007-2012 гг. получили лечение 10 больных с дисхондроплазией, из них 7 (70%) мальчиков и 3 (30%) девочки. Заболевание было выявлено в возрасте от одного месяца до восьми лет.

Результаты. У 3 (30%) пациентов в анамнезе заболевания были патологические переломы, произошедшие в детском возрасте. Количество патологических переломов у одного пациента колебалось от одного до пяти. У 5 детей было по одному перелому, у 2 – два, у одного – пять патологических переломов. Наиболее часто переломам подвергались бедренная (6) и большеберцовая кости (3). Для лечения патологических переломов использовали гипсовые повязки и лонгеты, скелетное вытяжение с остеосинтезом аппаратом Илизарова. При этом у 4 пациентов патологические переломы возникли уже после начала этапного лечения.

Заключение. Патологические переломы являются достаточно частым осложнением течения дисхондроплазии (30%) в период естественного роста организма. Наиболее часто патологические переломы наблюдаются в бедренной и большеберцовой костях, где особенно выражена нагрузка и встречаются наиболее крупные очаги поражения.

СПОСОБ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ФИКСАТОРАМИ С «ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ» У ДЕТЕЙ

Юсупов Н.А., Мамадалиев А.А., Юлдашев А.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

При свежих переломах плечевой кости ориентация детских травматологов – ортопедов исключительно на консервативные методы лечения и чрескожный остеосинтез спицами, в известной степени оправданная у пациентов первых лет жизни, применительно к детям школьного возраста в 9-28% случаев оборачивается посттравматическими деформациями и не сращениями.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения переломов костей конечностей с применением внутреннего напряженного остеосинтеза устройствами

с эффектом памяти формы (ЭПФ).

Материал и методы. В отделении травматологии Наманганского филиала РНЦЭМП в 2007-2012 гг. у 12 детей произведен комбинированный напряженный остеосинтез проксимального сегмента плечевой кости стягивающей скобой с ЭПФ в сочетании с двумя шинирующими спицами.

Результаты. Описание метода при окколосуставных поперечных переломах проксимального сегмента плечевой кости. Передненаружным доступом (разрез кожи в проекции дельтовидно – грудной борозды или на 1-1.5 см снаружи от нее) послойно обнажали место перелома и сопоставляли фрагменты кости. Чрескожно фиксировали их 1-2 спицами. Затем с помощью шила или электродрели на проксимальном костном отломке непосредственно в области большого бугорка рассверливали отверстие под ножку скобы, на диафизарном отломке – второе отверстие. При этом рассчитывали, чтобы расстояние между ними превышало исходную длину спинки скобы на 1-1.5 см. Скоба охлаждалась хлорэтилом, спинка ее выпрямлялась, а ножки устанавливались под прямым углом к плоскости спинки. После этого скоба переносилась в операционную рану и ножки ее внедрялись в ранее подготовленное отверстие в кости. Через 5-10, в связи с контактным нагреванием скобы до температуры выше +25°C проявлялся эффект памяти никелида титана и скоба, стремясь восстановить свою первоначальную форму, упруго стягивала между собой костные отломки (межфрагментарная компрессия). Этим способом достигался надежный первично-стабильный остеосинтез. Поврежденную верхнюю конечность временно (до снятия швов) фиксировали повязкой Дезо, либо сразу накладывалась 8-образная ватно-марлевая повязка (запястье–шея). Через 14-20 дней извлекались спицы, и спустя 3-4 недели полностью прекращалась иммобилизация. Дети занимались лечебной гимнастикой, некоторым из них назначались физиопроцедуры, массаж.

В отличие от традиционным методом фиксации (osteosynthesis спицами, шурупами, чрескожный остеосинтез спицами) в послеоперационном периоде гипсовая повязка не накладывается.

Заключение. Применение данного вида остеосинтеза, обеспечивает стабильную фиксацию костных отломков, способствует формированию полного костного сращения в относительно короткие сроки и созданию оптимальных условий для ранней активизации и реабилитации больных, сокращает срок пребывания их в стационаре, что уменьшает экономические затраты.

ПУТИ УМЕНЬШЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Юсупов Ш.Б., Каландаров И.О., Назаров А.К.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Улучшение результатов диагностики инвагинации кишечника у детей на до – госпитальном этапе среди участковых педиатров и врачей скорой помощи.

Материал и методы. В отделении детской хирургии Хорезмского филиала РНЦЭМП в 2000 – 2013 гг. находились 60 детей с инвагинацией кишечника, из которых 47 (78,3%) были старше 1 года. Самому старшему ребенку было 12 лет, мальчиков было 2 раза больше чем девочек. 27 (45%) больных на госпитальном этапе в инфекционном отделении лечились с ошибочным диагнозом «дизентерия». У 25 (41,6%) больных на до госпитальном этапе участковые педиатры назначали лечение по поводу ошибочного диагноза «диспепсия» и «энтероколит». Родители 8 (13,3%) больных к врачам не обращались. 24 больных поступили в стационар спустя более 48 ч, 23 более 24 ч, 10 – более 13 ч. Диагноз инвагинации кишечника ставили на основании жалоб, анамнеза заболевания, результатов лабораторных и дополнительных методов исследования. Из дополнительных методов исследования использовали контрастную рентгенографию, УЗИ брюшной полости. Однако патогномичным симптомом заболевания является наличие инвагината в брюшной полости, выявление которого вызывает определенные трудности из-за беспокойства ребенка. В связи с этим исследование брюшной полости проводили под медикаментозным сном, что дает возможность пальпаторно определить инвагинат, который, с нашей точки зрения, должен быть основным симптомом, позволяющим поставить диагноз.

У 32 больных на УЗИ обнаружен выпот в малом количестве в брюшной полости. Это значит что эти больные обратились к нам в поздние сроки. У 17 больных на контрастной рентгенографии обнаружены симптом «серпа», у 11 больных на обзорных рентгенограммах брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни – чаши Клойбера. Уровень гемоглобина составлял в среднем 80 г/л. У 20 (33%) больных выявлен лейкоцитоз в среднем 12×10^9 г/л.

Всех оперированных больных мы разделили на 3 группы. В 1-ю группу вошли 24 пациента, поступивших спустя более 48 ч. У 2 из них выявлен некроз кишки, осложненный перитонитом. Им выполнена операция в 2 этапа. У 12 из них при ревизии брюшной полости обнаружен некроз кишечника без перитонита. Выполнена резекция некротизированной участки тонкой кишки с наложением анастомоза «конец в конец». Во 2-ю группу вошли 23 пациента, поступившие в поздние сроки спустя более 24 ч. При ревизии брюшной полости у них выявлен парез кишечника, поэтому выполнена дезинвагинация с интубацией тонкого кишечника через аппендикостомы. В 3-ю группу вошли 13 пациентов, поступивших в поздние сроки – более 12 ч, во время оперативного вмешательства у них произведена интраоперационная дезинвагинация методом «выдавливания».

Результаты. У больных 1-2 групп из-за длительных сроков догоспитального этапа послеоперационный период протекал тяжело. У пациентов 3-й группы послеоперационный период протекал гладко. Заболевание у оперированных больных завершилось благоприятно.

Анализ историй болезни показал, что ошибки в диагностике инвагинации кишечника среди участковых педиатров составляют 70%. Причинами этих ошибок являются: 1) недостаточное знакомство участковых педиатров и врачей скорой помощи с особенностями клиники и течения острых заболеваний органов брюшной полости у детей; 2) пренебрежение анамнезом; 3) недостаточное внимание к необычному симптому; 4) отсутствие преемственности и динамического наблюдения за ребенком; 5) пренебрежение пальцевым ректальным исследованием.

Только динамическое наблюдение, повторные углубленные осмотры, при сомнении – госпитализация ребенка в детское хирургическое отделение помогут избежать ошибок при диагностике кишечной инвагинации.

СТРАТЕГИЯ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Юсупов Ш.Б., Тангриберганов К.Т., Каландаров И.А., Назаров А.К., Эгамов Б.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Определение тактики диагностики при политравмах в детской хирургии.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 67 детей с различными травматическими повреждениями. Пострадавшие были разделены на 3 группы: 1-я группа – 31 (46,3%) больной с автодорожной травмой, 2-я группа – 14 (20,9%) детей, получивших травму при падении с высоты, 3-я группа – 22 (32,8%) больных, которым был нанесен удар в живот. Больных до 5 лет было 18, 5-8 лет – 21, 8-10 лет – 28.

Тяжелые черепно-мозговые травмы с внечерепными повреждениями имели место у 14 (20%) пострадавших; переломы конечностей с разрывом внутренних органов – у 19 (10,4%); комбинированные травмы: переломы конечностей с ожогами – у 7 (10,4%); множественные переломы конечностей – у 15 (22,4%); позвоночные травмы с разрывом внутренних органов у 6 (8,9%); повреждение тазовых костей с разрывом мочевого пузыря – у 3 (4,5%). Изучение ранее допущенных ошибок и осложнений позволило разработать следующую тактику оказания экстренной помощи в данной категории больных: 1.) быстрый и тщательный осмотр пострадавшего; 2.) определение имеющихся травм и выявление доминирующей; 3.) применение наиболее рациональной тактики хирурга.

Применяя эту тактику, экстренных операций по жизненным показаниям мы выполнили 21 (31,3%) пострадавшему, срочные операции – 19 (28,4%), ранние операции – 11 (16,4%), отсроченные операции – 16 (23,9%).

Таким образом, благодаря разработанной нами тактики оказания специализированной медицинской помощи больным с тяжелыми травмами на всех этапах ускоряется постановка диагноза, снижается число диа-

гностических ошибок, что приводит к уменьшению количества инвалидности. Наряду с правильно выбранной тактикой хирурга обоснованная активная терапия обеспечивает успех лечения и улучшение прогноза у тяжелейших больных.

ОЦЕНКА ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ

Якубов Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценка информативности различных методов инструментальной диагностики при кистозных трансформациях внепеченочных желчных протоков у детей.

Материал и методы. На клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 1979-2013 гг. на лечении находились 70 детей в возрасте до 15 лет с кистозной трансформацией внепеченочных желчных протоков, из них 54 девочки и 16 мальчиков.

Результаты. У 68 (97,1%) больных проведено ультразвуковое исследование. На ультразвуковом сканировании органов брюшной полости прицельно осматривали печень, вне- и внутривенечные желчные протоки, желчный пузырь, поджелудочную железу. У 53 (77,9%) пациентов применяли УЗИ с желчегонным завтраком. Исследование проводили в динамике: натощак и после дачи желчегонного завтрака с определением размеров и сократительной способности желчного пузыря и кистозного образования. Дети старше 3 лет получали яичный желток, у детей до 3 лет применяли 12,5% раствор сульфата магния. Это позволило дифференцировать данную аномалию от паразитарных и истинных кист печени, а также определить функциональное состояние желчного пузыря, чтобы в дальнейшем решить вопрос о сохранении или удалении желчного пузыря во время операции. У 49 (72%) из 68 оперированных детей была произведена холецистэктомия, так как у всех этих больных на УЗИ выявлены признаки хронического холецистита и выраженные функциональные изменения желчного пузыря, доказанные после операции морфологическими исследованиями органа. Доплерографическое исследование с оценкой кровотока в печени проведено у 24 (34,3%) больных. У 6 из них обнаружен застой в портальной вене, то есть, увеличение размеров вены и замедление кровотока за счет сдавливания вены кистой больших размеров.

В диагностике кистозных аномалий желчных протоков УЗИ является достаточно информативным методом, но не позволяет определить конкретный анатомический вариант кистозного расширения. Поэтому мы дополняли исследование проведением компьютерной томографии брюшной полости. Она применена у 38 (54,3%) больных. Компьютерная томография давала дополнительную информацию. У 2 пациентов выявлено несоответствие с данными, полученными при сонографическом исследовании. Недостатком компьютерной томографии

было отсутствие информации о проходимости терминального отдела холедоха, взаимоотношении общего желчного и панкреатических протоков. Поэтому исследование завершили интраоперационной холецистохолангиографией, которая, позволила выявить кистозные расширения вне- и внутрипеченочных желчных протоков, определить степень и протяженность их дилатации, проходимость терминального отдела холедоха. Ценная информация при холецистохолангиографии получена также о вариантах взаимоотношений общего желчного и панкреатических протоков. Данная методика выполнена 53 (77,9%) больным. Вопрос о выборе метода хирургического лечения решался на основании полученных данных.

В заключение необходимо отметить, что методом ранней диагностики кистозных трансформаций желчных протоков является УЗИ с желчегонным завтраком, так как оно играет большую роль в дифференциальной диагностике кистозных расширений внепеченочных желчных протоков с другими кистозными патологиями гепатодуоденальной зоны, а также определяет функциональное состояние желчного пузыря. Правильный выбор оперативной тактики осуществляется по данным компьютерной томографии и интраоперационной холецистохолангиографии в дополнении к заключениям УЗИ. Полученные результаты позволяют определить уровень резекции желчных протоков и избежать осложнений как во время, так и после операции.

III. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ И ОТРАВЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ И ИХ ЭВАКУАЦИЯ

Аббосхонов Г.Х., Мамадалиев С.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Среди всех причин смерти пострадавших сочетанные травмы занимают третье, а в группе лиц моложе 18 лет – первое место. В последнее время структура травматических повреждений претерпела существенные изменения. В связи с увеличением случаев производственного, бытового и дорожного травматизма доминирующее значение приобрели тяжелые множественные и сочетанные травмы. Вследствие крайней степени тяжести состояния пациенты с сочетанными травмами с места происшествия госпитализируются в ближайшие лечебно-профилактические учреждения. Однако наиболее оптимальным в этих случаях является их максимально быстрая доставка в специализированные многопрофильные центры и начало проведения интенсивной противошоковой терапии уже во время транспортировки.

Транспортировка больных в критических состояниях – сложная процедура, которая в настоящее время трансформируется из простой «перевозки» в высокотехнологичный процесс, позволяющий приблизить специализированную реанимационную помощь к пациенту. Транспортировка таких больных должна быть научно-продуманной и обоснованной, с учетом передовых теоретических и практических знаний, включая новые инновационные технологии. Решение о транспортировке пациента в критическом состоянии следует принимать на основе изучения положительных факторов и потенциально опасного риска этого мероприятия.

Цель исследования. Оптимизация комплекса интенсивной терапии при проведении транспортировки пациентов с сочетанными травмами в остром периоде для повышения эффективности коррекции травматического шока и снижения риска развития органических осложнений при сочетанных травмах.

Материал и методы. Под наблюдением были 45 пациентов в возрасте от 12 до 18 года, средний возраст 15 ± 1 года.

Пациенты разделены на две сопоставимые группы: исследуемая группа – 20 пациентов, контрольная – 25. С целью определения тяжести травматического шока использовался шоковый индекс Альговера. Все пострадавшие были транспортированы из других неспециализированных лечебных учреждений Ферганской области в первые сутки с момента травмы. Среднее время транспортировки – 70 ± 10 мин.

Нами был разработан способ транспортировки пациентов с сочетанными травмами с использованием в качестве основного компонента инфузионной терапии гидроксиэтилкрахмала. Пациентам исследуемой группы инфузионная терапия проводилась по разработанной методике. Доза гидроксиэтилкрахмала составля-

ла от 10 до 35 мл/кг массы тела и зависела от степени выраженности травматического шока. В контрольной группе инфузионная терапия проводилась по традиционной методике (кристаллоиды, декстраны). С целью иммобилизации поврежденных сегментов нижних конечностей и таза использовали противошоковый пневматические шины. Всем пациентам перед укладкой в пневматические шины проводилось обезболивание наркотическими анальгетиками (промедол 2% 1 мл в/м или морфин 1% 1 мл в/м). При необходимости во время транспортировки мы проводили дополнительное обезболивание наркотическими анальгетиками. Интенсивная терапия начиналась с этапа подготовки пациента к транспортировке и продолжалась весь период транспортировки. Во время транспортировки проводился мониторинг АД, ЧСС, ЧД, сатурации O₂, ЭКГ, контроль диуреза.

Результаты. Перед проведением транспортировки достоверных различий по изучаемым показателям центральной гемодинамики у пациентов двух групп не было. У больных контрольной группы во время 2-го часа транспортировки и после транспортировки показатели АД, УО, были достоверно ниже, чем в исследуемой группе. Показатели дыхания, гемодинамики на фоне проводимой терапии увеличились в обеих группах, и хотя достоверных различий не получено, в исследуемой группе весь период транспортировки они были выше, чем в контрольной. Показатели сатурация O₂ в исследуемой группе были достоверно выше уже с первого часа транспортировки, данная динамика сохранялась до конца транспортировки. Достоверное различие между группами по показателю ЧСС наблюдалось весь период транспортировки, причем в исследуемой группе этот показатель был ниже. Анализ гемодинамических показателей выявил более быструю их нормализацию в исследуемой группе. Летальных исходов во время транспортировки не было.

Таким образом, применение комплекса интенсивной терапии при транспортировке, включающего инфузионную терапию, адекватное обезболивание и иммобилизацию, делает ее более безопасной и снижает риск развития полиорганной недостаточности при дальнейшем лечении на этапе стационара.

СМЕШАННОЕ ПИТАНИЕ У ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ СЕПСИС В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ РЕАНИМАЦИИ

Абдурахимова Н.А., Эминов Б.Ж., Эшонкулов А.Ю.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Лечебное питание является одним из важнейших компонентов комплексной терапии у детей с сепсисом в отделениях реанимации и интенсивной терапии. По данным разных авторов нутритивная недостаточность может встречаться у 30-60% стационарных больных.

Главным показанием к проведению нутритивной поддержки в условиях постагрессивного воздействия является повышение метаболических потребностей,

а также потери белка и нутриентов. Нутритивная поддержка направлена на предотвращение развития тяжелого истощения на фоне выраженного гиперкатаболизма и гиперметаболизма. Кроме того, катаболическая фаза стресса характеризуется повышенным распадом ткани массы тела, приводящим к освобождению аминокислот, используемых далее в процессе неогликогенеза для синтеза необходимых белков, например, для поддержания иммунной системы. Это приводит к ухудшению иммунного ответа и снижению устойчивости к инфекции.

Цель. Оценка эффективности смешанного парентерального питания (СПЭП) у детей с сепсисом.

Материал и методы. Обследованы 43 ребенка в возрасте от 2 месяцев до 8 лет, находившиеся на лечении в отделении детской реанимации ФРНЦЭМП в 2010-2013 гг. Все дети получали СПЭС. При поступлении у больных с диагнозом сепсис отмечались фебрильная лихорадка, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом до незрелых форм и ОДН II-III ст., гипоксемия и смешанный субкомпенсированный ацидоз. 32 больных находились на ИВЛ в течение 3—5 дней. У 8 детей отмечались плевральные осложнения в виде гнойного плеврита, у 5 — односторонний пиопневмоторакс, у 6 — миокардит, у 8 — энтероколит.

Для оценки эффективности лечебного питания проводили измерение антропометрических, соматометрических и биохимических показателей. Для СПЭП применяли Инфезол 40 у детей до 3 лет, и Инфезол 100 у детей старшего возраста. Энтеральное питание (ЭП) детям до 3 лет проводилось безлактозной смесью (альфаре, nestle), а также сбалансированной полимерной смесью Ерламин Модуляр. Дети старшего возраста в виде ЭП получали белковую смесь атлант, протертые овощные и мясные супы, комплекс витаминов и полиионных смесей.

Результаты. Постагрессивная активация приводила к быстрому истощению адаптационных резервов, увеличению белковых потерь, переходу на жировой тип обмена, снижению выработки инсулина, нарушению утилизации глюкозы. Так, в 1 сутки критического состояния белковые потери у детей с сепсисом увеличивались в 2,5 раза. По мере выхода из критического состояния, на фоне лечения, выраженность указанных изменений уменьшалась: белковые потери снижались на 21%.

Потребность в белке в виде общей нагрузки азотом составляла 0,20-0,35 г/кг/сут. Углеводы вводили в дозе 6 г/кг /сут. Концентрацию раствора глюкозы выбирали, исходя из общего объема инфузионной терапии и с учетом объема энтерального кормления. К 5 суткам доза углеводов достигала 10 г/кг/сут. Контроль осуществлялся по уровню глюкозы в крови до 2 раз в сутки. При высоком содержании глюкозы проводилась коррекция инсулином 0,5 Ед/кг.

Для покрытия распада жиров начинали инфузию Lipofundum 20%. Жиры вводили с расчетной дозы 0,5 г/кг/сут с постепенным увеличением дозы на 0,5 г/кг/сут и доведением до 2-3 г/кг/сут с обязательным кон-

тролем уровня триглицеридов в плазме, трансаминаз, билирубина. Показатели триглицеридов, общего белка, остаточного азота, мочевины, КОС, АЛТ, АСТ, билирубина крови у пациентов не выходили за пределы нормы на протяжении всего периода наблюдения, что косвенно свидетельствовало об удовлетворительной переносимости СПЭП и адекватной функции печени.

Динамика массы тела, соматометрических и антропометрических параметров у детей с сепсисом была положительной: средняя прибавка масса составила 110,0 — 17,3 г, что свидетельствовало об адекватности рационов СПЭП. Отмечалось увеличение показателей окружности плеча, толщины кожно-жировых складок над лопаткой и увеличение их суммы в среднем на 10%.

Таким образом, СПЭП является эффективным методом нутритивной поддержки у детей с сепсисом в период интенсивной терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИИ КЛЫКОВ У ДЕТЕЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Абилов П.М., Махкамова Ф.Т., Пулатов О.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Материал и методы. Лечение проводилось у 20 детей и подростков в возрасте 12-16 лет, которые обратились в поликлинику детской стоматологии ТашПМИ в октябре-декабре 2013 г. с жалобами на отсутствие или задержку прорезывания одного или нескольких клыков. У 12 из них была диагностирована ретенция одного клыка, у 5 — двусторонняя ретенция клыков, у 3 — ретенция 3 клыков. Всем больным было проведено полное клиническое обследование, изготовлены гипсовые модели челюстей, проведен анализ данных методов лучевой диагностики. Данные были получены с помощью денальной компьютерной томографии и мультиспиральной компьютерной томографии с 3-D реконструированием, так как обычная панорамная или цифровая рентгенография не всегда дает точное представление о месте их расположения, особенно на снимках верхней челюсти. Это объясняется формой альвеолярного отростка и твердого неба. Разработана компьютерная программа для расчета траектории ретенированного зуба, что позволяет врачу в реальной ситуации моделировать положение, изменять траекторию с учетом приложенного вектора силы и визуально прогнозировать результаты лечения, снижая риск осложнения, такого как резорбция корней и коронок соседствующих зубов. Предложенная компьютерная программа использовалась при планировании ортодонтического этапа лечения с изменением траектории в процессе ортодонтической ретракции ретенированного клыка.

Данный программный продукт позволяет визуально моделировать ситуацию, оценивать изменение положения перемещаемого зуба, выбрать оптимальный путь перемещения, получить виртуальную трехмерную модель результата выбранного метода лечения. Методика позволяет заранее предвидеть и предотвращать

резорбции соседних зубов. Всем подросткам была оказана медицинская помощь в полном объеме, включая хирургические и ортодонтические мероприятия, направленные на получение хорошего эстетического и функционального результата. Наличие места для размещения ретенированного клыка в зубном ряду определяли измерением длины зубной дуги по Nance на диагностических моделях.

Наиболее частыми причинами ретенции клыков были:

- атипичная закладка зачатка (слишком глубокое, горизонтальное его положение);
- не выпавший молочный клык;
- дефицит места из-за смещения соседних зубов;
- сверхкомплектные зубы в области резцов.

Объем лечебных мероприятий планировался на основании клинических и рентгенологических данных, а также измерения диагностических моделей челюстей.

Результаты. Причинами ретенции клыков было: сужение зубных рядов у $52 \pm 2,6\%$, раннее удаление молочных зубов без последующего ортодонтического лечения у $30 \pm 1,7\%$, аномалия положения зачатков зубов – у $18 \pm 1,4\%$ пациентов.

План лечения пациентов с ретенцией клыков составляли с учетом возраста пациента, периода формирования зубочелюстной системы. Лечение было комбинированным: хирургическим и ортодонтическим. Хирургическое лечение включало: удаление молочного зуба (клыка), удаление первого премоляра (по показаниям), удаление сверхкомплектного зуба. 12 пациентам с ретенцией 1 клыка проведено лечение с применением брекет-систем методом прямой дуги с последующим вытяжением зуба. Остальным пациентам с ретенцией 2 и более клыков было проведено комплексное лечение включающее в себя хирургическое обнажение коронки ретенированного клыка, наложение брекет-систем и миниимплантатов для вытяжения ретенированного клыка.

Наилучшие результаты лечения ретенированных клыков можно получить только с помощью брекет-системы на весь зубной ряд, потому что ретенированные клыки после вытяжения нередко бывают повернутыми по оси. Вытяжение ретенированного зуба осуществляли медленно (по 1 мм в месяц) и начинали после создания достаточного или большего на 1-2 мм места с помощью резиновой тяги. Для направления тяги на четырехгранной дуге изгибали петли и устанавливали резиновую тягу от брекета клыка к петле на дуге и к крючку на кольце 1 моляра нижней челюсти. После приближения зуба к соответствующему месту в горизонтальный паз брекета устанавливалась дуга и фиксировалась лигатурой. При оральном положении ретенированных клыков для облегчения их перемещения в вестибулярном направлении дополнительно изготавливали съемный ортодонтический аппарат с окклюзионными накладками или накусочной площадкой (в зависимости глубины резцового

перекрытия). Любую ретенцию от начала и до конца можно вылечить только брекет-системой, так как с ее помощью можно создать место для ретенированного клыка (за счет открывающей пружины) и вытянуть ретенированный зуб до уровня соседних, а в случае необходимости исправить поворот ретенированного зуба по оси. При лечении ретенции 2 и более клыков наиболее целесообразно использовать вместе с брекет-системой и миниимплантаты для лучшего и быстрого вытяжения клыков.

Комплексное лечение подростков с ретенцией 1 или несколько клыков позволяет сократить сроки лечения и почти у 90% больных избежать удаления ретенированного клыка. Вытяжение даже повернутых по своей оси ретенированных клыков целесообразно, так как позволяет избежать применения мостовидных протезов или имплантатов.

Своевременное лечение ретенции зубов имеет большое значение, так как неправильное прорезывание их может вызвать рассасывание корней рядом стоящих постоянных зубов, приводить к смещению соседних зубов в сторону отсутствующего ретенированного. Кроме того, ретенция клыков нарушает эстетику лица, что очень сильно влияет на психологию данного контингента больных.

Выводы. У детей в пубертатном периоде ретенция 1 клыка встречалась чаще, чем ретенция 2 и более клыков. Причиной ретенции клыков чаще являлось сужение зубных рядов. Комплексное лечение с ретенцией 1 или более клыков может способствовать социальной адаптации личности, что очень важно для больных.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ИНДУКЦИИ В НАРКОЗ

Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О.Я., Махмудов А.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение показателей центральной гемодинамики и вегетативного баланса в период индукции у детей при урологических операциях.

Материал и методы. Исследование проведено у 22 детей в возрасте 3-14 лет при урологических операциях (гидронефроз, гипоспадия, гидроцеле, мочекаменная болезнь). Пациенты были разделены на две группы 1-я – индукция с применением кетамина (5 мг/кг в/в) и пропофола (2,5 мг/кг в/в); 2-я – индукция с применением пропофола (2,5 мг/кг) и фентанила (5 мкг/кг в/в).

На всех этапах анестезиологического обеспечения изучали показатели центральной (ЭхоКГ) и периферической (АДс, АДд, АДср) гемодинамики и кардиоинтервалографии (ЭКГ).

Результаты. Вводный период (индукция) анестезиологического обеспечения абдоминальных операций характеризовался различными изменениями центральной гемодинамики. Результаты мониторинга указывают на лабильность основных показателей ге-

модинамики при различных методах анестезии. Сравнительные исследования выявили повышение уровня периферической гемодинамики с увеличением АДс на 18%, АДд на 20%, АДср на 14% от исходного состояния и симпатикотонический подъем с удлинением МОД. Данное состояние по требованию коррекции с введением относительной гемодилюции. На этом этапе у пациентов 2-й группы показатели центральной гемодинамики характеризовались повышением сердечного индекса на 8%, ОПСС на 14%. Показатели КИГ проявлялись нормотонией.

Таким образом, показатели гемодинамики и вегетативный статус в периоде индукции являются направляющими в коррекции состояния пациентов при абдоминальных операциях.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ СКОРОСТИ ПЕРФУЗИИ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К.,

Тохилов Ш.М., Маматкулов И.А., Абдурахмонов Х.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Влияние объемной скорости кровотока на кровоснабжение органов и систем организма в педиатрической кардиоанестезиологии остается предметом дискуссий. Минутный объем кровообращения (МОК) в ходе искусственного кровообращения (ИК) обеспечивается роликовым насосом и определяется как объемная скорость перфузии (ОСП), рассчитываемая как умножение перфузионного индекса (ПИ) на площадь поверхности тела (СПТ). В среднем ПИ представляет среднее значение сердечного индекса (СИ) у больных, в состоянии анестезии и нормотермии, при физиологических уровнях гематокрита. Адекватность кровоснабжения головного мозга в условиях гипотермии рассчитывают в диапазоне ПИ от 1,0 до 2,4 л/мин/м². Тем не менее споры о влиянии различных объемных скоростей перфузии на транспорт кислорода при коррекции «синих пороков» сердца продолжают.

Цель исследования. Определение оптимальной ОСП в ходе кардиохирургической коррекции врожденных пороков сердца (ВПС) у детей.

Материал и методы. Исследование проведено у 67 детей с ВПС («синие пороки») в возрасте 1,2–2,4 года, периоперационно, при методе ИК и гипотермии. Пациенты были разделены на 2 рандомизированные группы, сопоставимые по демографическим показателям, риску вмешательства, тяжести сердечной недостаточности, предоперационной фракции выброса левого желудочка и преморбитному фону: в 1-й группе (n=32) проводили ИК с ОСП рассчитанным ПИ 1,7 л/мин/м², во 2-й группе (n=35) – ПИ 2,0 л/мин/м². Гемодинамику и транспорт кислорода оценивали в ходе перфузии, в конце операции и через 24 ч после операции. Определяли уровень гемоглобина, гематокрита, КЩС, сахара в плазме крови, параметры сатурации (Sat O₂).

Результаты. Продолжительность операции, длительность ИК, ишемии миокарда и послеоперацион-

ной респираторной поддержки, объем и качественный состав инфузионной терапии, частота использования и длительность инотропной поддержки между группами не различались. Однако в 1-й группе продолжительность интенсивной терапии была меньше, с тенденцией к сокращению физического времени пребывания в стационаре. У пациентов 2-й группы объем инфузионной терапии, интраоперационный гидробаланс был достоверно выше (p>0,05), что связано с большей ОСП для поддержания достаточного уровня крови в кардиотомном резервуаре. Парциальное давление кислорода, Sat O₂ на этапах 30 и 60 минут ИК были достоверно выше во 2-й группе, что обусловлено высоким уровнем доставки кислорода. Можно отметить, что больший объем инфузии в этой группе привел к увеличению степени гемодилюции и снижению Ht в течение 60–120 минут ИК, что негативно отразилось на транспорте кислорода и уменьшении эффекта повышения ПИ. Выраженность гипергликемии (7,3±0,2 ммоль/л) у детей 1-й группы, по-видимому, была обусловлена метаболическим стрессом, гипоперфузией периферических тканей и развитием ацидоза. Коррекция ацидотического состояния (КЩС) введением бикарбоната натрия в обеих группах проводилась одинаково, однако уровень гипергликемии во 2-й группе к 60 и 90 минуте ИК был достоверно ниже.

У пациентов 2-й группы отмечалось большее снижение уровня Hb в послеоперационном периоде, что было обусловлено большим объемом интраоперационной инфузии, хотя показатели Sat O₂ оставались в пределах допустимого, но значительно ниже, чем в дооперационном периоде, что явилось результатом ранней активизации пациентов и увеличением потребления кислорода при недостаточной его доставке в условиях анемии (Hb – 84±2,2 г/л).

Полученные результаты демонстрируют перспективность применения меньших объемов ПИ при кардиохирургических коррекциях ВПС «синих пороков», проводимых при ИК и гипотермии, обеспечивающих более стабильные показатели транспорта кислорода, сокращения сроков проведения интенсивной терапии.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К.,

Тохилов Ш.М., Абдурахмонов Х.А., Файзиев О.Я.,
Алиходжаев Б.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Многие компоненты современного анестезиологического обеспечения (анестетики, кровезаменители, антибиотики и др.) могут вызвать анафилактические и анафилактоидные реакции, в основе которых лежат сложные иммунные комплексы, вызывающие выделение из тучных клеток и базофилов таких гуморально активных медиаторов, как гистамин, лейкотриены, брадикинины, простаглицлин, тромбосан и др., в результате взаимодействия антител и повторно вводимых

антигенов или активации системы комплемента. Для кардиохирургических пациентов (КХП) вопросы профилактики и лечения данных реакций особенно актуальны вследствие полипрогмазии, так как операции на сердце в условиях искусственного кровообращения (ИК), помимо анестетиков и релаксантов, включают обязательное применение коллоидов, компонентов крови, антибиотиков, протамина, ингибиторов протеаз, которые, наряду с покрытием оксигенаторов, склонны вызывать иммунологические и химические реакции гиперчувствительности.

Цель исследования. Изучение частоты аллергических реакций (АР) у КХП с использованием ИК и выбор качественных методов их профилактики.

Материал и методы. Ретроспективный анализ был проведен у 345 КХП, оперированных в условиях ИК за последние 5 лет, для выявления частоты АР. Для сравнительной оценки эффективности профилактического использования кортикостероидов 73 больных в возрасте от 12 месяцев до 4 лет, оперированных с «синими пороками», были разделены на 2 сопоставимые по антропометрическим показателям группы детей. 1-ю группу составили 34 ребенка, у которых применяли дексаметазон; во 2-ю вошли 39 детей, которым вводили преднизолон. Содержание цитокинов в крови (ИЛ-2, ИЛ-6, TFA-α) определяли методом ИФА с помощью тест-систем (Протеиновый контур, Россия). При наличии АР дополнительно назначали H1- и H2-блокаторы (ранитидин, цемитидин). Дексаметазон (4 мг) и преднизолон (30 мг) вводили болюсно внутривенно до вводимого наркоза, непосредственно перед началом ИК и после его окончания.

Результаты. В течение 5 лет были выявлены различные клинические проявления АР: кожные (покраснения, сыпь, папулы) – у 67%, сердечно-сосудистые (гипотензия, тахикардия) – у 27%, анафилактический шок (с проявлением полиорганной недостаточности) – у 6%. Большинство АР (70%) возникло в постперфузионном периоде, с различиями в тяжести клинических проявлений. Кожные реакции встречались при применении недеполяризующих релаксантов.

Рассматривая предпринимаемые профилактические меры развития анафилаксии (ИЛ-2 – $1,32 \pm 0,7$ пг/мл; ИЛ-6 – $3,41 \pm 0,4$ пг/мл; TNFα – $0,90 \pm 0,03$ пг/мл), можно отметить, что в 1-й группе у 4 из 5 больных с АР наблюдались лишь кожные проявления (против 12 во 2-й группе), а системная гипотензия имела место только у 1 пациента (против 3 во 2-й группе), успешно купированная интраоперационно (ИЛ-2 – $2,82 \pm 0,2$ пг/мл; ИЛ-6 – $5,21 \pm 0,2$ пг/мл; TNFα – $6,72 \pm 0,3$ пг/мл).

Таким образом, КХП, оперированные в условиях ИК, подвергаются риску развития АР немедленного типа и требуют применения в протоколе анестезиологического обеспечения профилактических средств; дексаметазон является эффективным средством профилактики ослаблений тяжести анафилактических реакций при операциях на сердце с ИК; в эквивалентных дозах гидрокортизон действует активнее преднизоло-

на в предупреждении реакций гиперчувствительности.

ВЛИЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Существуют различные методы комбинированной анестезии (КА) с применением центральных анальгетиков (ЦА) при многих хирургических вмешательствах у детей. Особое значение при анестезии данных методик имеет оценка показателей гемодинамики. Однако использование ЦА в детской практике имеет некоторые ограничения, что связано с физиологическими особенностями детского возраста. На сегодняшний день из числа ЦА наиболее широкое применение нашли фентанил и промедол. Варианты использования ЦА при хирургических вмешательствах у детей продолжать вызывать споры

Цель. Изучение вариантов комбинированной анестезии с использованием центральных анальгетиков при хирургических вмешательствах у детей.

Материалы и методы. Оперативное вмешательство при абдоминальных и урологических патологиях проводилось 34 больным (4-14 лет) которым проводилось. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа 23 больных, которым КА выполнялась с применением промедола (1,5 мг/кг) и ГОМКа (100 мг/кг); 2-я группа 11 больных, которым проводилась КА с применением фентанила (5 мкг/кг), сибазона (0,2 мг/кг). Обе группы были сравнимы по основным антропометрическим показателям. Исследовали параметры центральной гемодинамики методом ЭхоКГ, проводили мониторинг АДс, АДд, АДср, ЧСС, сатурацию кислорода (SatO₂).

Результаты. Было выявлено, что в вводный период проведение анестезии оказывает существенное влияние на последующие этапы анестезиологического пособия. Результативность КА у пациентов 1-й группы ознаменовалось стабильностью гемодинамики и показателей SatO₂. Это было обусловлено положительным влиянием ГОМКа и обезболивающим эффектом промедола. У пациентов 2-й группы имело место снижение ОПСС – на 14%, СИ – на 26%, АДс – на 21%.

Отличительной особенностью КА у детей в 1-й группы была стабильность показателей ЦГ, что отразилось на положительной работе сердечно-сосудистой системы. Из наркозного состояния у пациенты 1-й группы выходили на $25,0 \pm 1,12$ мин.

Таким образом, КА с применением фентанила и сибазона характеризовалась относительной стабильностью работы ССС и ранним пробуждением больных в послеоперационном периоде.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИКИ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СПЛЕНЭКТОМИИ

**Агзамходжаев Т.С., Файзиев О.Я., Юсупов А.С.,
Номозов М.Ш.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

С внедрением в широкую практику ультразвуковой диагностики (УЗД) методом доплерографии появились специфические анестезиологические проблемы, касающиеся выбора метода анестезии и стабилизации жизненно важных функций организма. Обширные травмы селезенки отличаются травматичностью вмешательства, большой продолжительностью и нередко массивной кровопотерей. Динамическое УЗД селезенки позволило выявить развитие травматических патологических процессов, в большинстве случаев в течение 1 часа менялась эхографическая картина: прогрессирование кровотока, появление деструктивных изменений селезенки, что служило показанием к срочной операции.

Цель исследования сравнительная оценка эффективности общей анестезии с комбинированной эпидуральной анестезией (КЭА) у детей с травмами селезенки при спленэктомии путем изучения гемодинамики, регуляции ритма сердца и клинического течения анестезии.

Материал и методы. Под наблюдением были дети в возрасте от 3 до 14 лет с травмами брюшной полости, полученными в результате: автомобильных аварий различных ушибов. Оперативному вмешательству были подвергнуты 29 пациентов подверглись оперативным вмешательствам. Для обеспечения анестезиологической защиты 17 из них проводили внутривенное введение пропофола в дозе 3,0 мг/кг и кетамина в дозе 2,5 мг/кг в сочетании с бупивакаином для ЭА (1-я гр). В эпидуральное пространство вводили 0,5% раствор бупивакаина в дозе 1,5 мг/кг. Анестезия поддерживалась внутривенным введением пропофола 7 мг/кг/ч. Однократно эпидурально введенный раствор бупивакаина продолжалась до 3,5 часа. Больные были переведены на ИВЛ.

У 12 детей 2- группы проводилось общая анестезия фентанилом в сочетании с пропофолом. Анестезия поддерживалась внутривенным введением пропофола 7 мг/кг/ч и фентанила каждые 15 – 20 минут ½ или 1/3 части от основной дозы.

Проводились следующие методы исследования: клиническое наблюдение течения анестезии с мониторингом ЧСС, АДс, АДд и SpO2, исследование состояния центральной гемодинамики методом эхокардиографии.

Результаты. Клиническое течение анестезии у больных обеих групп характеризовалось стабильностью общих симптомов. Показатели гемодинамики, (АДс и АДд) в период поддержания анестезии характеризовались тенденцией к уменьшению, сохранялись

нормальные величины сатурации кислорода, определяемой методом пульсовой оксиметрии.

У больных 1-й группы в наиболее травматичные периоды операции ЧСС возросла на 7,42%, СИ – на 20,65%. Показатель УПС уменьшался на 21,19% ($P < 0,05$). Остальные показатели, такие как ФИ и СДД, имели тенденцию к уменьшению соответственно на 3,88 и 1,92%. УО увеличился на 5,61%. Травматичный этап характеризовался увеличением СДД на 3,72% ЧСС на 4,34%. Другие показатели изменялись незначительно. Минимальное изменение показателей регистрировалось в конце.

У больных 2-й группы, по сравнению с исходными данными в период поддержания анестезии УПС уменьшалось на 14,06%. Такие показатели как ФИ и СДД имели тенденцию к уменьшению соответственно на 2,96% и на 6,07%. При этом УО, ЧСС и СИ имели тенденцию к увеличению соответственно на 3,9, 3,0 и 6,97%. На этапе разреза кожи отмечались невыраженные отличия показателей центральной и периферической гемодинамики по сравнению с предыдущим этапом. Увеличились только ЧСС на 3,49% и СДД на 4,12%. На всех последующих этапах операции показатели гемодинамики оставались стабильными.

Выводы. 1. При операциях спленэктомии у детей КЭА бупивакаином в сочетании с пропофолом характеризуется гладким клиническим течением, продленным анальгетическим действием (до 3,5 ч), ранним пробуждением больного от наркоза. 2. В условиях КЭА с применением пропофола течение основных этапов операционного периода сопровождается незначительными, а также компенсированными изменениями основных показателей центральной гемодинамики что свидетельствует об обеспечении эффективной анестезиологической защиты детского организма от операционной травмы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕРМЕТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Азизов К.Т., Пулатов О.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение распространенности и интенсивности фиссурного кариеса постоянных моляров и разработка современных методов его профилактики.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 20 больных в возрасте от 13 до 18 лет без соматических заболеваний. Лабораторное исследование включало сравнительную характеристику герметиков при лечении кариеса у детей и подростков. Было вылечено 40 зубов с фиссурным кариесом. Пациенты были разделены на 2 группы по 10 в каждой: 1-я группа – традиционное лечение с применением обычных светоотверждаемых материалов, 2-я группа – лечение с применением Грандио Сил (Grandio Seal) (компания VOCO, Германия).

В первое посещение всем пациентам проводили

профессиональную гигиену полости рта, которая включала определение гигиенического индекса, снятие зубных отложений по показаниям. Все пациенты основной и контрольной групп проходили контрольное обследование через 6 и 12 месяцев после лечения. Результаты лечения оценивали клинически на основании данных объективного обследования. Из фторсодержащих пломбировочных материалов были применены следующие композиты: Ionosit, Denfil, традиционное лечение проводили с помощью композита «Грандио Сил» (Grandio Seal) компания VOCO Германия.

Результаты. Наилучшие результаты показал Грандио Сил, средние результаты были у Ionosit, худшие у Denfil. Полученные данные расширяют теоретические знания о строении жевательной поверхности постоянных зубов у детей и подростков. Установлены различные методы профилактики при фиссурном кариесе постоянных зубов. Использование современных данных о постоянных зубах у детей позволяет более обоснованно определять тактику лечения зубов, а также характер и оптимальные сроки проведения мероприятий по профилактике фиссурного кариеса постоянных зубов.

Таким образом, пломбировочный материал Грандио Сил (Grandio Seal) (компания VOCO, Германия) является более эффективным в связи с большей термической совместимостью с твердыми тканями зуба, а также снижает вероятность отрыва пломбы по сравнению с материалами Ionosit и Denfil.

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Азизова Н.Д.

РСНПМЦ педиатрии

Цель. Оценка эффективности применения метформина (сиофора) в комплексном лечении метаболического синдрома (МС) у детей и подростков с бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы. Критерием отбора детей и подростков в основную группу являлось наличие БА с МС. Отбор в группу сравнения осуществлялся по критерию нормальной массы тела с БА.

Обследованы 53 ребенка с БА с МС, средний возраст – $10,44 \pm 0,2$ г. На момент включения в исследование среднее значение индекса массы тела (ИМТ) составило $24,79 \pm 3,94$, ОТ/ОБ – $0,9 \pm 0,01$. Группа сравнения состояла из 46 детей в возрасте от 6 до 14 лет (в среднем $10,44 \pm 0,2$) с нормальной массой тела. Для определения выраженности ожирения рассчитывался ИМТ. Характер ожирения оценивался по величине окружности талии (ОТ). Оценивался углеводный обмен (уровень глюкозы крови натощак, по показателями теста толерантности к углеводам).

Результаты. Больные 1-й группы находились на стандартной терапии (сочетание редуцированной по калориям диеты с адекватными физическими нагрузками), 2-я – помимо стандартной терапии получали метформин (сиофор).

До начала терапии у 34 (64%) пациентов выявлена гипергликемия натощак. Для диагностики инсулинорезистентности (ИР) пациентам рассчитывался HOMA-R, определяемый по индексу глюкоза натощак/инсулин натощак. ИР выявлена у 38 (71%) детей. Через 3 месяца терапии метформином наблюдалось достоверное снижение уровня глюкозы натощак с $5,21 \pm 0,02$ до $5,1 \pm 1,4$ ммоль/л ($p < 0,001$). У детей этой группы исходные уровни иммунореактивного инсулина (ИРИ) натощак, а также постпрондиального были выше нормы ($p < 12,5$ мкМЕ/мл), составив в среднем $18,7 \pm 6,98$ и $35,0 \pm 1,083$ мкМЕ/мл. У 48 (89%) детей на фоне метформина зафиксировано снижение уровня как глюкозы натощак, так и постпрондиальной глюкозы, причем у 37 (70%) детей исходно диагностированной гипергликемией натощак удалось достичь целевых значений уровня глюкозы натощак.

Снижение HOMA-R произошло у 9 (16,9%) больных.

У всех детей исходно ИМТ в среднем по группе составил $23,79 \pm 0,26$ кг/м², ОТ/ОБ $0,9 \pm 0,01$.

В процессе лечения метформином наблюдалась достоверная динамика всех антропометрических показателей. У 38 (90%) детей отмечалось достоверное снижение ИМТ с $23,79 \pm 3,94$ до $17,73 \pm 0,21$ кг/м², ОТ/ОБ с $0,9 \pm 0,01$ до $0,72 \pm 0,01$ ($p < 0,001$).

Таким образом, у 70% детей терапия метформином привела к восстановлению целевого уровня глюкозы натощак (глюкоза в плазме крови натощак $< 6,1$ ммоль/л), а также достоверному снижению показателя массы тела.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРИЕНТИРОВАННОЙ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Азимова Г.А., Абдуллаева З.Х., Ахмедова Д.Ю.,

Уралов Ш.М., Турсунов Ф.О., Жалилов А.Х.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Несмотря на высокую эффективность лечения антибактериальными препаратами, острые пневмонии остаются в ряду 10 важнейших причин смертности в развитых странах. Согласно статистике, показатель смертности детей от внебольничной пневмонии (ВП) составляет в среднем 13,1 на 100 тыс. детского населения, причем погибают преимущественно дети раннего возраста. Несмотря на совершенствование профилактики, диагностики и прогресс медицины в разработке новых антибактериальных препаратов, до настоящего времени существенных тенденций к снижению удельного веса ВП в заболеваемости и смертности детей не отмечается, что подчеркивает актуальность и большое значение методов определения – этиологии инфекционного процесса. Золотым стандартом диагностики ВП является обнаружение возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Но, к сожалению, эмпирическая антибиотикотерапия часто назначается наугад. Подобная тактика недопустима, так как адекватность эмпирической терапии может определить судьбу ребенка. Первичными ориентирами для эмпирической терапии могут служить бактериоскопия окра-

шенного по Граму мазка экспресс-методом.

Цель исследования. Оценка эффективности ориентированной эмпирической антибиотикотерапии ВП у детей по результатам экспресс метода выявления возбудителей окраской по Граму.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 54 ребенка (28 мальчиков и 26 девочек) в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, поступивших на стационарное лечение по поводу ВП в состоянии средней тяжести в детские отделения СФРНЦЭМП в 2012-2013 гг. 1-ю группу составили 24 ребенка, которые получали стандартное лечение. Во 2-ю группу включены 30 детей, которым была проведена экспресс-методика определения возбудителей с назначением ориентированной эмпирической антибиотикотерапии. Бактериоскопическим материалом послужил мазок из глотки или мокрота. По результатам экспресс-диагностики бактериальных возбудителей была назначена ориентированная эмпирическую антибиотикотерапия ВП препаратами амоксациллин (при обнаружении гр+ флоры) и Зитмак (при выявлении гр- бактерий) в суспензиях, в возрастных дозировках.

Результаты исследования. Метод позволил за короткий срок (за 12-15 мин) определить наличие и соотношение в материале гр+ бактерий, окрашенных в темно-фиолетовый цвет, гр-микроорганизмов, окрашенных в темно-красный цвет, и дрожжевых грибов. По результатам проведенных исследований были получены достоверные данные о клинической эффективности эмпирической антибиотикотерапии, ориентированной на результатах экспресс метода. Так, у больных 2-й группы симптомы интоксикации, дыхательные расстройства были купированы на много раньше, чем в контрольной группе. У всех больных 2-й группы применялась моноантибиотикотерапия, тогда как в 1-й, ввиду неэффективности выбранного антибиотика, в 25% случаев приходилось назначать дополнительный антибиотик из группы цефалоспоринов и аминогликозидов.

Выводы. Применение экспресс-методики позволяет при поступлении больного в стационар назначить ориентированную эмпирическую антибиотикотерапию. Применение данной методики можно рекомендовать для включения в стандарты диагностики ВП у детей не только в областных филиалах РНЦЭМП, но и в их субфилиалах, оказывающих экстренную медицинскую помощь детям. Эту малозатратную в экономическом плане и временном аспекте экспресс методику предварительного определения грампринадлежности возбудителей ВП у детей с целью назначения ранней ориентированной эмпирической антибиотикотерапии можно провести в приемно-диагностическом отделении стационара, пока идет полное общеклиническое обследование больного. Дальнейшее изучение бактериологического материала, полученного у больного при поступлении, через 72 ч позволит получить окончательный и более конкретный результат о видовой принадлежности гр+ и гр- возбудителей ВП и степени их чувствительности к антибиотикам с целью доказательства адекватности вы-

бранной этиотропной терапии или проведения соответствующей коррекции в лечении.

ТОКСИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ НЕФТЕПРОДУКТАМИ У ДЕТЕЙ

Акалаев Р.Н., Алимова Х.П., Мухитдинова Х.Н., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш., Ширинбаева Ш.Ш., Турсунбаев О.Ф.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Несоблюдение техники безопасности при хранении нефтепродуктов в домашних условиях (бензин, керосин, солярка), зачастую приводит к острым пероральным отравлениям детей. Острые отравления нефтепродуктами у детей и взрослых протекают с различной клинической симптоматикой. У взрослых пациентов действие нефтепродуктов обусловлено раздражающим действием на слизистую оболочку желудка и кишечника, а также наркотическим действием на ЦНС. У детей счет преимущественной элиминации углеводородов через дыхательные пути и несовершенства сурфактантного слоя развивается прямое повреждение легочной паренхимы. При этом наиболее тяжело протекают отравления высокооктановыми марками бензина и керосином.

По данным отдела токсикологии РНЦЭМП, в 2005-2013 гг. с острым отравлением нефтепродуктами были госпитализированы 379 детей, большинство из которых были в возрасте от 2 до 4 лет. Клинические проявления отравлений характеризуются в первую очередь развитием токсической пневмонии: частый кашель, одышка, цианоз, кровянистая мокрота. Аускультативно выслушивается ослабленное везикулярное дыхание в сочетании с массивными влажными и сухими хрипами. К дыхательным проявлениям в течение 6-8 ч обычно присоединяется повышение температуры тела, сохраняющееся 2-3-е суток. Основным методом диагностики токсической пневмонии у детей с отравлениями нефтепродуктами является рентгенография легких. Лабораторные исследования включают общий анализ крови и мочи, а также биохимический анализ крови. Обязательно проводится УЗИ печени и почек.

Рентгенологически уже через 1-2 ч после отравления отмечаются признаки повреждения легких в виде выраженного усиления легочного рисунка. В дальнейшем пневмонические очаги обычно обнаруживаются в средней и нижней долях. Согласно данным отдела токсикологии РНЦЭМП, из общего числа детей с отравлениями нефтепродуктами при поступлении в отделение у 291 (76,7%) отмечалась очаговая бронхопневмония, у 58 (15,36%) – полисегментарная, у 30 (7,94%) – отмечались признаки аспирации и долевая пневмония.

Тактика ведения больных зависела от клинической картины отравления и рентгенографического объема поражения легочной ткани. При отсутствии клинических и рентгенологических признаков пневмонии ребенка оставляют под амбулаторным наблюдением в

течение 6 ч для проведения контрольного рентгено-скопического исследования. При наличии очаговой пневмонии госпитализируют в отделение токсикологии, а если имеются рентгенологические признаки полисегментарной, аспирационной пневмонии, которые сопровождаются соответствующими клиническими данными, ребенка помещают в реанимационный зал.

Принципы лечения включают:

- промывание желудка через зонд. Перед промыванием ребенку обязательно вводят вазелиновое масло (3 мл на кг массы тела) для растворения углеводов, что препятствует их всасыванию и аспирации парами;

- профилактику и лечение токсической пневмонии:

- 1) раннее применение кортикостероидов (дексаметазон по 0,5-1,0 мг/кг/сут, преднизолон 4-5 мг/кг/сут), что позволяет предупредить повреждение легочной паренхимы в течение 3-5 дней с момента отравления;
- 2) оксигенотерапия увлажненным кислородом;
- 3) введение бронхолитиков и муколитиков;
- 4) антибиотики, предпочтительнее цефалоспорины или аминогликозиды 3 поколения;
- 5) витаминотерапия и антиоксиданты (цитохлавин, актовегин);

- профилактика и лечение гастроэнтерита: назначение эубиотиков, спазмолитиков, настоя ромашки;

- если отравление происходит на фоне сопутствующей соматической патологии, необходима консультация педиатра.

При адекватной интенсивной терапии острое отравление нефтепродуктами протекает без осложнений. Согласно нашим данным, использование описанного алгоритма лечения токсической пневмонии позволило снизить продолжительность пребывания в стационаре с 4,7 койко-дня в 2005 г. до 3,0 в 2013 г. За весь изучаемый период погибли 3 (0,79%) детей вследствие аспирации яда в дыхательные пути с развитием тяжелой аспирационной пневмонии и острой дыхательной недостаточности еще на догоспитальном этапе.

Выводы. 1. Основным проявлением острых отравлений нефтепродуктами у детей является токсическая пневмония. 2. Рентгенография легких основной инструментальный метод исследования, который позволяет определить тактику лечения. 3. При острых отравлениях нефтепродуктами у детей необходимо проведение комплексной интенсивной терапии, направленной на элиминацию яда, профилактику и лечение токсической пневмонии.

ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Акалаев Р.Н., Сатвалдиева Э.А., Стопницкий А.А., Юсупов О.П., Хожиев Х.Ш., Ишбаев Н.А., Собиров Д.Х., Шарипов И.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

По данным отдела токсикологии РНЦЭМП, в 2005 г. в Центр поступили 26 детей в возрасте 2-5 и 12-14 лет с отравлениями психофармакологическими препаратами (ПФС), а в 2013 г. также таких больных уже было 134 (с учетом подростков от 14 до 18 лет). Таким образом, прирост составляет свыше 515%. Всего в 2005-2013 гг. госпитализированы 726 детей с отравлениями ПФС. По нашему мнению, это связано с тем, что в последние годы значительно расширены показания к применению ПФС со стороны невропатологов, психиатров, а также врачей других специальностей. Немалую роль в увеличении числа данной категории пострадавших играет и повышение возрастного порога пациентов детского возраста с 14 до 18 лет.

Отравление трициклическими антидепрессантами (амитриптилин) получили 34,6%, пострадавших антигистаминными препаратами (димедрол) – 30,2%, противосудорожными средствами (карбамазепин, бензонал) – 22,7%, нейролептиками (азалептол, аминазин) – 12,4%. Следует отметить, что в 2010 г. первое место среди отравлений ПФС занимал димедрол, однако запрет на его безрецептурную продажу в 2011 г. привел к значительному сокращению отравлений этим препаратом.

На госпитальном этапе необходимо оказать комплексную специализированную помощь. Для этого нами разработан следующий план лечебно-диагностических мероприятий.

1. Оценка тяжести состояния ребенка. а) Определение уровня сознания, степени нарушения дыхания, гемодинамики. б) Подключение к кардиомонитору с целью постоянного мониторинга сатурации, артериального давления, сердечного ритма. в) Снятие и тщательный анализ ЭКГ. Особенностью отравлений ПФС у детей является раннее развитие нарушений сердечного ритма, в связи с чем необходимо обратить внимание на увеличение интервала PR, Q-T и расширение комплекса QRS, что является предвестником развития жизнеопасных аритмий. г) Анализ капиллярной крови на КЩС. У всех больных с отравлениями ПФС отмечаются нарушение внешнего дыхания, что проявляется снижением PaO_2 , pH и повышением PCO_2 .

2. Одновременно с диагностическими мероприятиями необходимо начать респираторную поддержку путем ингаляций увлажненного кислорода или при необходимости ИВЛ.

3. Необходимо установить назогастральный зонд для проведения повторного промывания желудка и вве-

дения энтеросорбентов. Согласно рекомендациям ВОЗ (1997), активированный уголь вводится в дозе 1 г на кг массы тела ребенка. Так как большие дозы активированного угля у детей нередко вызывают сильную рвоту, в отделе токсикологии РНЦЭМП с 2008 г. в качестве энтеросорбента применяются препараты на основе лигнина (филтрум) в дозе 0,2 г на килограмм массы тела.

3. Ведущим методом в лечении интоксикации ПФС остается дезинтоксикационная терапия методом форсированного диуреза. Обязательна коррекция ацидоза – введение 4% раствора бикарбоната натрия.

4. При развитии судорожного синдрома вводится седуксен или гаммаоксibuтират натрия.

5. У детей с тяжелыми отравлениями ПФС на фоне коматозного состояния развивается токсико-гипоксический отек головного мозга, с целью профилактики и лечения которого нами разработан комплекс лечебных мероприятий: введение противотечного ангиопротектора L-лизина эсцината в/м или в/в 0,2 мг/кг массы тела 2 раза в сутки. Гормонотерапия – дексаметазон в дозе 1 мг/кг массы тела. Антигипоксикант цитофлавин – по 0,5 мл/кг массы тела в/в капельно. Глицерин по 10-15 мл перорально через зонд и диакарб по 0,062-0,125 г 1-2 раза в сутки.

6. Кардиопротективная терапия. С целью профилактики и лечения первичного кардиотоксического эффекта всем пациентам с отравлениями ПФС независимо от тяжести отравления вводится комплекс мембранопротекторов – унитиол 5% в/в капельно, альфа-токоферола ацетата 30% в/м и гидрокортизон в/м. Категорически противопоказано введение антиаритмических средств, особенно I и IV групп!

Внедрение данной тактики интенсивной терапии позволило снизить летальность при острых отравлениях ПФС у детей с 2,7% в 2005 г. до 0,1% в 2013 г. и время пребывания в стационаре с 5,3±1,1 до 2,1±0,7 койко-дня.

Выводы. 1. Острые отравления ПФС являются одной из наиболее опасных и сложных в диагностическом аспекте патологий у пациентов детского возраста. 2. Острые отравления ПФС требуют проведения интенсивной терапии, направленной на профилактику и лечение жизнеопасных осложнений как на догоспитальном, так и на госпитальном этапе. 3. С целью повышения качества оказываемой неотложной помощи токсикологам, клиническим фармакологам необходимо организовать в системе непрерывного медицинского образования семинары и лекции, посвященные проблеме отравлений ПФС. 4. С целью профилактики отравлений врачам первичного звена необходимо проводить беседы с родителями о соблюдении правил безопасного хранения лекарств в домашних условиях.

ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНИВШИЕСЯ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ, У ДЕТЕЙ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Акилов Х.А., Аминов У.С., Асадов Ш.Я.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проанализирован архивный материал отделения неотложной хирургии детского возраста клиники РНЦЭМП за 2006 – 2011 гг. За этот период поступили 48 детей с различным течением эмпием плевры. Заболевание у мальчиков и девочек встречалось с одинаковой частотой – 25 (52%) и 23 (47.9%). Основными клиническими признаками явились кашель с выделением мокроты, одышка, повышение температуры тела, признаки интоксикации организма. Диагноз устанавливали на основании клинической картины и результатов инструментальных методов обследования (обзорная рентгенография грудной клетки, УЗИ плевральных полостей).

С целью уточнения возбудителя проведено бактериологическое исследование материалов из зева, мокроты и пункционного материала из плевральных полостей.

У 54% больных произведена однократная пункция плевральной полости с эвакуацией, экссудата и введением антибиотика в плевральную полость, а затем назначением антибактериальной терапии.

10,4% детям наложен торакоцентез. У 35,41% пациентов ввиду осумкования процесса и формирования пиофиброторакса выполнена торакоскопия с декортацией легкого, частичной плевэктомией, санацией и дренированием плевральной полости.

Всем больным назначали антибактериальную (по чувствительности), бронхолитическую, противовоспалительную терапию, дыхательную гимнастику. В динамике проводилась рентгенография грудной клетки и МСКТ. У оперированных больных операционная рана зажила первично. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, что прогресс в этом сложном разделе детской хирургии должен быть связан, прежде всего, со своевременным предупреждением легочных осложнений, внедрением в клиническую практику современных технологий лечения эмпиемы плевры.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПНЕВМОНИИ

Алибекова М.Б., Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Ходжаева М.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Диагностика пневмонии, основанная на результатах физикального и рентгенологического обследования может быть приравнена к синдромному диагнозу, нозологическим же он становится после определения возбудителя заболевания.

Высокий уровень диагностических ошибок, обу-

словленных зачастую скудной клинико-рентгенологической картиной заболевания, диктует необходимость поиска новых эффективных и доступных методов ранней диагностики и оценки эффективности стартовой эмпирической антибактериальной терапии при осложненной пневмонии у детей. Разработка и внедрение алгоритма диагностики и лечения больных детей с осложненными формами пневмонии должны помочь в выборе лечебных мероприятий для обеспечения быстрого выздоровления.

Материал и методы. Под наблюдением были 23 ребенка в возрасте от 5 месяцев до 4 лет, находившихся на лечении в отделении реанимации (ОАРИТ) и в педиатрических отделениях РНЦЭМП в 2013 г.

Всем больным проводили общеклиническое обследование, биохимические исследования крови, бактериологические мазки из зева, рентгенографию грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям ЭКГ, Эхо-КГ, КТ, а также определяли количество прокальцитонина в сыворотке крови.

Результаты. Полисегментарная пневмония была у 14 (61%) детей, очаговая – у 8 (34,7%), верхнедолевая – у 1 (4,3%). Осложнения пневмонии были представлены в виде острой дыхательной недостаточности I степени у 4 (17,4%), II степени – у 4 (17,4%), ОДН II степени в сочетании с ОШ II степени – у 4 (17,4%), явления вторичного менингоэнцефалита – у 1 (4,3%), дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании с токсическими поражениями в печени и сердца – у 1 (4,3%), дыхательная недостаточность в сочетании с токсическим гепатитом – у 2 (8,5%), токсический гепатит – у 1 (4,3%), гидроторакс – у 2 (8,5%).

Уровень прокальцитонина у 18 (78,3%) детей был выше 0,25 нг/мл, у 4 (17,4%) выше 0,5 нг/мл, у 1 (4,3%) выше 2,0 нг/мл с диагнозом пневмония, осложненная гидротораксом. У тех детей, у которых уровень прокальцитонина был выше 0,25 нг/мл, пневмония осложнилась острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью. Наиболее высокими были уровни прокальцитонина у детей с пневмонией, осложненной токсическим гепатитом, нефритом и менингоэнцефалитом (>0,5 нг/мл). Только у 1 ребенка с пневмонией, осложненной сепсисом, уровень прокальцитонина был выше 2,0 нг/мл.

Таким образом, изменения традиционных клинико-лабораторных показателей, рентгенологической картины, определяющих тяжесть заболевания, связаны с динамикой уровня прокальцитонина. Предложенный нами клинический алгоритм диагностики и лечения больных с осложненными формами пневмонии (определение прокальцитонина в крови) может предупредить неоправданное назначение антимикробных препаратов и уменьшить длительность терапии антибиотиками, что приведет к снижению темпов развития антибиотикорезистентности.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Сатвалдиева Э.А.,
Алибекова М.Б., Мирзаева Н.Р.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Основным этиологическим фактором пневмоний принято считать *Str. pneumoniae*. При бактериологическом исследовании (мазок из зева) этот возбудитель выявляется у 45–70% больных. Анализ данных литературы свидетельствует о том, что в этиологии пневмоний бактерии в виде монокультур встречаются в 38,5–45%, в виде бактериальных ассоциаций – в 26–37% случаев.

Материал и методы. Обследование и лечение проведено у 97 детей в возрасте от 1 месяца до 4 лет с осложненными формами пневмонии, находившихся в отделениях педиатрии и интенсивной терапии. Клиническая картина пневмонии характеризовалась поражением легких с формированием полиорганных осложнений под воздействием инфекционного процесса и респираторных расстройств. Ведущими осложнениями были острая дыхательная недостаточность I-II степени (77%), токсический кардит (8%), токсический гепатит (10%), вторичный менингоэнцефалит (5%).

Результаты. *Str. pneumoniae* высеян у 81 (18%) пациентов, бактерии в виде монокультуры – у 35% (*Kl. pneumoniae* – у 14%, *Staph. aureus* – у 21%), в виде бактериальных ассоциаций – у 25% (*Kl. pneumoniae*, *Ps. aeruginosa*).

При пневмонии, осложненной дыхательной недостаточностью, в мазке из зева обнаруживались в основном *Staph. aureus* – у 21,4%, *Str. pneumoniae* – у 17,8%, *E. aerogenes* – у 16,7%, *Kl. pneumoniae* – у 14,3%. При пневмонии, осложненной вторичным менингоэнцефалитом, высеяны *Kl. pneumoniae* – у 21,3%, *Ps. aeruginosa* – у 19%.

Выводы. Таким образом, этиологическим фактором пневмонии в основном *Staph. aureus* (21%), на втором месте – *Str. pneumoniae* (18%), на третьем – *Kl. pneumoniae* (14%). При пневмонии, осложненной вторичным менингоэнцефалитом, на первом месте была *Klebsiella pneumoniae* (21,3%). Микробиологический мониторинг при пневмониях у детей позволит выбрать схему лечения и прогнозировать исход заболевания.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

*Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Баходирова А.Н.,
Аминов У.С.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Цель исследования. Определение тактики лечения у детей с осложненными формами пневмониями.

Материал и методы. Под наблюдением были 170 больных с осложненной пневмонией в возрасте от 1 месяца до 15 лет, находившиеся в 2010–2012 гг. в отделениях экстренной педиатрии, детской хирургии и от-

делении реанимации и интенсивной терапии РНЦЭМП.

Дети до 1 года составили 58%, от 1 года до 3 лет 29%, 3–6 лет – 7%, 6–15 лет – 6%. 27 (16%) детей переведены из других лечебных учреждений в тяжелом состоянии.

Результаты. При проведении исследования использовали следующие методы:

- клинические – оценка данных эпидемиологического анамнеза, соматического и акушерского анамнеза матери, выявление наследственности, отягощенности по бронхолегочной и иммуносупрессивной патологии;
- лабораторные – общий анализ крови, биохимические исследования крови, бактериологическое исследование мазков из зева и посевы мокроты, рентгенография органов грудной клетки и по показаниям: ЭКГ, Эхо-КГ, КТ исследование.

Давность заболевания у 32% больных составляла до 3 дней, у 48% – до 10 дней, у 20% – свыше 10 дней. Осложнения пневмонии были представлены острой дыхательной недостаточностью I степени у 48%, II степени у 35%, в сочетании с ОШ II степени у 7%, явлениями вторичного менингоэнцефалита у 6%, дыхательной, сердечно сосудистой недостаточностью в сочетании с токсическим поражением печени у 5%.

Внутрилегочные деструктивные процессы и гнойные легочные осложнения наблюдались в 7% случаев. У 3% выявлен пиопневмоторакс, у 4% – легочная форма БДЛ. Больным с гнойными осложнениями наложен торакоцентез с дренированием плевральной полости. У 1% из них в связи со спаечным процессом, наличием шварт произведена торакоскопия.

Всем больным назначали антибактериальную (по чувствительности), бронхолитическую, посиндромную терапию, дыхательную гимнастику. Все пациенты выписаны домой с улучшением.

При выяснении причин осложнений пневмонии нами также отмечено неоднократное и непоследовательное лечение антибиотиками при предыдущих эпизодах ОРИ (цефалоспорины 2-3 поколения в течение 2 – 3 дней с прекращением после улучшения состояния больного). Часто антибиотики назначали необоснованно без рентгенологического подтверждения пневмонии. Стремление предотвратить бактериальные осложнения приводит к формированию резистентности микроорганизмов и сенсибилизации организма ребенка.

Таким образом, необходимо совершенствование профилактики, диагностики и широкое внедрение современных эффективных схем лечения данного заболевания у детей. Исход прямо пропорционален своевременному адекватному назначению антибактериальной терапии и при необходимости подключению активных методов лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕЙВЦЕФА (ЦЕФИКСИМА) У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Алибекова М.Б., Баходирова А.Н., Мирзаева А.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Оценка клинической эффективности, переносимости сейвцефа (цефиксима) терапии у детей раннего возраста с острым обструктивным бронхитом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находился 41 больной с острым обструктивным бронхитом, в возрасте от 6 месяцев до 4 лет. Мальчики составляли 60,9%, девочки – 39,1%. Проводились клинические и функциональные исследования. Больные методом случайной выборки были разделены на 2 группы: 1-я группа – 21 ребенок получал цефалоспорины 1-3 поколения в/м и симптоматическую терапию, 2-я группа – 20 больных получали сейвцеф (цефиксим) внутрь и симптоматическую терапию.

Результаты. Препарат назначали из расчета 8 мг/кг в сутки на один прием. На фоне проводимой комплексной терапии БОС у детей обеих групп, получавших антибиотики в/м и сейвцеф внутрь, наблюдалось улучшение состояния: исчезали одышка, цианоз, свистящее дыхание, уменьшились кашель и количество хрипов в бронхах. Кроме того, у них в одинаковые сроки стабилизировались показатели периферической крови, количество лейкоцитов, уровень гемоглобина, величина СОЭ. Дети 2-й группы, принимавший сейвцеф внутрь, отлично переносили прием препарата, аллергических реакций не наблюдалось.

Таким образом, сейвцеф эффективен в комплексной терапии у детей с обструктивным бронхитом. Сейвцеф удобен в применении в стационарных и домашних условиях: однократный прием внутрь, длительность назначения составляет 5 дней, безопасен – меньше побочных действий, экономичный (не требует затрат на шприцы, вату, спирт), не требует наличия подготовленного медицинского персонала. Кроме того, пероральное назначение сейвцефа благоприятно сказывается на эмоциональном состоянии детей, что особенно важно при неврологических нарушениях.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Нуралиева Г.С., Рахимов А.Х., Мусаева К.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острая респираторная инфекция (ОРИ) – это группа полиэтиологических инфекционных (вирусно-бактериальных) заболеваний респираторного тракта, имеющих сходные эпидемиологические характеристики, механизмы развития и клинические проявления. ОРИ занимает первое место в структуре заболеваний органов дыхания у детей и опасна высоким риском развития ос-

ложнений. По данным ВОЗ (2009), ведущими вирусными и бактериальными возбудителями респираторных инфекций у детей являются вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, риновирусы, реовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, ротавирусы, энтеровирусы группы Коксаки и ЕСНО, коронавирусы (до 75-80%). Среди бактериальных возбудителей доминирует *Streptococcus pneumoniae* (до 50%); *Haemophilus influenzae* (до 20-30%) и *Moraxella catarrhalis* (до 10-30%).

Цель исследования. Изучение частоты острых респираторных инфекций с осложненным течением у детей раннего возраста и оптимизация их лечения.

Материал и методы. Всего в 2012 г. На лечении находились 5432 больных с соматической патологией, из них с осложненным течением ОРИ были 1466 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Всем больным проводили общеклиническое обследование (общий анализ крови, мочи, кала), по показаниям биохимические исследования крови, бактериологические мазки из зева, рентгенографию грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ, нейросонографию, КТ-исследование головного мозга и анализ спинномозговой жидкости.

Результаты. Больные с ОРИ осложненного течения составили 26,9%, в том числе от 1 месяца до 1 года – 903 (61,5%), от 1 года до 3-х лет 563 (38,5%).

У больных наблюдались такие осложнения как энцефалитическая реакция, менингоэнцефалит, гипертермический синдром, судорожный синдром, катаральные и гнойные отиты. При бактериологическом исследовании высеяны *Str. viridans* (24,3%), *Staph. saprophyticus* (18,5 %), *Staph. aureus* (11,9 %), *Staph. epidermidis* (11,6%), *Kl. pneumoniae* (7,9%), в остальных случаях *Ps. aeruginosa*, *Str. pyogenes*, *Staph. haemoliticus* (около 2,2-2,8%).

При лечении использовались противорусные препараты (арбидол, ацикловир, анаферон), симптоматические (отхаркивающие препараты амброксол), антигистаминные препараты (цетиризин – при наличии симптомов ЭКД, атопического дерматита, повышении уровня эозинофилов в крови), жаропонижающие средства (ибуфен, ибупрофен). Антибактериальная терапия применялась только по следующему показанию: лихорадка с температурой тела выше 39° С в течение 48-72 ч, наложение бактериальной инфекции, появление одышки, физикальные изменения в легких, асимметрия хрипов, лейкоцитоз или лейкопения, ускоренная СОЭ. Антибиотики из группы цефалоспоринов, макролидов применяли как перорально, так и парентерально.

Таким образом, острые респираторные инфекции с осложненным течением у детей раннего возраста имеют высокий удельный вес, что нередко приводит к более тяжелому течению заболевания. Это требует своевременной оценки состояния больного ребенка и проведения адекватной терапии.

ЛИМФОТРОПНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ

*Аскаргов Д.А., Улмасов К.Э., Каххоров А.И.,
Холматжонов С.С.*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Разработанный в нашей стране лимфотропный путь введения антибиотиков с 2008 г. внедрен в детских хирургических клиниках, где применен у 30 больных с аппендикулярным перитонитом. В комплексном лечении у 30 больных с разлитым гнойным перитонитом, применяли регионарную лимфотропную антибиотикотерапию.

Методика регионарной лимфотропной антибиотикотерапии заключалась в следующем. После выполнения основных этапов операции (аппендэктомия, санация брюшной полости) между листками брыжейки в области илеоцекального угла вводили хлорвиниловый катетер, который фиксировали одним кетгутовым швом с последующим введением проксимального конца через отдельный прокол передней брюшной стенки.

В послеоперационном периоде два раза в сутки через катетер вводили один из них протеолитических ферментов (лидаза 8-16 ед, трипсин кристаллический 2,5-5 мг) которые разводили в изотоническом растворе натрия хлорида или 0,25% растворе новокаина. Спустя 2 мин вводили разовую дозу антибиотика. Продолжительность регионарной лимфотропной антибиотикотерапии – 5-6 дней.

Контрольной группой служили 40 больных с аппендикулярным перитонитом, сопоставимые по тяжести и длительности заболевания, которым до 2008 г. проводили традиционную послеоперационную терапию. При использовании в комплексном лечении аппендикулярных перитонитов у детей лимфотропной терапии наблюдалась значительная положительная динамика. К 3-4 суткам улучшалось общее состояние больных, нормализовалась температура, исчезали симптомы раздражения брюшины, восстанавливалась моторика желудочно-кишечного тракта, появлялся аппетит.

Клинические данные подтверждались лабораторными показателями: снижалось количество лейкоцитов, нормализовалась формула белой крови. Применение общей и регионарной лимфотропной терапии в комплексном лечении больных перитонитом позволило снизить летальность до 0,1%, уменьшить сроки пребывания больных в стационаре, уменьшить расход антибактериальных препаратов.

Таким образом, лимфотропная терапия является существенным звеном в комплексном лечении аппендикулярных перитонитов у детей и заслуживает широкого внедрения в клиническую практику.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТРАНЗИТОРНОЙ (ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ) ИШЕМИИ МИОКАРДА У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Ахмадалиев Б.К., Туйчиев А.Х., Холмирзаева А.З.,
Нишонбоева С.М.**

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель. Выявление электрокардиографических признаков транзиторной ишемии миокарда у доношенных и недоношенных новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию.

Материал и методы. Под наблюдением были 75 недоношенных со сроком гестации 30-36 недель (1-я группа) и 22 доношенных (2-я группа) новорожденных, которые имели факторы риска хронической внутриутробной гипоксии и/или родились в состоянии асфиксии и имели признаки перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС средней и тяжелой степеней; 3-я группа — 36 здоровых доношенных новорожденных.

У всех детей проводились клиничко-анамнестические исследования, стандартная электрокардиография в раннем и позднем неонатальном периодах, нейросонография. Полученные данные обработаны статистически (χ^2 -критерий, непараметрический критерий Краскела-Уоллиса).

Результаты. В раннем неонатальном периоде у недоношенных была более высокая, чем у доношенных 2-й группы максимальная и минимальная частота сердечных сокращений ($164,6 \pm 20,26$ и $137,2 \pm 23,10$ в мин ($p < 0,001$; $143,6 \pm 22,36$ и $128,3 \pm 20,76$ в мин $< 0,01$). Вследствие этого у недоношенных детей наблюдалась более короткая продолжительность частотозависимых интервалов ЭКГ. В позднем неонатальном периоде у недоношенных сохраняется более высокая максимальная и минимальная частота сердечных сокращений, чем у новорожденных 3-й группы ($185,7 \pm 18,64$ и $171,2 \pm 21,98$ в мин $p < 0,5$; $164,8 \pm 18,82$ и $144,7 \pm 24,39$ в мин $p < 0,001$ соответственно). Напротив, величина скорректированного QT-интервала в раннем неонатальном периоде у доношенных детей, перенесших перинатальную гипоксию выше, чем у здоровых новорожденных ($0,45 \pm 0,05$ и $0,4 \pm 0,04$ с, $p < 0,05$). Во 2-й группе было достоверно большее число детей с положительными зубцами Т в отведениях V1-3, чем в 1-й и 3-й группах, как в раннем, так и в позднем неонатальном периодах (23,8, 50,0 и 28,6% в раннем и 22,2, 50,0 и 28,6% в позднем неонатальном периодах; $p_{I-II} < 0,1$, $p_{I-III} < 0,05$, $p_{II-III} < 0,01$). Ишемические изменения в виде депрессии (менее – 100 мкВ) и/или элевации (более +150 мкВ) сегмента ST достоверно более часто наблюдались у новорожденных 2-й группы как в раннем, так и в позднем неонатальном периодах (14,0, 56,0% и отсутствие симптома ($p_{I-II} < 0,001$, $p_{I-III} < 0,5$, $p_{II-III} < 0,01$) в раннем и 18,6, 50,0 и 20,0% ($p_{I-II} < 0,01$, $p_{I-III} < 0,01$, $p_{II-III} < 0,001$) в позднем неонатальном периодах).

Выводы. К признакам транзиторной (постгипок-

сической) ишемии миокарда у доношенных новорожденных относятся депрессия и/или элевация сегмента ST в раннем и позднем неонатальном периодах, увеличение электрической систолы желудочков в раннем неонатальном периоде, инверсия зубца Т в отведениях V1-3 в позднем неонатальном периоде. Для недоношенных детей, перенесших перинатальную гипоксию, ишемические изменения на ЭКГ в неонатальном периоде не характерны.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОЙ ВЕРТЕБРО-МЕДУЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Ахмедиев М.М., Ахмедиев Т.М., Ваккасов Н.Й.

**Республиканский научный центр нейрохирургии,
Ташкентская медицинская академия**

Материал и методы. Материалом для изучения преимущественно острой вертебро-медуллярной недостаточности явились опухоли спинного мозга у детей (68 наблюдений). Возраст пациентов от 2 до 14 лет. Почти у 50% детей отмечается «острое» начало заболевания, что не всегда говорит об агрессивном росте опухоли, а о срыве компенсации в незрелом растущем организме. При относительно непродолжительном анамнезе заболевания более половины детей госпитализированы в стационар с уже грубым неврологическим дефицитом. Из-за возможности усугубления неврологического дефицита проводились неинвазивные диагностические процедуры (КТ, МСКТ, МРТ, электронейромиография). Гистологически в 95% наблюдений выявлены эпендимомы спинного мозга, реже наблюдались липомы, фибромы, кисты, являющиеся источником сдавления спинного мозга.

Результаты. На основании изучения особенностей клинического течения опухолей спинного мозга у детей, а также результатов применения методов нейровизуализации использован термин «синдром вертебро-медуллярной недостаточности». Отличительной способностью данной группы наблюдений является медленное нарастание вертебро-медуллярного конфликта со срывом компенсации, что дало возможность проследить общеорганизменные изменения, характерные для клинического проявления фазы течения патологического процесса. Длительность фаз клинического течения зависела от морфологической структуры интрамедуллярного образования, характера роста, возраста ребенка. Ведущее значение в диагностике принадлежало клиническому и лучевому методам. У Диагностика опухолей спинного мозга у половины детей происходила в фазу умеренной клинической декомпенсации или грубой клинической компенсации. Несмотря на возможность «молниеносного» появления клинических симптомов, что объясняется быстрой сменой фаз патологического процесса у детей, при данном синдроме происходит длительное нарастание проявлений заболевания и соответствующих рентгенологических изменений. Степень клинических проявлений зависела от фазы течения патологического процес-

са (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация). Этот синдром отмечался у всех пациентов с новообразованиями спинного мозга, а у 15,2% до использования уточняющих методов исследования в динамике этот синдром не интерпретировался. Произведена оценка эффективности клинических, лучевых и нейрофизиологических методов диагностики в различные фазы течения патологического процесса. Лечение острой вертебро-медуллярной недостаточности начиналось с проведения экстренных мероприятий. При определении показаний к оперативному лечению необходимо учитывать фазу течения патологического процесса. Терминальная фаза является противопоказанием к проведению оперативного вмешательства. Проведение лечения с учетом фазы клинического течения патологического процесса и комплекса хирургической защиты спинного мозга позволило снизить частоту неврологических осложнений в послеоперационном периоде с 13 до 3,3%.

Выводы. 1. Острая вертебро-медуллярная недостаточность у детей характеризуется неустойчивым состоянием клинической компенсации, что необходимо учитывать при подготовке к оперативному лечению и при выполнении оперативного вмешательства. 2. С целью уменьшения количества послеоперационных неврологических осложнений при хирургических вмешательствах на спинном мозге рекомендуется использовать комплекс хирургической защиты спинного мозга.

АТОПИК БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН ХАСТА БОЛАЛАРДА ЖОЙЛИ ИММУНОТЕРАПИЯНИНГ ЭФФЕКТИВЛИГИ

Ахмедова М.М., Хақулова Р.Р.

РШТЁИМ Фарғона филиали, ТТА Фарғона филиали

Кузатувимизда 32 нафар 7-14 ёшгача болалар бўлиб, ўғил болалар – 13, қиз болалар – 15ни ташкил этди. Даволашни самарадорлигини аниқлаш мақсадида беморлар 2 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳ – 17 беморга иммунотерапия классик инъекция усулида ўтказилди. 2-гуруҳ – 15 беморга маҳаллий усулда ноинфекцион аллергенларни АИ-1 ингалятор ердамида нафас йўлларида юборилди.

Касалликнинг энгил шакли 17 нафар, ўрта оғир шакли 13 нафар ва оғир шакли 2 нафар болаларда аниқланди. Даволаш давомийлиги 1-2 ой бўлиб, йилда бир маротаба мавсумдан олдин қиш фаслида ўтказилди. Даволаш 3 курсдан иборат бўлиб, самарадорлиги 5 балли шкала ёрламида таҳлил қилинди.

5 балл (аъло натижа) – бронхларни биологик фаол моддаларга бўлган реактивлиги сусайган ташқи нафас функцияси кўрсаткичлари ва қон зардобиди Ig A, M, G, концентрацияси меъериди.

4 балл (яхши натижа) – касалликни клиник аломатлари 70% камайган, Ig A, M, G, концентрациясини ишончли ортиши ($p < 0,01$), ташқи нафас функцияси кўрсаткичлари меъерига яқин.

3 балл (қониқарли натижа) – бемор аҳволи

қониқарли, йўтал, ҳансираш жисмоний зўриқиш натижасида кузатилади. Ташқи нафас функцияси кўрсаткичлари меъерига яқин иммунологик кўрсаткичларни ишончли ортиши аниқланмади.

2 балл (қониқарсиз натижа) – бемор аҳволи ўзгаришсиз, йўтал ҳансираш, хуруж белгилари мавжуд. Нафас функцияси кўрсаткичлари иммунологик кўрсаткичлар ўзгаришсиз.

1 балл (беморни оғирлашиб қолиши) – касалликни хуруж даври узоқ, оғирроқ кечади. Нафас юзаки тезлашган, нафас актида кўкрак қафаси ердамчи мушаклари иштрок этади, оғиз– бурун атрофида кўкариш, акроцианоз кузатилади. Бемор мажбурий ҳолатда ўпкасида қуруқ хуштаксимон ва нам хириллашлар мавжуд.

Специфик иммунотерапиядан сўнг, ахши ва аъло натижалар: 1-гуруҳ беморларида (21,8%) қониқарли натижа (28,1%) ва қониқарсиз натижа (9,3%) ташкил этди.

2-гуруҳ беморларида маҳаллий иммунотерапия натижалари қуйидагича бўлди. Аъло яхши натижалар (34,3%), қониқарли натижа (9,3%), қониқарсиз натижа (3,1%) ташкил қилди. Касалликни ремиссия даври маҳаллий иммунотерапияда 6 ойдан 2 йилгача бўлса, классик усулда даволанган беморларда 2 ойдан 8 ойгача бўлган даврни ташкил этди. Даволаш жараенида 2-гуруҳ беморларида 1-гуруҳ беморларига нисбатан аллергик реакциялар 5 маротаба кам кузатилди. Бронхлар рецепторларини биологик фаол моддаларга сезгирлиги 2-гуруҳ беморларида 95%, терининг аллергенларига сезгирлиги 75% камайди.

1-гуруҳ беморларда Ig A, M, G кўрсаткичи ишончли ортти. 2-гуруҳ беморларида нейтралловчи антитаначалар, яъни Yg G миқдори 1-гуруҳ беморларига қараганда 5 маротаба юқори бўлди.

2-гуруҳ беморларида касалликни ремиссия даври 1-гуруҳ беморларига нисбатан 5-6 маротаба юқори бўлди. 1-гуруҳ беморларида даволаш жараенида оғир асоратлар асмастик ҳолат, анафилактик шок кузатилди. 2-гуруҳ беморларида ҳеч қандай асоратлар кузатилмади.

Шундай қилиб болаларда бронхиал астма ва бошқа респиратор аллергик касалликларни даволашда маҳаллий иммунотерапия усули мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Маҳаллий иммунотерапия усули оғирқисиз, зарарсиз, эффективлиги юқори, маҳаллий ва умумий аллергик реакциялар қақирмайди.

ДИАГНОСТИКА И АЛЛЕРГОВАКЦИНАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ахмедова М.М., Ким К.А., Юльчибаева Д.М., Хақулова Р.Р.

Ферганский филиал ТМА, Ферганский филиал РНЦЭМП

Обследованы 220 детей с бронхиальной астмой. У 78 (35,5%) больных обнаружена грибковая сенсibilизация, у 51 (23,2%) сенсibilизация к бытовым, у 42 (19%) – к пыльцевым, у 35 (16%) к эпидермальным, у 14 – к пищевым аллергенам. Диагноз ставили на основании аллергоанамнеза, результатов кожного тестирования с аллергенами из плесневых дрожжеподобных

грибов, провокационных назальных ингаляционных проб, определения противогрибковых специфических IgE методом ИФА. Комплексное аллергическое обследование позволило выявить, клинические особенности течения бронхиальной астмы грибковой этиологии, установить ведущую роль реагиновых антител по характеру кожных, провокационных проб и обнаружению противогрибковых IgE антитела. Бронхиальная астма грибковой этиологии развивается на фоне угнетения Т-клеточного звена иммунитета и системы фагоцитоза.

Аллерговакцинация грибковыми аллергенами эффективна в 85% случаев, что проявляется в нормализации клинико-иммунологических показателей, фагоцитарной активности нейтрофилов, улучшении бронхиальной проходимости, уменьшении гиперреактивности бронхиального дерева, удлинении сроков ремиссии болезни.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ГАЛОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ИНГАЛЯЦИОННЫХ АНЕСТЕТИКОВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Бабаев Б.Д., Острейков И.Ф., Штатнов М.К.,
Мельникова Н.И., Петрова Ж.И., Толасов К.Р.,
Шишков М.В.*

**РМАПО, Тушинская детская городская больница,
Москва, Россия**

Современные галогенсодержащие ингаляционные анестетики обладают менее выраженным кардиодепрессивным эффектом; меньше влияют на внутричерепное давление, элиминируются быстрее галотана; не сенсибилизируют миокард к катехоламинам. Севофлуран не раздражает верхние дыхательные пути, время индукции короче, чем при использовании фторотана в 1,5-2 раза. Изофлуран обладает более выраженным анальгетическим эффектом, не влияет на гемодинамику, более управляемая анестезия и гладкое пробуждение. В последние годы в связи с появлением нового поколения наркозно-дыхательной аппаратуры и мониторинга все более широко используются методы реверсивного контура, такие как низкопоточная анестезия (low flow anaesthesia) с общим газотоком 0,5 – 1 л/мин; анестезия с газотоком менее 0,5 л/мин (minimal flow anaesthesia).

Цель работы. Повышение эффективности и безопасности методики ингаляционной анестезии в педиатрической практике.

Материал и методы. Анестезии с применением севофлурана и изофлурана при “малых” оперативных вмешательствах проведены у 30 детей.

Комбинированный эндотрахеальный наркоз с low flow anaesthesia или minimal flow anaesthesia. при обширных оперативных вмешательствах выполнен у 40 детей. Возраст пациентов от 3 до 15 лет.

Через 30-40 мин после внутримышечной премедикации, включавшей атропин, димедрол и дормикум, ребенка брали на операционный стол. При индукции в наркоз больной получал закись азота с кислородом в соотношении 1:1 с постепенным уве-

личением концентрации севофлурана до 7-8 об%. Поддержание анестезии изофлураном концентрация 2-4 об% в сочетании с N_2O+O_2 . При наложении швов на подкожную жировую клетчатку и кожу подачу газонаркотической смеси прекращали и переходили на ингаляцию чистого кислорода. Восстановление сознания происходило через 2-3 мин.

Анестезия с низким и минимальным газотоком: после стандартной премедикации проводилась предварительная денитрогенизация 100% O_2 . Индукция севофлураном в сочетании с N_2O+O_2 (1:1). После введения антидеполяризующих миорелаксантов и наркотических анальгетиков интубация трахеи. Основная анестезия проводилась в режиме low flow anaesthesia или minimal flow anaesthesia с применением изофлурана в сочетании с N_2O+O_2 и наркотическими анальгетиками. Анестезии проводились аппаратом Dameca Siesta EGM, оснащенным газоанализатором, позволявшим контролировать концентрацию севофлурана и изофлурана в газонаркотической смеси и углекислого газа в конце выдоха ($EtCO_2$).

По окончании операции подачу газонаркотической смеси прекращали. Отмечалось быстрое восстановление всех параметров гемодинамики и внешнего дыхания до исходных показателей.

Закключение. Применение современных галогенсодержащих ингаляционных анестетиков севофлурана и изофлурана в педиатрической практике является оптимальным из-за гладкого течения анестезии и быстрого пробуждения больного.

К ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

*Баходирова А.Н., Алимова Х.П., Джубатова Р.С.,
Бабаджанова З.О.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Под наблюдением были 62 ребенка в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Всем больным проводились лабораторные, функциональные методы исследования, уровень прокальцитонина (ПК) в сыворотке крови определяли иммунохроматографическим полуколичественным экспресс-тестом (BRAHMS PCT-Q, Германия).

Результаты. 52% больных были в возрасте до 3-х лет, 48% старше 3 лет. В нозологической структуре преобладала полисегментарная и очагово-сливная форма пневмонии. У 11 (26%) детей отмечалась нозокомиальная форма пневмонии (поступили из других стационаров на 5-10-й день болезни в связи с ухудшением состояния). Среди осложнений отмечались острая дыхательная недостаточность (59%), острая сердечно – сосудистая недостаточность различной степени (31%), вторичный менингоэнцефалит, сочетавшийся с токсическим поражением внутренних органов, наиболее часто, печени (10%). В зависимости от вида осложнений больные были разделены на 3 подгруппы: в 1-ю подгруппу вошли дети с наличием дыхательной недоста-

точности, во 2-ю больные, имевшие сочетание дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, в 3-ю дети, имевшие дыхательную, сердечно-сосудистую недостаточность и токсическое поражение внутренних органов. В 3-й подгруппе детей, имевших уровень ПК больше 0,5, больше чем во 2-й и 1-й подгруппах – соответственно 22,2, 12,5 и 20%. Возможно, это связано с тем, что в данной подгруппе, помимо недостаточности со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, отмечалось токсическое поражение внутренних органов, которое, как известно, свидетельствует о развитии бактериемии. Содержание средних молекул также зависело от типа осложнения. Количество средних молекул у детей с дыхательной недостаточностью и при сочетании дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности с токсическим поражением внутренних органов в среднем было равно – 1,28 и 3,42 ед., при наличии дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности – 2,89 ед. Установлено, что уровень ПК более точно отражает тяжесть и динамику воспалительного процесса, чем количество средних молекул крови и лейкоцитоз.

Выводы. Определение уровня ПК позволяет уточнить тяжесть и определить прогноз тяжелой бактериальной инфекции, а также осуществлять контроль эффективности противомикробной (антибактериальной) терапии. Кроме того, повышение уровня ПК позволяет дифференцировать бактериальную и вирусную природу патологического процесса.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

*Баходирова А.Н., Алимова Х.П., Джубатова Р.С.,
Алибекова М.Б., Рахимова С.Р.*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Материал и методы. Проанализированы истории болезней 46 больных детей с осложненной пневмонией в возрасте от 1 месяца до 5 лет, находившихся на лечении в отделениях экстренной педиатрии и реанимации и интенсивной терапии в РНЦЭМП 2010-2012 гг. Всем больным, кроме клинических и биохимических анализов крови, проведено иммунологическое исследование крови. Фенотипирование лимфоцитов проводили с помощью моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD25 и CD95 (производство ООО Сорбент, РФ, Москва). Концентрацию иммуноглобулинов классов А, М и G определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини (1964) с использованием моноспецифических антисывороток НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи.

Результаты. Тяжесть течения и исход острой пневмонии определяются состоянием иммунной системы. При ОП на фоне лейко- и лимфоцитоза у детей в периферической крови относительное количество Т-лимфоцитов составило – $51,3 \pm 2,12\%$, что достоверно ниже контрольных значений $59,7 \pm 0,58\%$ ($p < 0,001$).

Абсолютное число Т-лимфоцитов у детей с ОП было достоверно повышено, очевидно, в связи с лейкоцитозом и обструкцией ($2254,5 \pm 169,22$ в 1 мкл против $1098,0 \pm 17,30$ в 1 мкл в контроле; $p < 0,001$). Изучение относительного и абсолютного содержания Т-хелперов/индукторов выявило достоверное снижение числа CD4+-клеток в среднем до $25,1 \pm 0,61\%$, что в 1,5 раза ниже контроля ($p < 0,05$). Абсолютное число CD4+-клеток достоверно превышало контрольные значения и составляло $1103,2 \pm 86,38$ в 1 мкл при контроле $885,6 \pm 29,43$ в 1 мкл. Известно, что именно CD4+ – лимфоциты ответственны за начальный этап развития (инициацию) иммунного ответа практически на все антигены (бактериальные, вирусные, тканевые). У детей с ОП в разгаре заболевания относительное содержание CD8+-клеток статистически не отличалось, а абсолютное их содержание достоверно отличалось от показателей контрольной группы, составляли соответственно $18,8 \pm 0,81\%$ и $826,3 \pm 58,76$ в 1 мкл. Что касается иммуноглобулинов в сыворотке крови, то у детей с ОП наблюдалась тенденция к снижению уровня IgG до $905,3 \pm 32,25$ мг/% ($p > 0,05$). Концентрация IgA у детей с ОП была достоверно ниже контрольных значений и составляла $100,8 \pm 2,22$ мг %. Содержание IgM у детей в разгар ОП составило $134,5 \pm 7,41$ мг %, что достоверно выше контроля. Количество лимфоцитов с маркерами ранней активации CD25+ в разгаре ОП не менялось. Абсолютные значения этих клеток повышались до $1103,1 \pm 85,19$ в 1 мкл (в контроле $590,1 \pm 94,40$ в 1 мкл).

Таким образом, период разгара острой пневмонии у детей раннего возраста характеризуется значительными изменениями параметров как клеточного, так и гуморального звена иммунитета.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Гафуров Б.Г., Абдужамилова Р.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель. Изучение этиопатогенетических особенностей гиперкинетических синдромов в подростковом периоде с учетом их клинической формы.

Материал и методы. Обследованы 98 подростков в возрасте от 13 до 18 лет, страдающих гиперкинетическими синдромами, которые были разделены на три группы: 1-я тикозные гиперкинезы, включая синдром Туретта (29 больных); 2-я хореические типы гиперкинезов (35 больных); 3-я торсионно-дистонические типы гиперкинезов (34 пациента). Кроме анамнеза и клиники, изучался вегетативный статус, проводились ЭЭГ-, КТ- и МРТ-исследования. С целью оценки роли инфекционного фактора проводился иммуноферментный анализ (ИФА) и полимеразно-цепная реакция (ПЦР) с сывороткой крови. Статистическая обработка полученных данных проводилась непараметрическими методами с использованием точного метода Фишера.

Результаты. Установлено, что в генезе тиков преоб-

ладают психогенные факторы, исходная органическая церебральная недостаточность играет более значительную роль при дистонии, а при хореических гиперкинезах чаще выявляется субклинический инфекционно-воспалительный фактор.

Эти данные следует учитывать при диагностике и лечении гиперкинетических синдромов в подростковом периоде. Безусловно, выявленные особенности нельзя рассматривать как абсолютные характеристики изученных клинических групп гиперкинетических синдромов, однако их следует учитывать при индивидуальной оценке этиопатогенеза заболевания в конкретных случаях.

РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕГО СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА В ГЕНЕЗЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Гафуров Б.Г., Артыкова М.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Для больных с ДЦП характерна своеобразная аномалия психического развития, обусловленная ранним органическим поражением головного мозга. Для диагностики нарушений познавательной деятельности у младших школьников с ДЦП наряду с клинико-психологическими методиками применяют матрицы Равенна. Следует отметить, что дети с ДЦП в плане нервно-психического развития представляют собой неоднородную группу.

Цель. Обследование больных с ДЦП с помощью теста Равенна в зависимости от наличия и отсутствия судорожного синдрома.

Обследован 81 ребенок с ДЦП в возрасте 6-9 лет. Больные разделены на две группы: 48 больных с наличием и 33 пациента с отсутствием судорожного синдрома в клинической картине.

Результаты. При наличии судорожного синдрома показатели теста Равенна значительно ниже, чем у детей, страдающих ДЦП, но без судорожного синдрома. Различия по выполнению всех трех заданий, а также по всем 12 матрицам высоко достоверны. Далее была проанализирована роль длительности заболевания и клинической формы ДЦП в происхождении интеллектуального отставания. Существенных различий в зависимости от клинической формы ДЦП не выявлено. Основным фактором, определяющим наличие интеллектуального отставания, является судорожный синдром. Кроме того, оказалось, что при вторично-генерализованных формах эпилептических припадков интеллектуальные нарушения несколько более снижены, чем при парциальных эпилептических пароксизмах. Выявленная интеллектуальная недостаточность зависела и от длительности заболевания. Установлено, что при длительности заболевания до 3 лет интеллектуальные нарушения слабо выражены, и достоверных различий с контрольной группой не отмечено. Однако при продолжительности судорожного синдрома на фоне

ДЦП более 3 лет, особенно более 5 лет, имели место интеллектуальные расстройства в виде умственного отставания.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ КАРДИОМИОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ

Голубина И.В., Джубатова Р.С., Хамзаев К.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценка особенностей клинических проявлений кардиомиопатий у детей.

Материал и методы. Обследованы 25 детей с кардиомиопатиями различных типов в возрасте от 1 года до 17 лет, из них 10 – с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), 7 – с рестриктивной кардиомиопатией (РКМП), 8 – с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП). Всем детям проводилась оценка объективного статуса, функциональные исследования (ЭКГ, R-графия грудной клетки, ЭхоКГ).

Результаты. Выявлены некоторые особенности в клинической картине в зависимости от типа кардиомиопатии. Дети с ГКМП были в возрасте от 3 до 10 лет. Родители 70% детей состояли в близкородственном браке. У детей наблюдались такие проявления, как дыхательная недостаточность различной степени в виде одышки в (80%), боли в грудной клетке (70%), периодические обмороки (50%) учащенное сердцебиение (90%). На электрокардиограмме выявлено утолщение левого желудочка, отмечались признаки перегрузки правых отделов сердца у 80% нарушение ритма. Рентгенологически внешний контур сердца не изменялся, но отмечались признаки легочной гипертензии у 70%. На ЭКГ имела место гипертрофия левого желудочка, на ЭхоКГ – выраженное неравномерное утолщение стенок сердечной мышцы (80%); у 20 % отмечалось затруднение оттока крови из полости левого желудочка в аорту у 20%.

Дети с РКМП были в возрасте детей до года, у которых кардиомиопатия выявилась случайно при обследовании по поводу заболеваний верхних дыхательных путей. В анамнезе 57% из родственных браков. Одышка отмечалась в 71% случаев, учащенное сердцебиение в 85,7%. На рентгенограмме у большинства детей сердце имело обычные размеры, у 42,8% отмечалось увеличение предсердий. На ЭхоКГ определялось нарушение конфигурации у 57% (4 ребенка) и нарушение коронарного кровообращения у 42,8%.

ДКМП выявлена у 8 детей в возрасте от 10 до 17 лет. В анамнезе 62,5% были из родственных браков. У детей из этой группы отмечались такие симптомы как: выраженная слабость 75%, одышка при физической нагрузке 50%, быстрая утомляемость 37,5%, отеки на ногах 37,5%, бледность кожи 37,5%, посинение кончиков пальцев 37,5%.

На ЭКГ нарушения ритма сердца, мерцательная аритмия в 50% случаев и желудочковая экстрасистолия в 37,5%, гипертрофия левого желудочка сердца в 87,5%.

Рентгенологически определяется увеличение сердца 87,5%. На ЭхоКГ увеличение размеров сердца

(кардиомегалия), расширение его полостей, снижение пульсации стенок сердца и признаки застоя в малом кругу кровообращения у 87,5% больных.

Выводы. Кардиомиопатия у детей, независимо от типа характеризуется общими клиническими проявлениями – признаками дыхательной недостаточности и нарушением ритма сердца.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Джубатова Р.С., Алимова Х.П., Алибекова М.Б.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель работы. Изучение основных причин возникновения осложнений пневмонии у детей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 52 историй болезни детей в возрасте от 6 месяцев до 4 лет с осложненными формами пневмонии, находившихся на лечение в отделениях педиатрии и интенсивной терапии в 2013 г.

Результаты. Пневмонии у детей характеризовались более выраженной интоксикацией, сопровождающейся гипертермией в течение 9-10 дней (38-39 °С и выше), острым началом. Практически у всех детей наблюдалась выраженная дыхательная недостаточность. Преобладала одышка смешанного характера с продуктивным кашлем. У 42 (81%) детей отмечалась выраженная дыхательная недостаточность. Воспалительный процесс имел правостороннюю локализацию у 20 (39%), двустороннюю – у 11 (21%), левостороннюю – у 21 (40%) пациента.

Рентгенологически у 38 (73%) больных выявлена полисегментарная, у 14 (27%) очаговая пневмония.

По данным бактериологического исследования мокроты выделены: *Str. pneumoniae* – у 10 (19%), *Str. faecalis* – у 3 (6%), *Staph. aureus* – у 5 (10%), *Kl. pneumoniae* – у 13 (25%), *E. coli* – у 2 (4%), *Staph. epidermalis* – у 8 (15%), *E. aerogenes* – у 7 (13%), *Pseudomonas aeruginosa* – у 4 (8%).

Диагноз вторичного менингоэнцефалита выставлен 3 (6%) больным после консультации невропатолога. У них отмечались мраморность кожных покровов, похолодание конечностей, менингеальные симптомы.

Токсический кардит как осложнение пневмонии диагностирован у 5 (10%) больных. На ЭКГ отмечается сниженный вольтаж желудочковых комплексов во всех отведениях, а также разнообразные нарушения ритма и проводимости, признаки перегрузки обоих желудочков, предсердий.

Увеличение печени наблюдалось у 4 (8%) детей. После проведения биохимических и ультразвуковых исследований оно трактовалось как токсический гепатит.

Изучение причин возникновения осложнений пневмонии показало, что основными были поздняя диагностика (33%), поздняя госпитализация (36%), несвоевременность назначения антибиотиков и неадек-

ватное их применение (31%).

Таким образом, пневмония остается серьезным заболеванием, которое может иметь тяжелое течение. В клинической картине у детей с пневмонией преобладала острая дыхательная недостаточность (81%), токсический кардит (10%), токсический гепатит (8%), вторичный менингоэнцефалит (6%). Основными причинами осложнений были поздняя диагностика (33%), поздняя госпитализация (36%), несвоевременность назначения антибиотиков и неадекватное их применение (31%).

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ TNF-А И ИЛ-1В ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Джубатова Р.С., Сатвалдиева Э.А., Алибекова М.Б., Мансурова Ф.З., Исмагилова Г.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Оценка диагностического и прогностического значения интерлейкинов в сыворотке крови для определения тяжести пневмонии у детей.

Материал и методы. Под наблюдением были 23 ребенка в возрасте от 5 месяцев до 4 лет, находившихся в отделении реанимации (ОАРИТ) и в педиатрических отделениях РНЦЭМП в 2013 г. Всем больным проводили общеклиническое обследование, биохимические исследования крови, бактериологические мазки из зева, рентгенографию грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям ЭКГ, Эхо-КГ, КТ-исследование, а также определяли содержание цитокинов (TNF- α , ИЛ-1b) в сыворотке крови.

Результаты. Полисегментарная пневмония отмечалась у 14 (61%) детей, очаговая пневмония – у 8 (34,7%), верхнедолевая – у 1 (4,3%). Осложнения пневмонии были представлены острой дыхательной недостаточностью I степени у 4 (17,4%), II степени – у 4 (17,4%), ОДН II степени в сочетании с ОШН II степени – у 4 (17,4%), явления вторичного менингоэнцефалита имело место у 1 (4,3%), дыхательная, сердечно-сосудистой недостаточность в сочетании с токсическими поражениями в печени и сердца – у 1 (4,3%), дыхательная недостаточность в сочетании токсическим гепатитом – у 2 (8,5%), токсический гепатит – у 1 (4,3%), гидроторакс – у 2 (8,5%).

На рентгенограмме грудной клетки у 3 (13%) детей выявлена правосторонняя, у 2 (8,5%) – левосторонняя, у 18 (78,5%) – двусторонняя пневмония.

При исследовании цитокинового статуса выявлено повышение уровня TNF- α в 5 раз – до $126,1 \pm 6,1$ пг/мл (у практически здоровых детей $25,2 \pm 5,5$ пг/мл; $P < 0,01$), содержание ИЛ-1 β – в 5,2 раза – до $124,5 \pm 4,9$ пг/мл (у практически здоровых детей $43,4 \pm 3,4$ пг/мл; $p < 0,01$).

Таким образом, изменения традиционных клинико-лабораторных показателей, рентгенологической картины, определяющих тяжесть заболевания, связаны с повышением содержания провоспалительных цитокинов (TNF- α , ИЛ-1b). Повышение концентрации TNF- α и ИЛ-1b в сыворотке крови указывает на тяжелую форму бактериальной пневмонии у детей.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВТОРИЧНЫМ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОМ, У ДЕТЕЙ

*Джубатова Р.С., Алимова Х.П., Бабаджанова З.О.,
Баходирова А.Н.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Пневмонии относятся к инфекциям, которые характеризуются как клинически распознаваемое микробное заболевание, возникающее через 48 ч после поступления больного в стационар. В этиологии определенную роль играет либо больничная флора (стафилококки, кишечная палочка, *Kl. pneumoniae*, *Proteus* sp, *Cyrobacter*, при манипуляциях — *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia* sp, анаэробы), либо аутофлора больного. Особенности течения пневмонии обусловлены степенью тяжести, свойствами возбудителя и наличием осложнений. При выборе антибиотика учитывается предшествующая терапия антибиотиками, глюкокортикоидами или цитостатиками, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, характер отделения, в котором находится больной (общего профиля или реанимация), применение ИВЛ и время развития вентиляционной пневмонии

Цель работы. Микробиологический мониторинг пневмонии, осложненной вторичным менингоэнцефалитом, и выявление чувствительности к антибиотикам.

Материал и методы. В исследование включены: 45 детей с тяжелой нозокомиальной пневмонией в возрасте от 1 месяца до 14 лет, из них 17 больных на фоне вторичного менингоэнцефалита. Детей с госпитальной пневмонией, осложненной вторичным менингоэнцефалитом, от 1 года до 3 лет было 4, 4-8 лет-9, 9-15 лет-4. Мальчиков было 9, девочек — 8.

Результаты. Среди детей, находившихся на ИВЛ более 3 суток, *Staph.aureus* высеяна — у 8 (18%), *Kl. pneumoniae* — у 26 (58%). Изучение этиологии пневмоний показало, что только у 18 (40%) больных заболевание было вызвано моно — возбудителем, у 4 (9%) пациентов имелась ассоциация двух, реже трех-четырех возбудителей (*Kl. pneumoniae* + *Ps. spp*+ *Staph.aureus*). Наибольшая чувствительность возбудителей *Staph. aureus* и *Kl. pneumoniae* выявлена к цефалоспорином 3 поколения (цефтриаксон, цефопиразон), устойчивость к цефазолину. При сочетании возбудителей *Kl. pneumoniae* + *Ps. spp*+ *Staph.aureus* наибольшая чувствительность отмечалась также к аминогликозидам 2 поколения — амикацину, нетилмицину, тобрамицину, сизомицину.

Таким образом, в 20–60% случаев пневмококки приобрели устойчивость к пенициллинам, ампициллину, многим цефалоспорином 2 поколения и макролидам. 95% штаммов пневмококка чувствительны к пенициллинам, цефалоспорином, макролидам, но устойчивы к гентамицину. Этиологическим фактором пневмонии у детей, осложненной вторичным менин-

гоэнцефалитом, в наших исследованиях явилась в основном *Kl. pneumoniae* (58%), реже *Staph.aureus* (18%), у которых наибольшая чувствительность выявлена к цефалоспорином 3 поколения и аминогликозидам 2 поколения.

ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВТОРИЧНЫМ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОМ

*Джубатова Р.С., Алимова Х.П., Бабаджанова З.О.,
Баходирова А.Н.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Течение пневмонии считается осложненным при развитии в бронхолегочной системе и других органах воспалительных и реактивных процессов, вызванных непосредственно воспалением легких. Осложнения пневмонии могут быть легочными и внелегочными. Внелегочные осложнения — острая легочно-сердечная недостаточность, эндокардит, миокардит, менингит и менингоэнцефалит, гломерулонефрит, инфекционно-токсический шок, анемия. Сочетание токсикоза и гипоксии при свойственной ребенку высокой гидрофильности ткани головного мозга приводит к его отеку, проявляющемуся менингеальными симптомами, судорогами, нарушением сознания. В патологический процесс вовлекается вещество головного мозга, появляются очаговые знаки, свидетельствующие о клинике менингоэнцефалита.

Цель исследования. Изучение особенностей течения пневмонии, осложненной вторичным менингоэнцефалитом у детей.

Материал и методы. В исследование включены 145 детей с тяжелой нозокомиальной пневмонией в возрасте от 1 года до 14 лет, из них 56 больных на фоне вторичного менингоэнцефалита, находившихся на лечении в отделениях экстренной педиатрии и отделении реанимации и интенсивной терапии в РНЦЭМП 2010-2013 гг.

Результаты. Пневмонии у детей характеризовались болеевыраженнойинтоксикацией,сопровождающейся гипертермией в течение 9-10 дней (38-39°С и выше), острым началом. Преобладала одышка смешанного характера с продуктивным кашлем. У 11 больных был выражен бронхообструктивный синдром. Воспалительный процесс имел правостороннюю локализацию у 9 пациентов, двустороннюю — у 32, левостороннюю — у 4. Рентгенологически у 30 больных отмечалась полисегментарная, у 15 очаговая пневмония. Менингеальные синдромы присоединились на 6-7 день заболевания. Усилилась общая интоксикация, температура тела повысилась до 40°С.

При осмотре больного учитывали тяжесть состояния; симптомы интоксикации (вялость, сонливость или возбуждение); степень гемодинамических нарушений (диффузный серо-синий цианоз, мраморный рисунок кожи, акроцианоз, похолодание конечностей, одышка, тахикардия, гипотония, олигурия); у остро ли-

хорадящих детей менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского; у детей грудного возраста – выбухание большого родничка, симптомы Лессажа и «отрицания материнских рук»); наличие общемозговой симптоматики (у 25 детей судороги и их эквиваленты, бред, галлюцинации, сопор, кома).

Диагноз вторичного менингоэнцефалита выставлен после консультации невропатолога. Отмечались изменения в спинномозговом ликворе (спинномозговая жидкость мутная, вытекает под повышенным давлением, содержание белка повышено до 2,5 г/л, цитоз от нескольких сот до $2000 \times 10^9/\text{л}$ за счет лимфоцитов (85-95%), содержание хлоридов и сахара не изменено, иногда выпадала пленка фибрина). В периферической крови выявлены низкое содержание эритроцитов, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ ($21,6 \pm 1,9$ мм/ч). В бакпосевах из зева *Kl. pneumoniae* высеяны у 25 больных, *Ps. aeruginosa* – у 21, *Staph. saprophiticus* – у 10 пациентов.

Таким образом, развернутая клиническая картина вторичного менингоэнцефалита, возникающая при тяжелом течении пневмонии, характеризуется сочетанием менингеальных, очаговых и гипертензионных симптомов. Прогноз зависит от своевременного проведения адекватной рациональной интенсивной терапии.

ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ И ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА *Джубатова Р.С., Алибекова М.Б., Нуралиева Г.С., Мусаева К.Б.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Цель исследования. Изучение особенностей течения пневмоний у детей грудного возраста в зависимости от преморбидного фона и вида вскармливания.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 60 детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года с диагнозом пневмония, которые в зависимости от вида вскармливания были разделены на 3 группы. 25 детей находившихся на исключительно грудном вскармливании, составили I-ю группу, 20 детей получающих, смешанное вскармливание – 2-ю, 15 детей на искусственном вскармливании – 3 группу. Всем детям проведено общеклиническое обследование, кроме того, у них изучались некоторые показатели иммунного статуса в острый период болезни (количество сывороточных иммуноглобулинов А, М, G, уровень СДЗ, СД4, СД8, СД16, СД25, СД95 и СД20 лимфоцитов).

Результаты. Тяжелое течение заболевания в виде сегментарной и полисегментарной пневмонии (на основании данных рентгенологического обследования легких) было у 50% детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании, у 30% детей, находящихся на грудном вскармливании. Осложнения основ-

ного заболевания в виде токсического кардита, токсического гепатита, токсического нефрита, дисбактериоза кишечника и анемии, также чаще наблюдались у детей 2-й и 3-й групп. Пациенты 1-й группы получали меньший объем терапии и, следовательно выписывались из стационара раньше.

У детей 2-й и 3-й групп отмечалось более выраженное снижение иммунных показателей (относительного числа Т-лимфоцитов, Т-хелперов и соответственно иммунорегуляторного индекса (ИРИ). Кроме того, у детей, находящихся на искусственном и смешанном вскармливании, выявлено снижение функциональной активности Т-системы (СД16, СД25, СД95). В группе детей, находившихся на грудном вскармливании возрастала концентрация всех иммуноглобулинов, особенно IgA и IgG. У детей 2-й и особенно 3-й группы иммунный ответ проявлялся снижением уровня IgM ($1,12 \pm 0,1$ против $1,39 \pm 0,17$ и $2,11 \pm 0,6$ у детей 1-й группы).

Таким образом, у всех обследованных детей выявлены признаки иммунодефицитного состояния, более выраженные у детей 2-й и 3-й групп. У детей 2-й и особенно 3-й группы иммунный ответ проявлялся снижением содержания IgM.

АПНОЭ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ *Джумабаев Э.С., Тоирова У.Т., Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К., Ходжиматов Х.Э.* **Андижанский филиал РНЦЭМП**

В течение трех лет мы наблюдали 124 новорожденных, которым было произведено хирургическое вмешательство. Апноэ наблюдалось у 34 из них.

Из анамнеза 28 новорожденных доношенные, 6 – недоношенными. 4 доношенных родились путем Кесарева сечения, 2 – с кефалогематомой, 6 – с обвитием шеи пуповиной, 4 – с асфиксией. У матерей 10 новорожденных была отягощенная беременность, 4 новорожденных с хирургической патологией за медицинской помощью обратились поздно, 4 недоношенных детей были с нарушениями газообмена.

1–2 сутки: 8 новорожденных. Диагноз: пороки развития прямой кишки и заднего прохода. Атрезия заднего прохода. Крестообразное иссечение пленки с гемостазом.

Со стороны органов: сниженный уровень Hb, аспирационный пневмонит. Роды путем кесарева сечения. Исход-выздоровление.

1–2 сутки: 2 новорожденных. Диагноз: пороки развития прямой кишки и заднего прохода. Атрезия заднего прохода, промежностная проктопластика по типу Диффенбаха, анопластика. Со стороны органов: сниженный уровень Hb, аспирационный пневмонит. Недоношенность I-II ст. Исход – выздоровление.

5–6 сутки: 4 новорожденных. Диагноз: пороки развития прямой кишки и заднего прохода. Атрезия прямой кишки. Наложение двустольной раздельной сигмастомы на высоте 8 см от уровня переходной складки

брюшины. Со стороны органов: аспирационный пневмонит, нарушения со стороны КОС и водно-электролитного баланса. Исход – выздоровление. Подготовка к радикальной операции.

25-30 сутки: 2 новорожденных. Диагноз: аномалия развития желудочно-кишечного тракта. Врожденный гипертрофический стеноз привратника. Пилоромия по Фредет-Рамштеда. Со стороны органов: аспирационный пневмонит, нарушения со стороны КОС и водно-электролитного баланса. Исход – выздоровление.

1-2 сутки: 6 новорожденных. Диагноз: пороки развития передней брюшной стенки. Гастрошизис-параумбиликальный дефект передней брюшной стенки с эквентрацией кишечника. Гипоплазия стенок брюшной полости I степени. Со стороны органов: сниженный уровень Hb, нарушения со стороны КОС и электролитного баланса. Болезнь Дауна-1 и ВПС – 1 новорожденные дети. Выздоровление – 2 случая летального исхода.

20-27 сутки: 2 новорожденных. Диагноз: некротический энтероколит, перфорация тонкой кишки, разлитой каловый перитонит, илеит, оментит. Лапаротомия, наложение декомпрессивной илеостомы, дренирование. Со стороны органов: аспирационный пневмонит, РДС-синдром II-III степени, полиорганная недостаточность. Исход – летальный.

15-18 сутки: 2 новорожденных. Диагноз: некротический энтероколит, перфорация тонкой кишки, разлитой перитонит, илеит. Лапаротомия, наложение декомпрессивной илеостомы, дренирование. Со стороны органов: аспирационный пневмонит, сниженный Hb, нарушение со стороны КОС, водно-электролитного баланса. Нарушение сердечнососудистой и дыхательной системы. Исход – выздоровление.

7-10 сутки: 2 новорожденных. Диагноз: пороки развития кишечника. Атрезия 1/3 части тонкого и атрезия толстого кишечника. Наложение противоестественного заднего прохода-илеостомы. Со стороны органов: аспирационный пневмонит, у одного врожденный порок сердца (ДМЖП), у другого – врожденный порок (тетрада Фалло). Полиорганная недостаточность. Исход – летальный.

4-5 сутки: 2 новорожденных. Диагноз: пороки развития кишечника. Атрезия 1/3 части тонкого кишечника. Наложение противоестественного заднего прохода-илеостомы. Со стороны органов: аспирационный пневмонит, низкий Hb, нарушение со стороны КОС и водно-электролитного баланса. Исход – выздоровление.

Для оказания квалифицированной экстренной помощи всем пациентам произведены анамнестические, клинические, лабораторные и биохимические исследования, УЗИ внутренних органов, рентгеноскопия, рентгенография, консультация узких специалистов. Лечение: квалифицированная экстренная хирургическая помощь. Коррекция ацидоза, КОС, электролитов, поддержание функции внутренних органов. В послеоперационном периоде пациенты находились на продленной ИВЛ. Мониторинг проводился в течение нескольких дней.

Таким образом, апноэ в послеоперационном периоде встречается у всех недоношенных новорожденных. Кроме того, апноэ наблюдается у новорожденных, рожденных с асфиксией, нарушением газообмена, поражением нервной системы в родах, со сниженной температурой тела и влажностью окружающей среды, гиповолемией, низким уровнем гемоглобина. К апноэ приведет также патология у матери. Экстренное оказание хирургической помощи позволяет уменьшить летальность у новорожденных.

СТУПЕНЧАТАЯ ЛИМФОТРОПНО-ОРАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ *Джумабаев Э.С., Хакимов В.А., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.А.*

Андижанский филиал РНЦЭМП

Под нашим наблюдением были 684 ребенка с хирургической, травматологической и соматической патологией. У 520 (76%) больным антибиотики вводились внутримышечно или внутривенно, у 95 (14%) использовали лимфотропную антибиотикотерапию. С 2012 г. нами внедрен способ лимфотропно-оральной антибиотикотерапии, подразумевающая проведение в течение 1-2 суток лимфотропной антибиотикотерапии через нижние конечности с последующим пероральным назначением препаратов. Такой путь введения примечен нами у 68 (10%) пациентов.

Проведенные нами фармакокинетические эксперименты, заключающиеся в оценке эффективности различных способов (в/м, в/в, л/т) введения ампициллина и гентамицина, показали значительные преимущества лимфотропной антибиотикотерапии по следующим критериям: длительность нахождения препарата в центральной лимфе и сыворотке крови при однократно введении антибиотика в среднетерапевтической дозе. Важно отметить сохранение терапевтической концентрации препарата до 24 ч в тканях и в региональных областях введения антибиотиков лимфатических узлах.

После появления перистальтики у хирургических больных и восстановления функции желудочно-кишечного тракта у тяжелых травматологических и соматических больных переходили ступенчато на пероральную антибиотикотерапию.

Таким образом, преимущества используемого метода антибиотикотерапии:

- сохранение терапевтической концентрации антибиотиков в сыворотке крови и центральной лимфе в течение необходимого периода антибактериальной защиты;
- уменьшение количества инъекций с 2,4 до 0,8 %, что является важной мерой профилактики госпитальной, в том числе вич-инфекции;
- значительное уменьшение побочного действия антибиотикотерапии;
- высвобождение времени среднего медицинского персонала.

ПАРЕНТЕРАЛЬНО-ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Джураева Ф.У., Сатвалдиева Э.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Республиканский
перинатальный центр

Цель исследования. Изучение вариантов нутритивной поддержки у новорожденных с атрезией пищевода на этапах периоперационного периода.

Материал и методы. Обследованы 54 новорожденных с атрезией пищевода, находившихся на лечении в ОРИТ Республиканского перинатального центра в 2009-2013 гг. Дети были оперированы под эндотрахеальным наркозом в течение 24-48 ч после поступления в стационар.

У больных проводили нутритивную поддержку, которое включало.

1) парентеральное питание (ПП) в предоперационном периоде. В большинстве случаев ПП не проводилось в связи с неотложностью оперативного вмешательства, коротким предоперационным периодом, наличием выраженной интоксикации и волевических расстройств;

2) интраоперационно больным вводились 5-10% растворы глюкозы;

3) полное ПП по сбалансированной системе в послеоперационном периоде проводилось после нормализации показателей гемодинамики и КОС с последующим переходом на смешанное питание. После восстановления пассажа по ЖКТ нутритивная поддержка проводилась искусственными специализированными смесями (или сцеженным материнским молоком) + частичное ПП с использованием аминокислот (инфезола 4%) и углеводов (15% глюкоза).

Для оценки эффективности нутритивной поддержки проводили стандартные антропометрические исследования, биохимические показатели и показатели эндогенной интоксикации. Оценивали также длительность пребывания больных в ОРИТ и летальность.

Результаты. При подсчете энергетической потребности у детей при различных критических состояниях установлено, что она колеблется в пределах 30-50 ккал/кг/сут. (при интенсивном гиперкатаболизме). Для эффективного синтеза эндогенного белка важно придерживаться соотношения небелковых калорий к общему азоту в среднем 1 г азота к 120-150 ккал. Углеводы вводили в дозе 6 г/кг/сут. с последующим увеличением на 2 г/кг/сут. Концентрацию раствора глюкозы выбирали, исходя из общего объема инфузионной терапии (в основном 15-20% растворы). К 5 суткам доза углеводов максимально достигала 15-16 г/кг/сут. Контроль осуществлялся по определению уровня глюкозы в крови до 2 раз в сутки, при высоком содержании уровня глюкозы проводилась коррекция инсулином 0,5 Ед/кг. Верхний предел назначаемой глюкозы – 16

г/кг/сут. Наиболее адекватным препаратом для парентерального питания у новорожденных считаем препарат инфезол 40 (фирма Berlin-Chemie Menarini). Начинаем с 0,5 г/кг/сут. с последующим увеличением на 0,5 г/кг/сут. к 5 сут. 2,5 г/кг/сут. Обязателен контроль общего белка, остаточного азота, мочевины, КОС, АЛТ, АСТ, билирубина. Для покрытия жиров начинали инфузию Lipofundina 20% с дозы 0,5 г/кг/сут с постепенным увеличением дозы на 0,5 г/кг/сут. и доведением до 3 г/кг/сут. с обязательным контролем уровня триглицеридов в плазме, трансаминаз, билирубина. Витамины и микроэлементы применяем с первых дней парентерального питания. Согласно нашему протокольному стандарту, ребенок к 5 дню от начала парентерального питания получает полноценное полное парентеральное питание по сбалансированной системе в течение последующих 10 дней. Далее, учитывая динамику состояния, ребенок начинает получать смешанное энтеральное зондовое питание и частичное ПП. Для нутритивной поддержки энтерально применяли безлактозную смесь (Альфаре, фирма Nestle).

Выводы. 1. Данный стандарт дает возможность добиться более раннего восстановления нутритивного статуса у новорожденных детей с атрезией пищевода, что проявляется в быстром прекращении потери массы тела, уровня общего белка и альбумина, быстром восстановлении пассажа по кишечнику. 2. Применение стандарта с использованием парентерального и энтерального питания полностью обеспечивает больных нутриентами и энергией, способствует укорочению сроков пребывания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, в целом оптимизации качества лечения.

РЕГИОНАРНАЯ БЛОКАДА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ БУПИВАКАИНОМ ПРИ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Закиров Т.Ш., Сатвалдиева Э.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценка эффективности основных кардиогемодинамических параметров и эндокринного статуса у детей на фоне сбалансированной продленной проводниковой блокады плечевого сплетения бупивакаином.

Материал и методы. Проведена продленная проводниковая анестезия с оставлением катетера для введения местного анестетика при локальных ожоговых травмах, механических травмах верхней конечности у 97 пациентов в возрасте от 2 до 18 лет, находившихся на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП в 2009 – 2013 гг. У всех пациентов применялся бупивакаин 0,25% раствор, болюсная интраоперационная доза которого составляла 2 мг/кг. Блокада проводилась аксиллярным (надсосудистым) доступом под контролем нейростимулятора (B.Braun).

Сбалансированная общая анестезия проводилась по общепринятой методике в зависимости от длительности оперативного вмешательства. По шкале ASA больные относились к 1-2-й группе операционно-ане-

стеziологического риска. В 71% случаев больные оперировались по экстренным показаниям. Исследование гемодинамики проводили методом ЭхоКГ на аппарате Digiprinсe DP-6600 (Китай) на следующих этапах: исход (травма, боль), 2 этап – премедикация, 3 этап – через 20 минут после создания блокады и введения местного анестетика, 4 этап – травматичный момент операции, 5 – этап – через 3 часа после создания продленной проводниковой блокады (ППБ), 6 этап – через 7 ч после создания ППБ. Концентрацию кортизола определяли иммунофлюоресцентным методом (ИФА) с использованием коммерческих наборов. Интраоперационный мониторинг включал также регистрацию АД, ЧСС, ЭКГ, SaO₂ (на мониторе Cardiosar «DATEX»). Качество и продолжительность послеоперационной аналгезии определяли по оценочным шкалам боли.

Результаты. На фоне ППБ бупивакаином отмечалась плавная и длительная стабилизация (до 8-12 ч после однократного введения местного анестетика) параметров гемодинамики, дыхания и кортизола в крови у пациентов. Дети были активны вне хирургического вмешательства, спокойно реагировали на исследование и забор анализов, могли передвигаться в палате. Через 12 ч после операции периода для профилактики и лечения болевого синдрома пациентам начато инфузионное введение 0,25% бупивакаина в перинеуральный катетер со скоростью 0,3 мл/кг/ч.

Перевязки и послеоперационный период протекали безболезненно благодаря длительному обезболиванию. Катетер в перинеуральном пространстве в среднем, находился 3 дня. Инфекционных осложнений не отмечено.

Заклучение. Катетеризации перинеурального пространства плечевого сплетения способствует улучшению качества метода регионарной блокады у детей. Установка катетера в перинеуральное пространство обеспечивает длительное послеоперационное обезболивание и проведение безболезненных перевязок у пострадавших. ППБ бупивакаином в указанных дозировках не оказывает отрицательного влияния на гемодинамику и эндокринный статус пациента.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОРИТ

Зияев О.Х., Мансуров Н.Н., Жураева Г.С., Баратова Д.Т.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. Клинические критерии госпитальной пневмонии оценивались по Grossman R.F., Fein A. (2000). В 2010-2013 годы в ОРИТ госпитализированы 103 пациента. ИВЛ средней продолжительностью более 72 ч осуществлялась 31 пациента. НПивл выявлена у 29 пациентов раннего возраста. Длительность ИВЛ от 2 до 10 суток, в среднем – $5,3 \pm 1,2$ суток. Клинические признаки НПивл проявлялись на 4-5 сутки ИВЛ. Летальность составила 10,6%.

Для статистической обработки были взяты показатели интоксикации: количества лейкоцитов, тромбоци-

ты, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), содержание альбумина, мочевины, креатинина, билирубина и глюкозы.

Результаты. Признаками интоксикации служили количество лейкоцитов в крови $<4,0$ или $>14,0 \times 10000$ /мл; снижение тромбоцитов $<90,0 \times 10000$ /мл, снижение сатурации SaO₂ ($<95\%$); рентгенологические признаки усиления инфильтрации легких.

В микробиологическом пейзаже представлены грамотрицательные бактерии, наиболее часто Ps. aeruginosa в (47%), Klebsiella pneumoniae – (21 %). Высокой активностью в отношении потенциальных возбудителей НПивл обладали цефтазидим до 78,2 %, амикацин до 80,5 %, ципрофлоксацин до 89% (Kl. pneumoniae). Ведущими органическими нарушениями при НПивл у детей раннего возраста являлись респираторная и неврологическая недостаточность. Назначали антибактериальную терапию по деэскалационному принципу (цефалоспорины 3-4 поколения + аминогликозиды 3 поколения). В случае вовлечения в СПОН более двух жизненноважных систем независимо от режима и длительности ИВЛ. Риск клинической неудачи антибиотикотерапии НПивл у детей раннего возраста превышает 50 %.

Заклучение. Необходима динамическая оценка наиболее значимых диагностических критериев НПивл у детей раннего возраста. Рациональная стартовая антибиотикотерапия по деэскалационному принципу способствует предотвращению развития НПивл и ее благоприятному исходу.

БОЛАЛАРДА ЗАМБУРУҒЛИ СТОМАТИТЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЛАЗЕРОТЕРАПИЯНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Зоҳидова С.Х., Азимова Г.А., Нажмиддинова Н.К., Уралов Ш.М.

РШТЎИМ Самарқанд филиали

Ҳозирги вақтда болаларда оғиз бўшлиғи ва тери қопламлари замбуруғли касалликларининг тез-тез учраши кузатилмоқда. Бунинг асосий сабабларидан бири бўлиб, бемор болалар организмда ички муҳитнинг чуқур ўзгаришлари, айрим ҳолларда антибактериал препаратларнинг, жумладан кенг спектрдаги антибиотикларнинг қўллаб, айрим ҳолларда асоссиз равишда қўлланилиши бўлиб ҳисобланмоқда. Шу билан биргаликда, оғиз бўшлиғи касалликларидан ҳисобланган стоматит билан оғриган бемор болалар РШТЎИМ СФ 1-интенсив педиатрия бўлимига мурожаат қилиш ҳоллари кўпайиб бормоқда. Педиатрияда МИЛ-терапияни ўтказиш бўйича кўрсатмаларга қуйидагилар киради – бронх-ўпка тизими касалликлари, ошқозон-ичак тракти касалликлари, тери инфекцияси касалликлари ва бошқалар. Бундан ташқари МИЛ-терапиядан стоматологияда, ЛОР аъзолари касалликларида, хирургияда, эндокринологияда, неврологияда, гастроэнтерологияда, пульмонологияда, урологияда, акушерлик ва гинекологияда, тери касалликлари ва косметологияда ҳам МИЛ-терапиядан самарали фойдаланиш мумкин.

Ишнинг мақсади. Замбуруғли стоматит билан касалланган беморларни медикаментоз даволашда, даво муолажалари комплексида МИЛТА-Ф-8-01 (Магнито-ИК-Лазер терапевтик аппарати) дан фойдаланиш самарадорлигини аниқлаш.

Материал ва услублар. 2012-2013 йиллар давомида бизга мурожаат қилган 36 нафар стоматит билан оғриган болаларни комплекс даволашда лазеротерапия усулини қўллаш МИЛТА-Ф-8-01 аппарати ердамида ўтказилди. 6 ойликдан 2 ешгача бўлган беморларнинг 13 нафарини қиз болалар, 23 нафарини ўғил болалар ташкил қилган. 22 ҳолатда афтоз стоматит бронхопневмония билан қўшилиб келган, 14 та бемор болаларда стоматит якка ҳолда учраган. Контрол гуруҳни мазкур ешдаги 14 нафар стоматит билан касалланган, анъанавий даволашда бўлган бемор болалар ташкил қилди.

Стоматит белгилари бошлангунча беморларнинг аксарият қисми амбулатор еки стационар шароитда даволанишган. 21 нафар бемор турли гуруҳлардаги антибактериал воситалардан 3 кундан кўп қабул қилишган, 7 нафар бемор – 3 кундан кам вақт давомида, 2 нафар бемор ҳеч қандай даволашсиз марказга олиб келинган. 56% ҳолларда беморларга антибиотиклар комбинацияси қўлланилган.

Бемор болалар қонини пецилломикозга аниқлаш Горяева усули бўйича ўтказилган. Бундан ташқари оғиз бўшлиғидаги ачитқи замбуруғларни текшириш М.О.Биргер (1982) усули бўйича текширилган. Барча текширувлар РШТЕИМ СФ марказий лабораториясида ўтказилган.

Натижалар. Назоратимиз остида бўлган беморларда асосий касаллик фонида иштахасизликка, юқори иситмага, инжиқлик, ҳолсизлик, оғиздан кўп миқдорда сўлак ажралиши, оғиздаги яраларга, қорин дамлаши, аҳлатининг суюқ, шилимшиқли бўлиши ва бошқалар кўзатишган. Даволаш Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг №155-сонли буйруғига асосан ўтказилган. Маҳаллий даво антимикотик воситалар ва бошқалар ердамида ўтказилди.

Афтоз стоматитни МИЛТА-Ф-8-01 аппарати ердамида даволаш жараенида даволовчи терминал (зона 1) лунжадаги патологик ўчоқ проекцияси соҳасига жойлаштирилди. Шу соҳада пастки жағ бурчаги патология тарафида кейинги уланишлар (зона 2) ўтказилди («Асосий рецепт»). Оғиз бўшлиғига магнит-инфракизил-лазер таъсиридан сўнг инфракизил-лазер-рефлексотерапия ўтказилди. Қўшимча равишда, даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида GI-11, E-4, E-6, E-42, V-6, V-10, V-22, R-3, VB-12 нуқталарга таъсирлантирилди, гиперсаливацияда GI-18, V-41, R-18 нуқталарга, оғиз бўшлиғидаги оғриқда IG-19, оғиз бўшлиғининг кенг ва чуқур ярасида GI-1, GI-7 нуқталар таъсирлантирилди. Лазеротерапия 5-MBT қувват билан 2-3 зонага 60 с давомида ўтказилди. Лазеротерапиянинг давомийлиги стоматитнинг оғирлик даражаси билан боғлиқ бўлиб, ўртача 4-5 сеансни ташкил этди.

Хулоса. Лазеротерапиянинг кенг қамровдаги таъсир доирасига эга эканлиги, оғриқсиз, мутлоқ без-

арар ва самарали усул бўлганлиги туфайли ундан поликлиника, стационар, курорт ва диагностик даволаш марказларида самарали қўллаш мумкин. Болаларда замбуруғли стоматитларни анъанавий даволаш чоратадбирлари комплексига лазеротерапияни биргаликда қўллаб даволаш қулай усул бўлиб ҳисобланади.

СОСТОЯНИЯ ГИПОТЕРМИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ибрагимов Ф.А., Ибрагимов Д.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Определенный температурный режим является одним из наиболее общих основных условий для нормальной быстроты течения обменных процессов у всех живых организмов. Наиболее чувствительными к перегреванию или охлаждению являются органы нервной системы, сердце и сосуды, органы эндокринной системы. Если этиология и патогенез гипертермических состояний у детей хорошо изучены, то этого нельзя сказать о патологических гипотермических состояниях. По данным клиники, в последние 2–3 года значительно увеличивается число больных детей соматического профиля с состоянием патологической гипотермии.

Цель исследования. Изучение этиологии, клинических проявлений, эффективности некоторых методов лечения патологических гипотермических состояний у детей, наблюдаемых в течение респираторных заболеваний.

Материал и методы. Под наблюдением в Городской клинической больнице №1 г.Ташкента находились 83 ребенка в возрасте от 2 месяцев до 8 лет обоего пола. В клинике установлены окончательные основные диагнозы: ОРВИ в форме простого или obstructивного бронхитов (55), ОРВИ, осложненные бактериальной пневмонией (16), ОРВИ в сочетании 2-х вирусов (12). Критерием отбора в изучаемые группы был комплекс обычно совместно отмечаемых признаков, главный из которых – гипотермия тела. За состояние гипотермии нами принята температура тела менее 35,6 – 35,7°C. Помимо термометрии и выявления клинических проявлений как основного заболевания, так и изучаемого состояния, оценивалась картина периферической крови, проводилась диагностика аллергии in vitro реакциями нейтрофилов крови по А.А.Фрадкуну (1985) в тесте ППН. В качестве антигенов использованы разбавленные растворы антибиотиков и парацетамола. Клиническое течение ОРВИ, как неосложненной, так и с осложнением в форме бактериальной бронхопневмонии, у наблюдаемых нами детей в начале и в первые 4 – 6 дней заболевания было таким же, как и у больных контрольной группы: острое начало с резким, а иногда постепенным подъемом температуры тела до фебрильных цифр, насморк, сухой частый кашель, вялость, капризность, отсутствие аппетита и пр. У детей с аденовирусной инфекцией отмечались рвота, учащенный жидкий без патологических примесей стул. Как правило, на 4 – 7 сутки от начала лечения (антибиотики, десенсибилизирующие средства, противокашлевые и отхаркиваю-

щие средства, дезинтоксикационные препараты, противовирусные средства и пр.) температура критически снижалась до субнормальных величин, отсутствовал аппетит, ребенок отказывался даже от питья жидкостей и груди, впадал в полусонное состояние. На фоне сонливости у 36 (42%) детей в состоянии гипотермии наблюдались непостоянные экзантемы различного характера. Подобное состояние «полушока» могло длиться несколько дней и дольше. В клинике нам пришлось наблюдать подобное состояние длительностью до 16-18 дней. Особенностью гипотермического состояния при изучаемых заболеваниях явилось рецидивирующее течение. В течение суток температура тела менялась от нормальной до гипотермии, без каких-либо закономерностей в ритме. Анализируя результаты исследований, мы можем констатировать наличие аллергической реакции почти у 2/3 наблюдаемых больных с клиникой патологической гипотермии (66,3%). Наибольшее число аллергичных детей соответствовало группе осложненных бронхопневмонией ОРВИ, причем индекс ППН у них также был наивысшим. Из пяти видов испытанных лекарственных препаратов наибольший индекс ППН соответствовал цефтриаксону – наиболее часто применяемый антибиотик. Перекрестная реакция ППН цефтриаксона с цефатаксимом имела место у больных всех групп. Наименьшее число положительных результатов и наименьший индекс ППН отмечался при инкубации с раствором гентамицина, что соответствует и клиническим наблюдениям. Парацетамол в качестве виновника аллергии выявлен у 14% больных детей. Гипотермическое состояние у большинства детей с подтвержденной лекарственной аллергией, по-видимому, вызвано локальными расстройствами кровоснабжения терморегулирующих структур мозга продуктами внутрисосудистых аллергических реакций. Исползованная нами тактика лечения гипотермического состояния детей с ОРВИ: отмена лекарственных препаратов, используемых до эпизода гипотермии (особенно антибиотиков), полная замена жизненно необходимых препаратов на лекарства иных групп, согревание детей, глюкокортикостероиды коротким курсом (1 – 2 дня) с целью десенсибилизации, раствора кордиамина внутрь, оказала нормализующее действие температуры тела.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

**Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Сабиров О.А., Сапаев З.Т.
Хорезмский филиал РНЦЭМП**

Одной из основных причин детской смертности и инвалидности является черепно-мозговая травма. Следование принципам органосохранения наиболее актуально особенно в детской нейрохирургии. Анализ нашего материала показал, что диагностические ошибки на догоспитальном этапе достигают 25-30%. В таких ситуациях одним из важных моментов является необходимость диагностики в кратчайшие сроки и оказание экстренной медицинской помощи.

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности различных методов анестезии у детей с тяжелыми черепно-мозговыми травмами.

Материал и методы. Анестезия проведена нами у 87 больных в возрасте от 2 до 14 лет, поступивших в реанимационное отделение Хорезмского филиала РНЦЭМП. 22 (25,3%) больных прооперированы по поводу вдавленного перелома костей черепа, 65 (74,7%) – по поводу внутримозговых гематом, в том числе эпидуральных – 28 (32,2 %), субдуральных – 53 (60,9 %), внутримозговых – 6 (7,1%).

Результаты. Наши наблюдения показали, что при сравнительно легкой травме в начальном периоде отмечается тяжелое состояние, тогда как у ряда детей, перенесших тяжелую травму, самочувствие было относительно удовлетворительным.

При планировании и проведении анестезиологического пособия учитывался характер операции и тяжесть состояния оперируемого больного.

11 (12,6%) больным, оперированным по поводу вдавленного перелома костей черепа, проводилась внутривенная анестезия. Анестезия с интубацией трахеи с применением ИВЛ применена у 22 (25,3%) детей, состояние которых было тяжелым, с нарушением сознания. Послеоперационный период протекал без осложнений у 17 (19,5%) больных. 3 (3,5%) больных детей в связи с ухудшением состояния переведены на ИВЛ с интубацией трахеи. 48 (55,2%) больным детям, оперированным по поводу внутримозговых гематом, проводилась анестезия с интубацией трахеи и ИВЛ, 17 (19,5%) – внутривенная анестезия. Послеоперационный период без осложнений протекал у 46 (52,9%) из них, с осложнениями – у 9 (10,3%). Это объясняется тем, что у детей верхние дыхательные пути узкие, крайне предрасположены к отеку, проходимость их легко нарушается обильной секрецией слюны, большим язычком, гипертрофированными миндалинами. С этим обстоятельством связаны трудности проведения наркоза. На течение анестезии оказывают влияние также резкие колебания показателей гемодинамики, повышающие степень операционно-анестезиологического риска. Таким образом, проведение внутривенной анестезии возможно у детей с вдавленными переломами костей черепа. Анестезию с интубацией трахеи и применением ИВЛ с целью предупреждения послеоперационных дыхательных нарушений желательно проводить пациентам с внутримозговыми гематомами.

Выводы. Интенсивная предоперационная подготовка, оптимальная адекватная анестезия, интенсивное лечение в послеоперационном периоде значительно снижают количество послеоперационных осложнений. Научные изыскания в этом направлении продолжаются.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕНОГАСИТЕЛЕЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

*Исантурдиев У.И., Касимов Э.К., Кунишев Ш.У.,
Соатмуродов Ш.Н.*

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Проблемы газообразования (метеоризма) и газоотделения (флатуленции) у детей и взрослых является, пожалуй, одной из наиболее актуальных проблем.

Чтобы помочь больному (удалить излишний газ из просвета кишки) используются специальные группы препаратов — прокинетики, способствующие усилению перистальтики и, соответственно, скорейшему выведению содержимого (в том числе и газов) из кишечника, адсорбенты, которые активно захватывают (адсорбируют) на себя большое количество шлаков, газов и выводят их из организма.

Кроме того, во время проведения эндоскопического исследования для обеспечения адекватного осмотра слизистой оболочки различных отделов желудочно-кишечного тракта через эндоскоп активно подается воздух или специальная инертная газовая смесь, углекислый газ. Смешиваясь с находящейся в просвете полого органа слизью, желчью или кровью, эта смесь способна очень быстро образовывать обильную пену, перекрывающую все поле зрения.

Кроме того, нельзя не считаться с тем, что эндоскопические исследования, для ребенка часто становятся психологической травмой. По этой причине удлинение осмотра (часто необоснованное, связанное с невозможностью полноценного осмотра из-за наличия пены) может послужить дополнительным травмирующим фактором.

Кроме того следует учитывать, что удлинение времени осмотра приводит к повышенному износу дорогостоящего эндоскопического оборудования и преждевременному выходу его из строя.

Орошение слизистой оболочки раствором препарата эспумизан® используется непосредственно во время эндоскопического исследования через инструментальный канал или с помощью специального спрей-катетера. При эндоскопических исследованиях обычно используется эмульсия эспумизана® 40 и эспумизана® L в разведении 1:2 или 1:5.

Цель исследования. Оценка эффективности использования пеногасителей при проведении эндоскопического исследования у детей с помощью алгоритма подготовки слизистой оболочки.

Материал и методы. Обследованы 49 детей в возрасте от 2 до 15 лет, которым проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Мальчиков и девочек соответственно 20 и 29. Детей от 2 до 5 лет было 2, от 6 до 10 лет — 11, 11–15 лет 36. Показаниями к ЭГДС были различные жалобы на боли в животе, диспепсические явления или необходимость проведения контрольного исследования у детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Все дети до исследования получали эспумизан®.

Дети до 5 лет включительно — эспумизан® L по 1 мл 3 раза в день за день до исследования и за 20 минут до исследования 1 мл. Дети остальных возрастных групп принимали эмульсию эспумизана® 40 по 5 мл 3 раза в день накануне исследования и 5 мл за 20 минут до исследования.

Контрольную группу составили 11 больных детей в возрасте от 3 до 16 лет, которые не принимали эспумизан® при подготовке к эндоскопии.

Всем детям во время проведения эндоскопии при наличии в просвете желудочно-кишечного тракта пеннистого содержимого проводили орошение слизистой оболочки эмульсией эспумизана® 40 в разведении 1:5 в объеме 10–30 мл в зависимости от степени пенообразования через спрей-катетер.

У детей, принимающих при подготовке к исследованию эспумизан® L или эспумизан® 40, качество осмотра было очень хорошее. Только двум детям 4 и 9 лет понадобилось орошение препаратом во время исследования.

В группе сравнения у 9 (81,8%) из 11 детей в просвете желудка и/или двенадцатиперстной кишки имелось пеннистое содержимое различной степени выраженности, которое пришлось убирать орошением слизистой оболочки эмульсией препарата эспумизан®. После орошения эмульсией эспумизана® пеннистое содержимое при соприкосновении с орошающей жидкостью сразу же исчезало.

Таким образом, пеногасители являются высокоэффективным лекарственным средством для лечения заболеваний, сопровождающихся повышенным газообразованием в кишечнике. Они с успехом могут применяться у детей даже грудного возраста, беременных женщин и кормящих матерей. Широкое клиническое применение диагностического алгоритма, основанного на методике подготовки к эндоскопическому исследованию с помощью препарата эспумизан® 40 и эспумизан® L, повышает методичность проведения эндоскопического исследования желудочно-кишечного тракта, позволяет существенно улучшить визуализацию слизистой оболочки различных отделов органов пищеварения и изменений слизистой оболочки.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ПНЕВМОНИЯНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ СТАНДАРТ АНТИБИОТИК (ЛЕМАКСОЛ)НИ ҚЎЛЛАШ НАТИЖАСИ

*Искандаров Э.Р., Бердиев У.Р., Бобомуродова О.М.
РШТЎИМ Сурхондарё филиали*

РШТЎИМ Сурхондарё филиалида кейинги уч йилда 51 нафар бемор болалар даволанган: шулардан 3 ешгача — 16, 7 ешгача — 21, 14 ешгача — 14, шахарлик — 27, қишлоқлик — 24, ўғил болалар — 30, қиз болалар — 21. Тушган вақти биринчи суткагача — 18, иккинчи суткагача — 13. Бемор болаларнинг бўлимга тушган вақтидаги клиник белгилари: йўталиш, нафас олишининг тезлашиши, ҳансираш, бронхларнинг спазми таъсири 18 беморда (35%) да аниқланди. Тана ҳароратининг 37-38 гача кўтарилиши 33 беморда (65%), қолган 18 бемор-

да (35%) 38,5-39,4 ни ташкил қилди. Тушган беморлар умумий клиник-лаборатория текширишлари билан бир қаторда R-графия, томоқдан суртма олиб патоген микроорганизмларнинг антибиотикларга сезгирлиги аниқланди. Суртма натижасида 36 (70%) беморларда Лемаксол антибиотикига сезгирлик юқори, 15 (30 %) ҳолатдагиларда сезгирлик паст аниқланди. Анъанавий янги антибиотикни қўллаб даволангунча бемор болаларнинг қон таҳлилида лейкоцитоз $17 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 18 мм/соат, лейкоцитлар индекс чапга силжиган.

Лемаксол кенг спекторли таъсир доирасига эга стандарт III-давр цефалоспорин антибиотиклар қаторига кириб, 50-150 мг/кг – 1 кг оғирлигига тенг ҳолатда олиниб, вена ичига ва мушак орасига суткада 1 марта қўлланилади.

Қўлланилган антибиотик натрий тузли актив модда бўлиб, паталогик микроорганизмларга бактерицид ва бактериостатик тезда таъсир қилиш хусусиятларига эга бўлиб, микроорганизмларнинг ҳужайра мембранаси синтезини тўхтатади, яллиғланиш жараенини қисқартиради. Беморларнинг 36 (70%) да умумий аҳволининг яхшиланиши, олдинги назоратдаги беморларга нисбатан 20-24 соатгача камайиши кузатилди. Бемор болаларнинг 15 (30%) да қўшимча иккинчи антибиотик қўллашга тўғри келди. Қайта R-Графия қилинганда, 12 (25%) бемор болаларда яллиғланган ўпкадаги инфильтрация жараенидаги гомоген қорайишнинг сўрилиши, традицион аналогик антибиотиклар комплекс қўлланилган антибиотикларга нисбатан клиник-лабораторик белгилари 2-3 кун олдин тикланди. Бемор болаларнинг 3 (5%) комплекс даволанишига қарамасдан инфильтрация жараени стабил ҳолатда қолганлиги туфайли, улар режали шифохонага даволанишни давом эттириш учун ўтказилди. Бу бемор болаларни ретроспектив анализ қилинганда ҳамкор касалликлари борлиги, яъни анемиялар, рахит, аллергия касалликлари ва бошқалар аниқланди. Бундан ташқари улар бир неча даволаш – профилактик муассасаларида (ҚВП, ТТБ ва бошқалар) кўп марта даволанганлиги аниқланди, бу омиллар шў беморларда паталогик жараени кучайтириб юбормаслиги учун режали даволаниш муассасаларига ўтказилди.

Нафас олишнинг тезлашиши, йўтал безовта қилиши, ҳансираш, бронхнинг спазми аломатлари таъсири, олдинги назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан 14-18 соатгача қисқарди. Тана ҳароратининг юқоридан тушиши ҳам 12-14 соатгача қисқарди.

Динамикада қайта лаборатор текширишларда қондаги лейкоцитлар сони олдингига нисбатан беморларда 2-3 кун давомида нормал ҳолатга келди.

Хулоса. Кенг спекторли ҳозирги замон стандарт антибиотикни (лемаксол) комплекс қўллаш бемор болаларда тезда яллиғланиш жараенига таъсир қилиб ва яллиғланиш жараенини чегаралаб, даволаниш самарадорлигини оширади, шундай қилиб молиявий ҳаражатларни тежашга олиб келади.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПРИЖИГАЮЩИМИ ЯДАМИ

Калназаров Т.Ж., Тагаев П.Ж.

Нукусский филиал РНЦЭМП

Обследованы 42 больных в возрасте от 2 до 14 лет с острыми отравлениями прижигающими ядами, из них 20 детей – с отравлениями уксусной кислотой, 5 – с ожогами, вызванными неорганическими кислотами, 10 – перманганатом калия, 6 – щелочами, 1 – силикатным клеем. Обследование включало лабораторные анализы, УЗИ, ЭФГДС, рентгенографию и рентгеноскопию грудной клетки и ЖКТ. С момента начала установления диагноза острого отравления проводились промывание желудка, обезбоживание, инфузионная терапия, форсированный диурез, противошоковая терапия, лечение ацидоза, гормональная, антибактериальная, лимфотропная терапия, методы экстракорпоральной детоксикации. Вещества прижигающего действия могут вызвать пищеводно-желудочное кровотечение, которое наблюдалось у 9 детей. Аспирационная бронхопневмония, вызванная рвотными массами, имела место у 7 детей, ожог желудка и кишечника, которые имитировали клинику острого живота – у 3 детей. Течение патологического процесса при ожогах пищевода согласно схеме Е. А. Лужникова имеет 3 степени: I степень – катаральное воспаление слизистой оболочки; II степень – поражение слизистой оболочки и стромы, микроскопически проявляется эрозивными изменениями; III степень – некроз ткани. Определенные сложности представляет установление степени ожога.

Эзофагогастродуоденоскопия при наличии ожога проводилась в 4 этапа: в момент поступления ребенка в экстренном порядке, на 3-4 сутки для предположительного определения степени ожога, на 6-8 сутки для оценки динамики состояния больного, в зависимости от степени ожога на 10-20 сутки. Острый период отравления пережили все обследованные дети, тяжесть состояния обуславливалась последствиями тяжелого ожога пищевода и желудка прижигающими ядами.

Вывод. Ранняя диагностика острого отравления и начало применения комплексной консервативной терапии способствует улучшению результатов лечения больных детей. ЭФГДС-обследование позволяет определить степень ожога и выбрать поэтапную тактику последующего лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНЕРГОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ДЕФИЦИТОМ ПИТАНИЯ

Камилова А.Т., Гайфутдинова Г.Р., Сатвалдиева Э.А.

РСНПМЦ педиатрии,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования. Оценка эффективности энэготропной терапии в комплексном лечении детей раннего возраста с тяжелой формой белково-энергетической недостаточностью.

Материал и методы. Под наблюдением были 24

больных в возрасте от 4 месяцев до 4 лет. У 10 пациентов был постинфекционный энтероколит, у 5 – муковисцидоз (кишечная и смешанная формы), у 3 – непереносимость белков коровьего молока, у 2 – врожденный порок сердца, по одному ребенку с болезнью Дауна, аномалией развития верхней губы и неба, целиакией и эктодермальной ангидротической дисплазией. Большинство детей были в возрасте до 2 лет (20; 83,3%). Все пациенты имели тяжелый дефицит массы тела со снижением масса-ростового показателя менее 3 стандартных отклонений. Лечение детей включало элиминационное питание, ферменты поджелудочной железы, кишечные антисептики и пробиотики по показаниям. В качестве энерготропной терапии у 15 детей использовали L-карнитин (алмиба), который в течение 5 дней вводили внутривенно, затем переходили на пероральный прием. Контрольную группу составили 10 пациентов. Эффективность терапии оценивали на 10 день лечения.

Результаты. Основополагающими для всех детей служили принципы ВОЗ (2003) – 10 шагов, обязательных для ведения детей с тяжелым дефицитом питания, включающих: предупреждение/лечение гипогликемии, предупреждение/лечение гипотермии, предупреждение/лечение дегидратации, коррекция электролитного дисбаланса предупреждение/лечение инфекции, коррекция дефицита микронутриентов, осторожное начало кормления, обеспечение прибавки массы и роста, обеспечение сенсорной стимуляции и эмоциональной поддержки, дальнейшая реабилитация. Количество кормлений увеличивалось до 8-10 раз, с обязательными двумя ночными кормлениями. Для удовлетворения всех потребностей основного обмена и физической активности больным назначалась высококалорийная диета, превышающая на 20-50 % норму (150-200 ккал/кг), что достигалось увеличением квоты белка и калорий в рационе. В качестве дополнительного питания к грудному (до 6 мес.) и прикорма для детей старше 5 месяцев применяли полуэлементные смеси (Пепти Гастро, Нутрилак Пепти СЦТ). По показаниям применялось частичное парентеральное питание (инфезол 40) со скоростью вливания аминокислот 0,1 г/кг в ч. Сравнительное изучение показателей динамики физического развития в зависимости от применения L-карнитина (алмибы) продемонстрировало достоверно более быструю нормализацию дефицита массы (соответственно $5 \pm 1,3$ дня, в контрольной группе $8 \pm 1,1$ дня, $p < 0,05$), обусловленную повышением аппетита и улучшением эмоционального статуса детей (бодрость, улучшение тонуса), отмечалась также тенденция к росту уровня гемоглобина и общего белка.

Заключение. Для пациентов с тяжелыми нарушениями питания независимо от причины ее вызывающей, важно повышение калорийности и увеличение белка в рационе питания. Полуэлементные смеси являются предпочтительными в рационе независимо от возраста и вида вскармливания. Дополнение лечения алмибой существенно быстрее улучшает со-

стояние детей и способствует более быстрой прибавке массы тела.

СТУПЕНЧАТАЯ ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Каримахунова Н.Ф., Пахмурин И.Р., Нуралиева М.С., Гафуров Б.З.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Проявления судорожного синдрома очень разнообразны и отличаются по длительности, времени возникновения, состоянию сознания, частоте, распространенности, форме проявления. Большое влияние на характер и вид судорог оказывает тип патологического процесса, который может быть непосредственной причиной их возникновения или играть провоцирующую роль.

Цель исследования. Изучение результатов ступенчатой противосудорожной терапии у детей старшей возрастной группы, поступивших в неврологическое отделение стационара.

Материал и методы. В 2011-2013 гг. в неврологическое отделение стационара поступили 62 ребенка в возрасте от 14 до 18 лет, из них 45 (72,58%) с судорожным синдромом. Городских жителей было 27 (60%) из района поступила (40%). Мальчиков было 19 (42,2%), девочек – 26 (57,8 %). Наиболее часто судороги развивались на почве посттравматических изменений в ЦНС – у 32 (71,1%) пострадавших. Судороги носили смешанный клонико-тонический характер. Средняя продолжительность судорог составляла $8,5 \pm 2,5$ мин.

У 3 (6,66%) пациентов отмечался эпистатус, они находились на продленной искусственной вентиляции легких в отделении нейрореанимации. В комплексном лечении у этих детей применялись мышечные релаксанты, наркотические анальгетики, внутривенные антиконвульсанты на основе бензодиазепинов и препаратов барбитуровой кислоты. От применения оксибутирата натрия у данной категории пациентов воздерживались из-за возможности проконвульсивного эффекта, описанного в современной литературе (Царенко С.В., Крылов В.В., 2005).

Целью противосудорожной терапии в основном было раннее и полное купирование судорог с помощью препаратов для внутривенного введения. С этой целью использовали диазепам, который вводился по 0,2 – 0,4 мг/кг внутривенно со скоростью 2,5 мг/мин. Длительность эффекта при внутривенном введении составляла в среднем 180-240 мин. При необходимости через 10-20 минут препарат вводили повторно. Практиковали также капельное введение диазепама в дозе 0,1-0,2 мг/кг/ч. При неэффективности монотерапии бензодиазепинами использовали комбинацию антиконвульсантов. Для этого на фоне вышеописанной методики дополнительно вводили фенобарбитал по 8 – 15 мг/кг энтерально через установленный в желудок зонд. Средняя продолжительность нахождения детей в отделении неврологии составляла от 2 до 5 дней. 3

детей, получавших реанимационное пособие, находились в стационаре в среднем 9 дней. Все дети выписаны с улучшением.

Таким образом, использованный нами алгоритм позволяет сочетать фармакокинетические особенности парентерального пути введения – быстроту наступления эффекта и энтерального пути – длительность действия. В дальнейшем по типу ступенчатой терапии полностью переходили только на энтеральный путь введения антиконвульсивных препаратов, который обеспечивает длительный и, что очень важно, профилактический эффект, который рекомендуется для снижения конвульсивной готовности уже после выписки детей из стационара.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ТАКТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ МАЛЬРОТАЦИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

*Касымов К.Л., Гафуров А.А., Туйчиев Г.У.,
Вохидов Т.В., Исомиддинов З.Д.*

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Анализ диагностических и тактических операционных ошибок при мальротациях кишечника у детей раннего возраста с целью улучшения результатов лечения.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 23 пациентов в возрасте от 0 сут. до 2,5 лет, оперированных в детском хирургическом отделении АОДММЦ в 2011–2013 гг. по поводу различных форм нарушения ротации и фиксации кишечника. Мальчиков было 13, девочек 10. Наибольшее число детей были в возрасте до 10 дней (65%), остальные больные – от 10 дней до года. Все дети поступили в экстренном порядке с различными диагнозами: частичная кишечная непроходимость (15), ЯНЭК (4) с перфорацией у новорожденных, ущемленная грыжа, кишечное кровотечение и др. У 4-х детей выявлены сопутствующие пороки развития: омфалоцеле (1), атрезии двенадцатиперстной кишки в сочетании с кистой урахуса, ВПС и незаращением твердого неба (1), атрезия ануса и прямой кишки в сочетании с кольцевидной поджелудочной железой и синдромом Дауна (1), ущемленная паховая грыжа (1).

Результаты. У обследованных имели место осложнения, возможные при мальротациях кишечника в сочетании с заворотом средней кишки и возникающие в результате несвоевременной диагностики (рецидивирующие кишечное кровотечение, некроз, перфорация, перитонит). Этим детям в клинике произведена повторная операция по поводу сохраняющейся частичной кишечной непроходимости и перфорации тонкой кишки.

Летальность составила 4,3%. Умерла 1 девочка 9 дней, госпитализированная в отделение через двое суток от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии; на операции выявлен заворот и тотальный некроз тонкой кишки.

Таким образом, у 8 (34,7%) больных отмечались диагностические и тактические ошибки, что привело к повторным хирургическим вмешательствам, удлинению сроков стационарного лечения и неблагоприятным исходам. При выполнении хирургического вмешательства по поводу частичной кишечной непроходимости следует учитывать наличие большого разнообразия врожденных аномалий фиксации и ротации кишечника у детей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА БРУГАДА В ДЕТСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Кенжаев М.Л., Ганиев У.Ш., Кенжаев С.Р.,
Хаитов С.Ш., Холов Г.А.*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Синдром Бругада – наследственное, генетически детерминированное потенциально жизнеугрожающее заболевание с высоким риском развития синкопальных состояний и/или внезапной смерти, характеризующееся наличием ЭКГ-паттерна (элевация сегмента ST, нарушение проводимости).

В детском возрасте распространенность синдрома Бругада мала, в связи с чем каждый клинический случай заслуживает особого внимания.

Подросток 17 лет поступил в РНЦЭМП с жалобами на повторные синкопальные состояния (2 эпизода). Первый эпизод в 13 лет, триггером была боль, симптом сердцебиения. Второй эпизод в возрасте 17 лет, триггерные факторы аналогичны, однако перед приступом больной ощущал приступ сердцебиения во время приступа развились клонико-тонические судороги. В момент второго приступа при проведении ЭКГ отмечалась АВ блокада 1 степени, элевация сегмента ST до 24 мм, полная блокада правой ножки пучка Гиса, в связи с чем был заподозрен синдром Бругада. При исследовании биоэлектрической активности мозга пароксизмальной активности не выявлено. На стандартной ЭКГ в покое регистрировался синусовый ритм с ЧСС 83–92 в мин, удлинение интервала PQ до 220 мс (АВ блокада 1 ст.), ПБПНПГ, элевация сегмента ST до 2 мм. при проведении холтеровского мониторирования ЭКГ в течение суток постоянно регистрируется АВ блокада 1 степени (интервал PQ до 249 мс), ПБПНПГ, транзиторная элевация сегмента ST в отведении V1–V2 (более выраженная в отведении V2). Таким образом, у ребенка было выявлено сочетание клинических и ЭКГ-проявлений, характерных для синдрома Бругада: наличие синкопальных состояний в анамнезе, ЭКГ-паттерн синдрома Бругада-элевация сегмента ST, ПБПНПГ. Учитывая высокий риск развития ВСС, была рекомендована имплантация кардиовертера-дефибриллятора, радиочастотная катетерная модуляция АВ соединения, а также динамическое наблюдение для решения вопроса о назначении хинидина.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ДЕТСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кенжаев М.Л., Ганиев У.Ш., Кенжаев С.Р., Хаитов С.Ш., Холов Г.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ) – наследственное, генетически детерминированное потенциально жизнеугрожающее заболевание с высоким риском развития синкопальных состояний и/или внезапной смерти, характеризуется пароксизмами ЖТ из правых отделов сердца, увеличением размеров ПЖ, наследственной предрасположенностью, ПБПНПГ на ЭКГ и наличием эpsilon волны.

В детском возрасте распространенность аритмогенной дисплазии правого желудочка мала, в связи с чем каждый клинический случай заслуживает особого внимания.

Подросток 16 лет поступил в РНЦЭМП с жалобами на синкопальное состояние. Эпизод синкопе в возрасте 16 лет, триггерные факторы – физическое перенапряжения, перед приступом больной ощущал приступ сердцебиения. При исследовании биоэлектрической активности мозга – пароксизмальной активности не выявлено. ЭКГ в покое отмечалась ПБПНПГ, ГПЖ, АВ блокада I степени, наличием эpsilon волны (локальное ушиение комплекса QRS в правых отделах), при ЭхоКГ исследовании отмечалось увеличения размеров ПЖ, со снижением ФВ ПЖ, с сохраненной систолической функцией левых отделов. При ХМ ЭКГ отмечались пароксизмы ЖТ из правых с из правых отделов сердца (ПБЛНПГ) в связи с чем была заподозрена АДПЖ. Таким образом у ребенка были выявлены 2 больших критерия наличие эpsilon волны и увеличения правых отделов со снижением ФВ ПЖ, сочетание клинических и ЭКГ проявлений характерных для АДПЖ. Учитывая высокий риск развития ВСС, была рекомендована имплантация кардиовертера-дефибриллятора.

ОСТРЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА, НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Кенжемуратова К.С., Камалов Б.Т., Карабаев Х.К., Джураева З.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка эффективности оказания неотложной помощи при медикаментозных отравлениях у детей.

Материал и методы. Проведен анализ острых медикаментозных отравлений у 102 детей, госпитализированных в отделение токсикологии СФ РНЦЭМП в 2013 г. Мальчиков было 81 (79,4%), девочек – 21 (20,6%), в возрасте до 3-х лет было 88 (86,3%) детей, старше 3 лет – 14 (13,7%). Этиологическими факторами были: димедрол – у 32 детей, амитриптилин – у 23, азалептол – у 15, аминазин – у 8, карбамазепин – у 7 и т.д. Всем больным проведено подробное стандартное обследование, их консультировали педиатр и детский хирург.

Результаты. У детей отмечались резкая слабость (100), головокружение (48), сухость во рту (102), тошнота (81); судороги были у 7 детей, потеря сознания – у 19, коматозное состояние – у 8. Зрачки были сужены у 11 больных, тахикардия, гипотония у 72. Психическое и двигательное возбуждение отмечалось у 19 больных, галлюцинация и бред – у 9. Птоз, шаткая походка, эмоциональная лабильность имела место у 18 детей, в основном при отравлениях фенobarбиталом.

Принципы оказания неотложной помощи при медикаментозных отравлениях у детей:

- прекращение дальнейшего поступления и ускоренное выведение токсических веществ из организма – методы активной детоксикации,
- срочное обезвреживание яда применением специфической антидотной терапии, благоприятно изменяющей метаболизм токсического вещества в организме или уменьшающей его токсичность,
- осуществление лечебных мероприятий, направленных на защиту и поддержание той функции организма, которая подвергается преимущественному поражению токсическим веществом – симптоматическая терапия (Лужников Е.А. и др., 2013),
- экстренное промывание желудка через зонд независимо от состояния больного и срока, прошедшего с момента интоксикации до чистых вод (6-10), в первые сутки после тяжелых отравлений 3-4 раза;
- посиндромная терапия: поражение желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, нервной системы, сердечно-сосудистой системы, нарушение метаболизма, функции печени и почек, поражение крови;
- активированный уголь, который вводится через зонд в начальной дозе 1 г/кг массы, а затем и по 50 г каждые 4 часа до его появления в экскрементах;
- 25% раствор сульфата магния в объеме 100-150 мл и вазелиновое масло 150 мл; сифонные клизмы;
- специфическая (антидотная) терапия;
- неотложная помощь в зависимости от характера токсического вещества (например, барбитураты, анальгин, аминазин и др.);
- форсированный диурез. Критерием эффективности является увеличение темпа диуреза до 80-100 мл/ч и более; используется до 100-120 мл/кг массы тела электролитных растворов.

У 22 больных в коматозном состоянии производили интубацию трахеи, у 3 – трахеостомию при длительности комы более 1,5 суток, у 7 больных искусственная вентиляция легких центральной гиповентиляцией. Кроме того, у всех больных, по показаниям применяли активную антибиотикотерапию, инфузионно-трансфузионную терапию (глюкоза, гекодез, стабизол, инфузол, аминол, нирхес-200, рефортан, лотрен, сорбилакт и др.), сердечно-сосудистые препараты и гормоны.

Благодаря внедрению комплекса интенсивной терапии при медикаментозных отравлениях нам удалось избежать летальных исходов.

Таким образом, острые медикаментозные отравления часто встречаются у детей раннего возраста, что

необходимо учитывать при разработке профилактики этого страдания.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЯДОВ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Кучаров Х.У., Намозов С. Б.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Как известно, анафилактический шок является одним из угрожающих состояний. Стремительные проявления клинических признаков, порой в крайне тяжелой форме, требуют безотлагательного профессионального вмешательства. Своеобразно тяжело протекает анафилактический шок (АШ), развившийся вследствие укуса Hymenoptera – перепончатокрылых (ПК)-пчел, ос, шмелей, иногда с летальным исходом. Пчелиный яд (эпитоксин) – это продукт особых желез пчелы (epis). Действующим началом этого яда являются ферменты фосфокиназа, гиалуронидаза, а так же ацетилхолин и гистамин в совокупности с другими химическими элементами.

Обследованы 2 группы больных в возрасте от 2 до 14 лет, лиц мужского и женского пола было одинаковое число. Время доставки больных в клинику варьировало от несколько минут до одного часа.

В 1-ю группу вошли больные, у которых место укуса ПК приходилось на область головы и шеи. Во 2-ю группу были включены пациенты с укусом ПК преимущественно нижней конечности. При тщательном сборе аллергологического анамнеза было установлено, что все больные с тяжелыми анафилактическими реакциями на укус пчелы росли около пасеки и многократно подвергались укусам этих насекомых.

Клинические АШ проявился по-разному. Так, у больных 1-й группы дебютными симптомами шока оказались внезапно появившаяся давящая боль за грудиной (60%), тошнота (55%), страх смерти (72%) и быстро наступающая потеря сознания. Все эти признаки развивались молниеносно, значительная часть больных практически не успевали высказать свои жалобы. У большинства больных (68%) отмечались резкая бледность и холодный пот, особенно на коже лица. Черты лица заострялись и изменялись в течение нескольких минут у 62% больных. Пульс становился частым и не определялся у 32% больных. АД резко снижалось у 92% больных, у 38 % из них вовсе не определялось.

У 18% больных выступала пена изо рта. У 58% больных отмечался отек гортани, дыхание становилось стридорозным. При этом шейные вены набухали, кожа лица становилась синюшной. Клинические судороги наблюдались у 26% больных. У 22% пациентов отмечались непроизвольная дефекация и мочеиспускание. У больных 2-й группы АШ развивался сравнительно медленно. Дебютными симптомами были чувство прилива жара по всему телу (96%), шум в ушах (84%), зуд кожи (96%) и аллергическая сыпь наподобие отека Квинке.

Таким образом, АШ, развивающейся после укуса ПК, зависит от места укуса и намного тяжелее протекает у лиц с местом укуса на шею и лицо.

РАССТРОЙСТВА ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОГО ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Маматкулов Б.Б., Шарипов А.М.,

Ахматалиева М.А., Шоикрамов Ш.Ш., Хамзаев К.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Известно, что глюкокортикостероиды и циклофосфан действуют на систему свертывания крови. В то же время влияние пульс-терапии на тромбоцитарно-сосудистый гемостаз не изучено. Прогнозирование возможных осложнений позволит предупредить тромбоцитарные или тромбгеморрагические нарушения, в том числе и при пульс-терапии, что повысит эффективность лечения больных с нефротическим синдромом.

Цель исследования. Выявление расстройств тромбоцитарно-сосудистого гемостаза у больных с нефротическим синдромом и определение прогностически значимых факторов их развития при использовании различных программ пульс-терапии мегадозами глюкокортикостероидов и циклофосфана.

Материал и методы. Из 125 больных с нефротическим синдромом были отобраны 32 больных с неэффективностью стандартной терапии и высокой активностью процесса.

Исследование агрегационной функции тромбоцитов проводилось *in vitro* с помощью лазерного анализатора агрегации тромбоцитов в модификации Габбасова. По кривой светопропускания проводилось изучение спонтанной агрегации тромбоцитов, а также агрегации тромбоцитов с индукторами агрегации: ристоцетином, аденозин-5'-дифосфатом, коллагеном.

Результаты. У больных нефротическим синдромом были выявлены значительные исходные нарушения ряда показателей тромбоцитарно-сосудистого гемостаза, а также повышение спонтанной агрегации тромбоцитов, агрегации тромбоцитов с ристоцетином.

Трехдневная пульс-терапия метилпреднизолоном и комбинированная пульс-терапия метилпреднизолоном и циклофосфаном у больных с нефротическим синдромом оказывала более выраженное противовоспалительное и иммуносупрессивное действие, чем трехкомпонентная терапия (кортикостероиды, антиагреганты и антикоагулянты), в результате чего высокие показатели тромбоцитарно-сосудистого гемостаза снижались.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Мамедов Б.К., Зокиров Т.Ш., Жабборов З.И.,

Каримов Ж.Х.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Острая респираторная инфекция, приводящая к развитию острой дыхательной недостаточности (ОДН), как правило, включает синдром острого бронхообструкции и трахеобронхита. Клинические проявления ОДН разнообразны и зависят от этиологии и возраста

ребенка.

Материал и методы. Под наблюдением были 162 ребенка от 1 года до 15 лет с затрудненным дыханием, вызванным острым трахеобронхитом и синдромом бронхиальной обструкции (СБО). Детей до 1 года было 51, от года до 5 лет – 84, старше 5 лет – 27.

Среди детей до года дыхательная недостаточность различной степени выраженности развивалась у 36 (70%), включая тяжелое течение ОДН III степени (12,5%). Это связано с возрастными анатомо-физиологическими особенностями детей раннего возраста. Клинически ОДН проявлялась одышкой экспираторного или инспираторного характера в зависимости от высоты обструкции, с участием вспомогательной мускулатуры, тахикардией. Со стороны нервной системы отмечались беспокойство либо вялость. Для детей этой возрастной группы было характерно преобладание общей симптоматики в ответ на патологический процесс, что углубляло степень дыхательной недостаточности.

Среди детей от 1 до 5 лет дыхательная недостаточность наблюдалась у 80%, как правило, I-II степени; у 16% была тяжелая дыхательная недостаточность, приведшая к декомпенсации со стороны других органов. У остальных детей была ДН, возникающая при беспокойстве ребенка: при трахеобронхите у 2 (50%), при синдроме бронхиальной обструкции у 2 (50%). В дебюте заболевания первично отмечались явления трахеобронхита или минимальные явления обструкции нижних дыхательных путей, изначально не приводящие к дыхательной недостаточности. В дальнейшем наблюдалось нарастание тяжести состояния и симптомов дыхательной недостаточности.

В возрасте группы старше 5 лет 2 (7%) детей с трахеобронхитом были в тяжелом состоянии с проявлениями дыхательной недостаточности III степени. Они нуждались в проведении экстренных мероприятий. В состоянии средней тяжести и с ДН I-II степени было 13 (46%) детей. В этой возрастной группе синдром бронхиальной обструкции тяжело протекал у 16 (60%) пациентов. Тяжесть состояния во многом была обусловлена общим течением острой респираторной инфекции: интоксикацией, повышением температуры тела, что в свою очередь усугубляло дыхательные нарушения. К более быстрому прогрессированию дыхательной недостаточности приводило наличие сопутствующих заболеваний, особенно аллергопатология, наблюдаемая нами у 40%.

Таким образом, в большинстве случаев у детей с респираторными заболеваниями развивается острая дыхательная недостаточность различной степени тяжести. Тяжелее она протекает у детей раннего возраста.

ОСОБЕННОСТИ ОТРАВЛЕНИЯ ФОС У ДЕТЕЙ

Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М., Эминов Б.Ж.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В настоящее время среди отравлений ядохимикатами первое место занимают отравления фосфорорга-

ническими соединениями (ФОС). Впервые ФОС синтезированы в лаборатории Фарбениндусти Шрадером в 1937 г. ФОС являются жизненно необходимыми для организма веществами, в частности аденозинтрифосфатная кислота (АТФ) – одно из основных соединений обеспечивающих энергоресурсы организма. В то же время ФОС представляют собой высокотоксичные вещества нервно-паралитического действия. В настоящее время синтезировано более 12 тысяч ФОС. Многие из них нашли широкое применение в качестве инсектицидов для уничтожения насекомых – вредителей сельскохозяйственных культур и в системе санитарно-противоэпидемических станций; некоторые эфиры применяются в медицине в качестве лекарств.

В повседневной работе токсикологических отделений наиболее часто встречаются бытовые пероральные отравления (случайные или суицидальные) карбофосом, дихлофосом, хлорофосом, производственные отравления чаще бывают ингаляционными.

ФОС нарушают или блокируют функцию холинэстеразы (ХЭ), образуя устойчивый к гидролизу фосфорилированный фермент, не способный реагировать с молекулами ацетилхолина (АХ), вследствие чего АХ, являющийся медиатором при передаче возбуждения в синапсах, перестает своевременно разрушаться и накапливается на постсинаптической мембране, вызывая ее стойкую деполяризацию, что клинически проявляется формированием четырех специфических эффектов: мускариноподобного, никотиноподобного, курарепоподобного и центрального действия. В 2010–2012 гг. в токсикологическое отделение Ферганского филиала РНЦЭМП были госпитализированы 3586 больных с острыми отравлениями, из них 286 – ядами природного происхождения, в том числе 76 (26%) больных с острыми отравлениями ФОС. У 61 (80%) пострадавшего это были случайные отравления, 15 (20%) приняли ФОС с суицидальной целью. Мужчин было 40 (52%), женщины 21 (27%), детей до 18 лет – 15 (20%).

У детей отравления в основном были случайными из-за невнимательности взрослых: оставление ядовитых веществ в доступных для детей местах. Отравление у детей происходило перорально, при употреблении ФОВ из баклажки. 2 ребенка отравились ингаляционным путем, находясь в местах впрыскивания яда.

Помощь больным начали оказывать уже на догоспитальном этапе: промывание желудка, антидотная терапия. После госпитализации больные получали комплекс антидотной, дезинтоксикационной и реанимационной помощи в зависимости от тяжести состояния. По тяжести состояния больные распределены следующим образом: тяжелые 11 (14%), средней тяжести 21 (27%), легкой степени 44 (59 %).

Полное выздоровление наступило у 61 (80%), остаточные явления (периферические невропатии, энцефалопатии, пневмонии и.д.) наблюдались у 14 (18%), летальный исход у 1 (1,3%) больного. При макроскопическим и гистологическом исследовании трупа обнару-

жены характерные для отравления ФОС расстройства кровообращения и изменения ткани органов: расширение и полнокровие сосудов, плазморагии, периваскулярный отек, очаговые кровоизлияния и стаз. При химическом исследовании тканей желудка и печени обнаружено фосфорорганическое соединение.

Выводы. У детей отравление в основном носит случайный характер. Своевременно оказанная квалифицированная помощь позволяет снизить летальность и инвалидность у больных с острыми отравлениями ФОС.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ С РЕФОРТАНОМ И ПЛЮС У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Махмудов Х.А., Аббосхонов Г.Х., Гафуров А.К.
Ферганский филиал РНЦЭМП

На современном этапе поддержка эффективной центральной и церебральной гемодинамики рассматривается в качестве одного из главных принципов защиты мозга у лиц с острыми травматическими повреждениями головного мозга. Коррекция гемодинамики при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ) проводится в основном для профилактики вторичных ишемических повреждений головного мозга, для чего необходимо обязательно поддерживать определенный уровень церебрального перфузионного давления.

Цель исследования. Изучение эффективности восполнения дефицита объема циркулирующей внутрисосудистой жидкости рефортаном N плюс в процессе проведения противоотечной терапии у больных с ТЧМТ.

Материал и методы. Под наблюдением были 30 пациентов с ТЧМТ, оперированных в первые 6 ч после поступления в ФФРНЦЭМП. Возраст больных – от 12 до 18 лет. В реанимационном зале приемного отделения пациентам обеспечивали центральный венозный доступ, проводил инфузионную поддержку изотоническим раствором натрия хлорида, введение в наркоз после в/в инъекции 0,5 мл 0,1% раствора атропина сульфата, 1 мл 1% раствора димедрола и 400–500 мг тиопентала натрия, интубацию трахеи, введение антидеполяризующих миорелаксантов (аркурон 4 мг), зондовую декомпрессию желудка. Коррекция артериальной гипотензии осуществлялась с помощью инфузии дофамина в дозе 6–8 мкг/кг/мин. В премном покое после поступления выполняли мульти слайдсную томографию головного мозга под наркозом (тиопентал натрия с ИВЛ). После МСКТ больного переводили в операционный блок. ИВЛ проводили аппаратами «Drager-fabius» с использованием 6-7 мл/л кислородной смеси. Наркоз обеспечивался введением тиопентала натрия (до 1 г) и пропофола из расчета 1,5-2,0 мг/кг. Аналгезию поддерживали введением фентанила в дозе 0,005 мг/кг. Для миорелаксации продолжали введение аркурона. Инфузионная терапия проводилась с использованием кристаллоидных растворов и 6% рефортана 500 мл. После операции все пациенты доставлены в отделение интенсивной терапии (ОИТ), где им

продолжали ИВЛ.

Вывод. Смысл инфузии гидроксипентакрахмала – плазмозаменителей после противоотечных мероприятий состоит в том, чтобы сохранить объем циркулирующей внутрисосудистой жидкости, необходимый для эффективной перфузии головного мозга, улучшить реологию крови и ограничить потерю жидкости в интерстициальный сектор внеклеточного водного пространства. Преимущества имеют коллоидные плазмозаменители на основе гидроксипентакрахмала (6% и 10% рефортан). В условиях инфузии 1000 мл 6% рефортана и 10% рефортана плюс наблюдается стабильность гемодинамических показателей и достоверная положительная динамика артериального кровоснабжения головного мозга. Наилучший эффект получен при поддержке объема внутрисосудистой жидкости путем введения 1000 мл 10% Рефортана плюс, при котором наблюдалось достоверное улучшение показателей центральной гемодинамики и мозгового кровотока.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КЛЕЩЕВИНОЙ У ДЕТЕЙ

Махмудов А.Ф., Эминов Б.Ж., Юсупова Д.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Клещевина обыкновенная (*Ricinus communis* Euphorbiaceae) – многолетнее травянистое растение из семейства молочайных. Кусты широкие, раскидистые, высотой до 3 м. Стебель полный, ветвистый, окрашенный в зеленый, красный, коричневый цвета с голубоватым налетом. Листья расположены на полных черешках, крупные, пальчато-раздельные с 5-10 лопастями. Плод – овальная коробочка покрытая шипами. Название растения происходит от латинского слова «*ricinus*» – клещ так как, семена растения своей формой похожи на восточного клеща. В Узбекистане это растение сажают почти повсеместно как декоративное. С медицинской целью используют для получения касторового масла. Токсичными являются не только семена, но и зеленая часть растения. Токсическое начало клещевины – токсальбумин, рицин и алкалоид рицинин. Попадая в пищеварительный тракт, рицин вызывает его воспаление. При попадании в кровь повышает свертываемость крови, вызывает образование тромбов, агрегацию и гемолиз эритроцитов, нарушает микроциркуляцию. Оказывает токсическое действие на ЦНС, проявляющееся судорогами, параличами и парезами. LD50 для крыс 75 мкг/100г массы, для человека перорально LD50 4 мкг/кг (10-15 шт. семян).

Из инфекционной больницы после консультации хирурга 12.09.2013 г в ПДО ФФРНЦЭМП для оперативного лечения был переведен больной ребенок Б. 12 лет с предварительным диагнозом «Острая кишечная непроходимость». Из анамнеза: ребенок болеет в течение суток. Болезнь началась с болей в животе, тошноты, рвоты. Была вызвана бригада скорой помощи. Родители связывали заболевание с употреблением фруктов, айрана. После осмотра врача был по-

ставлен диагноз острой диареи, и ребенок доставлен в инфекционную больницу. В инфекционной больнице произведены общий анализ крови, мочи и кала и начата инфузионная терапия. В динамике состояние больного ухудшилось: боли в животе и вздутие усилились. Появился кровавый стул. Был вызван хирург, ребенок переведен в филиал центра экстренной медицинской помощи.

При осмотре состояние больного тяжелое. Жалуются на сильные боли в животе, тошноту, рвоту, частый стул до 8-10 раз в сутки. Сознание заторможенное. Кожные покровы бледные. Температура тела 38°C. Дыхание 22 в 1 мин. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 120 в 1 мин. Живот вздут, болезненный по всей поверхности. Диурез резко уменьшился. Лабораторные данные: Нв 106 г/л, Эр. 3.3 млн/мм³, л. 12,4 тыс. 10⁹/л, п. 4%, с. 62%, цв. пок. 0,9, эоз. 3%, СОЭ 14 мм/ч. Общий белок – 60 г/л, билирубин общ. 14, связ 4, несвяз. 10, мочевины 6 ммоль/л, креатинин 0.023 ммоль/л, сахар 4,0 ммоль/л. ВСК начало 210, конец 315.

Анализ мочи: цвет: темно-желтый. Прозрачность – мутная. Удельный вес – 1,019, Белок 0,234 г/л, pH 7,5, эпителий 1-2, л. 2-4, эр. 1-2, цилиндры 2-3, соли мочевой кислоты.

Анализ кала: консистенция жидкая, запах зловонный, цвет малиновый, л. в бол. кол-ве, эр. 10-15.

На УЗИ в брюшной полости в области малого таза определяется незначительное количество свободной жидкости. На рентгеноскопии вздутие кишечника.

После тщательно собранного анамнеза удалось выяснить, что за сутки до поступления ребенок употреблял плоды клещевины в количестве 4 шт. После этого был поставлен диагноз «Острое отравление семенами клещевины», и больной переведен в отделение токсикологии. Были назначены инфузионно-трансфузионная терапия, дезинтоксикация, антибиотики широкого спектра действия, антиоксиданты, энтеросорбенты, спазмолитики, наркотические анальгетики, мочегонные и витаминотерапия. Несмотря на начатую интенсивную терапию, состояние ребенка постепенно ухудшалось. Отмечалось увеличение креатинина до 0,430 ммоль/л, мочевины до 20 ммоль/л. Диурез уменьшился до 300 мл в сутки. Был поставлен вопрос о проведении сеанса гемодиализа. Активное наблюдение хирургов продолжалось. На 4 сутки состояние больного постепенно улучшалось; отмечалось уменьшение болей в животе, снижение температуры, увеличение суточного диуреза, уменьшение диареи. На 12 сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии домой.

Выводы. 1. Тщательно собранный анамнез играет большую роль в постановке диагноза при отравлениях клещевинной и дифференциальной диагностике с хирургическими заболеваниями у детей. 2. Своевременно поставленный диагноз и начатая интенсивная терапия способствуют быстрому выздоровлению, помогают избежать таких грозных осложнений, как ток-

сический шок, ОПН.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ЭНЦЕФАЛИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ

Мирзаева А.Д., Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Алибекова М.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Энцефалическая реакция – это тяжелое состояние, обусловленное реакцией организма в ответ на воздействие бактериальной или вирусной инфекции. В основе энцефалической реакции лежит первичное поражение ЦНС, в первую очередь ее вегетативных отделов. Наиболее распространенными заболеваниями у детей, при которых развивается энцефалическая реакция, являются острые респираторные инфекции (ОРИ).

Цель исследования. Изучение факторов, влияющих на развитие энцефалической реакции у детей с ОРИ.

Материал и методы. Под наблюдением находился 31 больной в возрасте от 6 месяцев до 1 года с диагнозом ОРИ, осложненной энцефалической реакцией. Мальчиков было 21 (68%), девочек – 10 (32%).

Всем больным проводились общеклинические исследования (анализ крови, мочи, кала), нейросонография. Все дети осмотрены окулистом, невропатологом.

Результаты. При изучении анамнеза жизни у 17 (54,8%) детей выявлен осложненный акушерско-гинекологический анамнез, у 8 (47,1%) из них было сочетание 2-3 заболеваний: хроническая внутриутробная гипоксия плода – у 9, угроза прерывания беременности – у 9, ранние токсикозы беременности – у 6, гестоз – у 6, внутриутробные инфекции – у 2, преждевременные роды – у 2, роды путем кесарева сечения – у 9. В раннем анамнезе жизни у 15 (48,4%) больных диагностировано перинатальное поражение центральной нервной системы (ППНС), у 7 (46,7%) из них выявлено сочетание 2 заболеваний: синдром тонусных нарушений – у 8 (53,3%), гидроцефальный синдром – у 7 (46,7%), синдром гипервозбудимости – у 5 (33,3%), церебральная ишемия I-II степени – у 4 (26,7%), задержка психомоторного развития – у 3 (20%). Фоновая патология имела место у 77,4% больных, в том числе анемия – у 10 (41,7%), тимомегалия – у 1 (4,2%). 49% больных были часто болеющими детьми.

По результатам НСГ у всех поступивших больных отмечалась внутримозговая гипертензия (ВЧГ) головного мозга. Расширение III желудочка от 5,5 до 6,5 мм наблюдалось у 20 детей, от 6,6 до 7,5 мм у 8, более чем на 7,6 мм у 3. Это объясняется нарушением кровообращения, нарастанием отека и набухания головного мозга у детей раннего возраста при энцефалической реакции.

Выводы. Факторами, способствующими развитию энцефалической реакции у детей, являются осложненное течение внутриутробного периода и перинатальная патология ЦНС. НСГ-исследование позволяет своевременно выявить ВЧГ головного мозга и оценить тяжесть повреждения ЦНС.

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

Мирзаева Н.К., Хакимова Н.Х., Мамадиева В.Х.

Джизакский филиал РНЦЭМП

В настоящее время судорожный синдром становится одним из наиболее частых неотложных состояний в педиатрии. Важную роль в возникновении судорог играют гипоксия, микроциркуляторные расстройства, генерализованный отек мозга, нарушение водно-электролитного обмена. Чем тяжелее гипоксия, тем глубже и продолжительнее нарушение сознания, сопутствующее судорожному припадку. У детей судорожный синдром встречается в 7 раз чаще, чем у взрослых.

Цель исследования. Изучение эффективности своевременного оказания неотложной помощи при судорожных синдромах у детей и недопущение постсудорожных осложнений.

Материал и методы. В 2013 г. в Джизакском филиале РНЦЭМП в отделение неотложной педиатрии с судорожным синдромом поступили 546 больных детей. У всех обследованных изучался перинатальный анамнез и анамнез заболевания, проводились общеклинические, лабораторные исследования: кровь на содержание кальция, сахар в крови, рентгеноскопия черепа в двух проекциях, Эхо ЭЭГ, КТ головного мозга, 55 (10%) детей консультировал нейрохирург.

Результаты. У 278 (51%) больных судорожный синдром был обусловлен фебрильной провокацией на фоне острой респираторной инфекции и бронхолегочной патологии, судороги на фоне перинатального поражения центральной нервной системы отмечались у 93 (17%), обменные судороги (гипокальциемический, гипогликемический, дефицит вит. В6) у 110 (22%), судороги органического генеза (опухоль, травмы, аномалии развития) – у 55 (10%).

Всем детям оказана неотложная противосудорожная помощь, включающая варианты схем и стандартов.

- Независимо от типа судорог оценивалось состояние внешнего дыхания, проводилось очищение дыхательных путей от слизи и инородных тел, подготовку к интубации, ингаляции увлажненного кислорода, при необходимости ИВЛ.

- Противосудорожная терапия: 0,5% раствор седуксена 0,1-0,2 мм/кг в/в или в/м медленно на физрастворе. При неэффективности через 15 мин препарат вводили повторно из расчета 0,05 мм/кг. При отсутствии седуксена вводили 20% раствор натрия оксибутирата (ГОМК) 0,5мм/кг (50-100 мг/кг) детям до года и 0,5 мл/кг (100-150 мг/кг) детям старше 1 года в/в или в/м, а также использовали дроперидол 0,25% раствор 0,1 мл/кг. Независимо от пути введения противосудорожных средств эффект наступал в течение 5 – 25 мин.

- Этиотропная терапия (с целью дегидратационной, противоотечной терапии) с использованием 25% раствора сульфата магния из расчета 1,0 мл/год жизни, а детям до года 0,2 мл/кг в/в или в/м, 1% лазикса 0,1-0,2 мл/кг в/в или в/м, преднизолона 2 мг/кг в сутки в/в

или в/м.

278 (51%) больным с фебрильными судорогами проводили антиперитическую терапию – парацетамол в разовой дозе 10-15мг/кг внутрь или ректально. Если температура тела не снижалась в течение 30-40 минут вводили 50% раствор анальгина 0,01 мл/кг, старше 1 года 0,1/год жизни в/м антибактериальной терапии. 110 (22%) больным с обменными судорогами, сопровождающимися снижением уровня кальция и витамина В6 в крови назначили в/в соли кальция: 10% раствор кальция хлорида и глюконата из расчета 1 мл/год разовая доза, и витамин В6.

Своевременное купирование судорожных припадков позволило предупредить развитие гипоксии, отека мозга и постсудорожные осложнения, в результате чего достигли благоприятный результат получен у 485 (89%) детей.

УРОВЕНЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ 5-8 ЛЕТ

Миродилов А.М., Махкамova Ф.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Анализ заболеваемости кариесом временных и постоянных зубов, определение уровня гигиенического состояния полости рта у детей 5-8 лет.

Материал и методы. В поликлинике при ТашПМИ обследованы 45 детей в возрасте от 5 до 8 лет. Дети были распределены на 2 группы: 1-я группа – 25 детей 5-7 лет; 2-я – 20 детей 7-8 лет. Стоматологическое обследование выполнялось по стандартной методике. Изучали показатели распространенности кариеса отдельно временных и постоянных зубов, с помощью индекса ИКП определяли распространенность фиссурного кариеса первых постоянных моляров. Индивидуальный уровень интенсивности кариеса зубов оценивали с помощью индекса УИК по П.А. Леусу (1990). При первичном осмотре у каждого ребенка определяли уровень индивидуальной гигиены полости рта с использованием индексов Грина-Вермиллиона и Федорова-Володкиной.

Результаты. Показатели распространенности кариеса временных и постоянных зубов в 1-й группе составляли 86,1% (22 ребенка), во 2-й – 86,8% (17 детей), что, согласно оценке ВОЗ свидетельствует о массовой заболеваемости.

Интенсивность кариозного процесса (КПУ+кп) в 1-й группе составила $4,70 \pm 0,31$, что характеризуется как высокий уровень интенсивности, во 2-й группе определялся средний уровень интенсивности кариозного процесса – $3,90 \pm 0,27$.

Распространенность фиссурного кариеса у детей имеет выраженную тенденцию к увеличению с возрастом: в возрасте 5-7 лет составила 27,8%, 7-8 лет – 54,7%.

У осмотренных детей в первых постоянных молярах доминировало поражение жевательных поверхностей: в 1-й группе – 88%, во 2-й – 89%.

Сравнительный анализ результатов исследования

индекса ИКП выявил увеличение интенсивности кариозного процесса постоянных зубов с возрастом. Так, у 5-7 – летних детей она составила $3,18 \pm 0,28$, у 7-8 – летних – $3,77 \pm 0,19$ (средний). При этом индивидуальный уровень интенсивности кариеса (по Леусу) имел тенденцию к уменьшению и составил в 1-й группе – $0,84 \pm 0,08$ (характеризуется как высокий уровень), во 2-й группе – $0,70 \pm 0,04$ (что также характеризуется как высокий уровень).

Анализ гигиены полости рта по индексу Грина-Вермиллиона выявил преобладание средних и высоких значений индекса во всех группах, а средние показатели ИГР-У составили $0,85 \pm 0,06$ (1-я гр.) и $1,09 \pm 0,07$ (2-я гр.), что определяется как удовлетворительный уровень гигиены. Значение индекса гигиены Федорова-Володкиной в 1-й группе в среднем составило $1,83 \pm 0,07$, во 2-й – $1,98 \pm 0,07$, что также указывало на удовлетворительный уход за полостью рта.

Выводы. 1. Распространенность кариеса зубов у детей 5-7 (86,1%) и 7-8 лет (86,8%) свидетельствует о массовой заболеваемости. 2. Интенсивность кариозного процесса уменьшается с возрастом (с $4,70 \pm 0,31$ до $3,96 \pm 0,18$) за счет физиологической смены молочных зубов, при этом увеличивается интенсивность кариеса постоянных зубов (с $3,18 \pm 0,28$ до $4,51 \pm 0,18$). 3. 1/3 детей в возрасте 5-7 лет имеют кариозное поражение постоянных зубов, частота которого возрастает с возрастом. Независимо от возраста в первых постоянных молярах развивается кариозный процесс с преимущественным поражением жевательных поверхностей. 5. У детей всех возрастных групп гигиеническое состояние полости рта было удовлетворительным.

ФОРМИРОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, ПРИВОДЯЩИХ К РАЗВИТИЮ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мовланова Ш.С.

РСНПМЦ педиатрии

Обследованы 60 детей раннего возраста с внутрибольничной пневмонией. С целью изучения особенностей антенатального развития нами анализировали истории родов, истории развития ребенка и истории болезней детей, поступивших в отделение пульмонологии РСНПМЦ педиатрии МЗ РУз.

Подавляющее большинство детей с внутрибольничной пневмонией (77,1%) – недоношенные с низкими массо-ростовыми показателями. Среди доношенных новорожденных заболевание встречалось у 22,9%, то есть в 3 раза меньше. При изучении анамнеза 35 детей с внутрибольничной пневмонией, родившихся в асфиксии, было выявлено, что 45,7% из них родились от первородящих, 54,2% – от повторнородящих матерей. Большинство женщин – 65,7% – были домохозяйками, 20% – занимались тяжелым физическим трудом, 14,3% – студентки. В подавляющем большинстве случаев антенатально плод развивался на фоне неблагоприятно протекавшей беременности. Ведущее место среди факторов риска занимают нарушение маточно-пла-

центарного кровообращения и хроническая внутриутробная гипоксия плода, которые встречались у равных числа больных – по 42,8%. Важными отрицательными факторами в антенатальном развитии плода были преэклампсия (37,1%), анемия (37,4%), угроза прерывания беременности (32,6%). Сопутствующие соматические заболевания наблюдались в 37,6% случаев, из них 24,5% составляла патология почек (хронический пиелонефрит, нефроптоз) наблюдались – в равных количествах – 9,7%. Течение беременности усугубляли острые респираторные вирусные и TORCH-инфекции, которые встречались у 54,7% женщин. Важную роль играет также особенности интранатального периода. Более трети матерей (35,8%) были родоразрешены путем кесарева сечения. Выявлено также преобладание матерей, у которых имело место раннее отхождение околоплодных вод – 35,7%. Патологические роды и загрязнение околоплодных вод встречались в равных количествах – у 25,0%.

Таким образом, наиболее частыми факторами риска развития внутрибольничной пневмонии у детей раннего возраста являются: неблагоприятные социально-бытовые условия, патология беременности и родов. Немаловажное значение имеют соматическая патология дыхательной, сердечно-сосудистой и мочеполовой системы и инфекционные заболевания матери.

КОРРЕКЦИЯ КИШЕЧНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ С ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мухитдинова М.К., Пахмурин И.Р., Нуралиева М.С., Касымова И.К.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение результатов лечения дисбактериоза у комбустиологических больных, получавших лечение в ОРИТ.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения детей раннего возраста, получивших ожоги разной степени в 2012-2013 гг. Всего в ожоговое отделение АФРНЦЭМП поступили 588 детей, из них до года – 148 (25,17%). В отделении детской реанимации на лечении находились 178 (30,27%) детей с ожоговой травмой, из них до года – 66 (37,07%), до 3 лет – 56 (31,46%), до 5 лет – 39 (21,91%), до 7 лет – 12 (6,74%), до 14 лет – 5 (2,8%).

Ожоги горячей пищей отмечались у 27 (15,16%), горячим молоком – у 13 (7,3%), раскаленным маслом – у 14 (7,86%), пламенем – у 26 (14,6%), кипятком – у 98 (55,05%). Ожоги до 10% поверхности тела имели место у 16 (8,98%), до 20% – у 60 (33,7%), до 30% – у 62 (36,04%), до 40% – у 27 (15,16%), свыше 40% – у 13 (7,3%). Летальных исходов было 22 (12,35%).

Общепринятые мероприятия, проводимые в ОРИТ, включали протившоковую, антибактериальную, дезинтоксикационную, инфузионную (коллоиды, кристаллоиды, плазматрасфузии) терапию. Местно применялись левоцин, левомеколь, гальмосептин.

Микробный пейзаж изучен у 31 ребенка с термическими ожогами. У всех обследованных ожоги имели I,

II, III АБ степень с поражением от 20% и более поверхности тела. Микробиологическое изучение биоценоза кишечника проводили по стандартным схемам путем посева фекалий. Все микроорганизмы учитывали количественно и идентифицировали по виду. В результате термической травмы все дети с ожоговой болезнью имели существенные сдвиги как в количественном, так и в качественном составе микробиоценоза кишечника.

Результаты. Дефицит общего количества анаэробов, бифидобактерий и лактобацилл обнаружены у 100% пациентов, при этом достоверно увеличивалось содержание лактозонегативных кишечных палочек, грибов типа *Candida* и протей на 2-3 порядка. Количество бифидобактерий, лактобактерий и лактопозитивной кишечной палочки было снижено до $4,20 \pm 0,10$; $4,28 \pm 0,11$; $4,31 \pm 0,02$ при норме $9,71 \pm 0,41$; $9,28 \pm 0,54$; $9,16 \pm 0,44$. В результате обследования выявлены следующие показатели микробного пейзажа: анаэробы $6,51 \pm 0,44$; бифидобактерии $4,20 \pm 0,10$; лактобактерии $4,28 \pm 0,11$; аэробы $8,74 \pm 0,60$; кишечная палочка $5,76 \pm 0,13$; стафилококки $3,72 \pm 0,17$; стрептококки $4,70 \pm 0,20$; грибы типа *Candida* $5,70 \pm 0,16$; протей $5,33 \pm 0,33$. С

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии дисбактериоза кишечника, что подтверждает факт влияния массивной антибиотикотерапии на течение ожоговой болезни, в результате чего качественно и количественно изменяется состав микробных ассоциаций «микробного пейзажа», характеризующегося снижением аспорогенно-анаэробных микроорганизмов на фоне увеличения факультативной флоры. Необходима коррекция кишечного дисбиоза с целью селективной деконтаминации кишечника (флуконазол) путем перорального назначения антимикробных препаратов и пробиотиков (бактисубтил) не подавляющих колонизационную резистентность и восстанавливающих нормальный биоценоз.

ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ НА ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Мухитдинова Х.Н., Хамраева Г.Ш., Сабилов Д.С., Турсунов Д.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы. Анализ изменений фазовых структур циркадного ритма гемодинамики, выявление биоритмологических особенностей изменений артериального давления у детей грудного возраста с тяжелой пневмонией.

Методы исследования. Проведен анализ фазовой структуры циркадных ритмов систолического (САД) и диастолического (ДАД) у 63 детей в возрасте от 2 до 12 месяцев с тяжелой пневмонией, осложненной критической дыхательной недостаточностью. Мальчиков было 33, девочек – 30. Фазовые характеристики изменений изучаемых показателей в околоциркадном

ритме сравнивали в двух группах детей: 1-я группа 50 больных с выздоровлением, 2-я группа – 13 больных летальным исходом. Изменения гемодинамики изучены мониторингом аппаратом NIHON KONDEN CORPORATION (JAPAN) на протяжении 20 суток.

Результаты. На протяжении всего периода наблюдения достоверно значимых изменений абсолютных показателей максимального, минимального и среднего суточного (мезора) систолического (САД), диастолического (ДАД) давления не зафиксировано, однако обнаружена перестройка фазовых структур циркадного ритма изучаемых параметров. Наиболее выраженное смещение батиформы САД наблюдалось на 3,4, 14,15,16 сутки (отклонения составляли от 9 до 12 ч, $p < 0,05$). Причем изменения батиформы не совпадали с изменением позиции акроформы, что позволяет предположить участие в адаптивном перестраивании изменений – в одних случаях акроформы в других батиформы. Наиболее значимое смещение пика акроформы ДАД отмечено на 4,10,12 сутки, сдвиг пика акроформы на циферблате составил 8,12, 12 ч ($p < 0,05$). Что касается батиформы, то уже в первые двое суток отмечено смещение на 9 ч против часовой стрелки, смещение оставалось значительным на 4,5,6,7,8,11,13,14,15 сутки наблюдения (более чем на 10 часов по часовой стрелке). У размах суточных колебаний САД ($22 \pm 2,5$ мм рт.ст.) выявлен только в течение трех суток, в то время как этот признак в группе умерших детей 1-й группы наблюдался на протяжении всех 20 суток. Причем размах флюктуации ДАД уже в первые сутки составил $38,5 \pm 2,9$ мм рт.ст. ($p < 0,05$).

Вывод. Отсутствие достоверных изменений артериального давления еще не свидетельствует о благополучном состоянии гемодинамики. Продолжительное мониторирование фазовых характеристик циркадных биоритмов является более чувствительным показателем нарушений и сдвигов функционального состояния гемодинамики. Нестабильность циркадных биоритмов системы кровообращения, вызванная тяжелой пневмонией, выражается в смещении акроформы, батиформы и изменении амплитуды колебаний в циркадном ритме САД и ДАД.

ДИНАМИКА ВОЛЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Мамбетова Г.К., Холбаева Д.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Недостаточность литературных данных, отсутствие четких рекомендаций по коррекции волемических нарушений при СПОН, побудила нас к поиску дополнительных диагностических признаков длительным мониторингом систем организма для оптимизации лечения и прогноза СПОН у детей.

Цель. Оценка информативности длительного мониторинга (в течение 20 суток) центрального венозного

давления (ЦВД) и изменений гемодинамики при посттравматическом стрессе, осложненным СПОН у детей в возрасте от 5 до 17 лет.

Материал и методы. Изучены показатели температуры тела, систолического (САД), диастолического и артериального давления, частота сердечных сокращений (ЧСС), частота дыхания (ЧД), показатель сатурации кислорода (SpO_2), центральное венозное давление (ЦВД), количество введенной внутривенно, энтерально жидкости, видимые потери мониторингом у 39 пациентов, перенесших операции по поводу сочетанной черепно-мозговой травмы (СЧМТ) с повреждением внутренних органов (15), закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) (3), перитонита (12), язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки (6), кишечной непроходимости (3) в течение 20 суток послеоперационного периода. Больные были разделены на 2 группы: 1-я – компенсированным (25 детей, в последующем переведенных в профильные отделения для дальнейшей реабилитации), 2-я – декомпенсированным (14 с летальным исходом) СПОН. Все пациенты оперированы по экстренным показаниям, в послеоперационном периоде находились на продленной ИВЛ от 1 до 15 суток и получали стандартную терапию (седация, обезболивание, гемостатическая терапия, парентеральное питание, антибактериальная терапия).

Результаты. В 1-й группе показатели АД характеризовались стабильностью на протяжении всего наблюдения. Во 2-й группе нестабильность гемодинамики проявилась в повышении САД на 7 сутки на 7%, а на 12 сутки на 15%, 13 сутки – на 19%. ДАД повышалось на 7 сутки на 15%, 12 сутки – 36%, 13 сутки – на 41%. Во 2-й группе на 13 сутки выявлено повышение среднесуточного показателя температуры тела до $37,4 \pm 0,1^\circ\text{C}$. Коррекцию отклонений водно-электролитного обмена, возмещение дефицита жидкости и дезинтоксикационную терапию в первой группе в первые 10 суток проводили введением со скоростью инфузии $3,39 \pm 0,24$ мл/кг в час, диурез при этом составил $2,7 \pm 0,25$ мл/кг в час. На 12-е сутки инфузионную терапию увеличили до $4,4 \pm 0,12$ мл/кг в час ($p < 0,05$). Подтверждением адекватности инфузионной терапии в 1-й группе пациентов служила стабильность артериального давления, ЧСС, показателя ЦВД на уровне $80 \pm 4,5$ мм вод.ст. Во 2-й группе детей уже с первых суток выявлено нарушение функции сердца, высокий риск развития острой сердечной недостаточности.

Выводы. Увеличение продолжительности ССВО более двух недель повышает риск неблагоприятного исхода тяжелого патологического состояния. Критическим периодом посттравматического стресса в 1-й группе оказались 3-5, 7-8, 10-11, 13 сутки после операции, в то время как во 2-й группе именно в эти дни обнаружено существенное снижение компенсаторной мобилизации функциональной активности изучаемых параметров.

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Мухитдинова Х.Н., Рахимова С.Р., Мирзаева А.Д.,
Ходжаева М.Х., Мирзаева Н.Р.*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Одним из наиболее эффективных антибиотиков борьбы с возбудителем *Ps. aeruginosa* из семейства *Pseudomonadaceae* являются аминогликозиды. Однако применение их для эмпирической терапии существенно ограничивается побочными свойствами препарата (нефротоксичностью), особенно в условиях экзикоза у детей.

Цель. Определение чувствительности *Ps. aeruginosa* к ряду антибиотиков для повышения эффективности эмпирической антибактериальной терапии респираторных заболеваний у детей грудного возраста.

Материал и методы. В 2012-2013 гг. в отделении педиатрии РНЦЭМП выполнено 2027 бактериологических исследований у детей в возрасте от 1 до 12 месяцев, из них с острой респираторной инфекцией (ОРИ) – 894, пневмонией – 1036, бронхитом – 97. В 371 исследовании роста флоры не зарегистрировано. 1836 положительных бакпосевов представляли собой смывы преимущественно из верхних дыхательных путей (90%), мочи (7%), грудного молока (2%), крови на стерильность (1%).

Результаты. Высеяны: *Str. viridans* – 239 (из них *Str. viridans* + *Candida* – 14); *Str. pyogenes* – 46; *Str. faecalis* – 87 (из них в сочетании с *Candida* – 3) в 60% из мочи со степенью обсеменения от 50000 до 1000000; *Ps. aeruginosa* – 91; *Kl. pneumonia* – 252; *Staph. aureus* – 219 (из них в сочетании с *Candida* – 15, с *Ps. aeruginosa* – 2); *Staph. epidermidis* – 293 (из них 3 – *Staph. epiderm.* с *Ps. aerug.*); *Staph. saprophiticus* – 359 (из них *Staph. saprophiticus* + *Ps. aeruginosa* – 6).

Монобактерия *Ps. aeruginosa* выделена у 46% (43) детей, в сочетании с *Kl. pneumonia* – 36% (31), со *Staph. aureus* – у 3,3% (3), со *Staph. saprophiticus* – 9% (9), со *Staph. epidermidis* – в 5% (5), со *Str. viridans* – в 3% (3), с *E. coli* – в 1% (1) случае. *Ps. aeruginosa* оказался возбудителем ОРИ у 45% (19), пневмонии у 37% (16), бронхита у 19% (8) пациентов. Сочетание *Ps. aeruginosa* + *Kl. pneumonia* выделено у 25% (8) детей с ОРИ, у 64% (20) – с пневмонией, у 9% (3) бронхитом. Таким образом, обсеменение сочетанием двух патогенных возбудителей повышало вирулентность возбудителей, способствуя перемещению очага инфекции в более глубокие легочные структуры, распространению воспалительной реакции в легочной паренхиме.

Наибольшая чувствительность возбудителя *Ps. aeruginosa* выявлена к амикацину (42), цефепиму (35), ципрофлоксацину (30), цефтриаксону (27), карбапенемам (26), метронидазолу (10). Наиболее выраженной

оказалась устойчивостью к амоксиклаву (42), метронидазолу (30), карбапенемам (20), цефтриаксону (16), цефепиму (9). При сочетании возбудителей *Ps. aeruginosa* + *Kl. pneumoniae* наибольшая чувствительность отмечалась к амикацину (26), ципрофлоксацину (17), несколько ниже к цефепиму (10) и карбапенемам (8) в той же последовательности по убывающей к амоксиклаву (30), увеличилась устойчивость к цефтриаксону (26), метронидазолу (13), цефепиму (10). Сочетание *Ps. aeruginosa* с облигатной микрофлорой выявлено в 21 случае. Эффективность антибактериальной активности составила у ципрофлоксацина 90%, амикацина 81%, цефтриаксона в 66%, карбапенемов в 59% бакпосевов.

Таким образом, сочетание с облигатной флорой может изменить чувствительность патогенного возбудителя *Ps. aeruginosa* к антибиотикам, когда вместо известного по эффективности амикацина *Ps. aeruginosa* становится более чувствительным к фторхинолонам. Выявлена тенденция к обратной зависимости чувствительности возбудителя к амикацину от возраста ($r=-0,4300$). Сочетание двух патогенных микробов повышало вирулентность возбудителей, способствуя перемещению очага инфекции в более глубокие легочные структуры, вызывая пневмонию.

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ 4-6-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Никбаева Д.А., Махкамова Ф.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение гигиенического состояния полости рта у детей 4-6 лет.

Материал и методы. Гигиеническое состояние полости рта изучено у воспитанников детских садов г. Карши в возрасте от 4 до 6 лет.

Индекс Федорова-Володкиной определяли по интенсивности окрашивания губной поверхности шести нижних зубов йод – йодисто – калиевым (или другим йодсодержащим) раствором, результат оценивали по пятибалльной системе.

Результаты. Было установлено, что индекс гигиены полости рта у детей группы сравнения был равен 2,35, в контрольной группе – 2,37, то есть существенной разницы показателей не было. Как видно из этих данных, в исследуемой и контрольной группе существенной разницы показателей среди мальчиков и девочек.

Плохое состояние гигиены полости рта имело место у 127 (67%) из общего числа обследованных. Опрос детей и их родителей показал, что плохое состояние гигиены полости рта связано с отсутствием навыка и незнанием правил чистки зубов. В связи с этим обучение детей и их родителей правилам и навыкам гигиены полости рта является важной задачей стоматологов, решение которой может быть достигнуто проведением просветительной работы во всех стоматологических учреждениях независимо от формы собственности, включая стоматологические микрополиклиники и другие медицинские и образовательные учреждения.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

*Норкузиев Ф.Н., Зияев О.Х., Мансуров Н.Н.,
Жураева Г.С., Баратова Д.Т.
Джизакский филиал РНЦЭМП*

Большая распространенность тяжелой черепно-мозговой травмы у детей (ТЧМТ), высокий процент инвалидизации и сохраняющийся высокий уровень летальности обуславливают необходимость разработки оптимальной интенсивной терапии.

Цель исследования. Оценка результатов единого стандарта диагностики и интенсивной терапии тяжелой ЧМТ у детей.

Материал и методы. Под наблюдением в 2011 – 2013 гг. находились 87 детей в возрасте от 1 до 17 лет с ЧМТ различной степени тяжести. Пострадавшие поступали в ОРИТ в первые часы и сутки после травмы. Проводились клиничко-лабораторные, электро-физиологические (КТМ, нейросонография, рентгенография) методы исследования.

Результаты. Ранняя респираторная поддержка – ИВЛ в режиме нормовентиляции, направленная на поддержание адекватного газообмена: $SpO_2 > 94\%$ проведена у 36,7% пациентов. Поддержание нормоволемии (для инфузионной терапии использовали изотонические растворы натрия хлорида и глюкозы, гидроксиэтилкрахмалы – рефортан 10%). Критерии нормоволемии – ЦВД – 6-8 см вод. ст., диурез – 0,5–1,0 мл /кг/ч. Ранняя энергетическая поддержка – энтеральное зондовое питание после стабилизации гемодинамики.

С целью предупреждения подъема внутричерепного давления проводили адекватную седацию и аналгезию дормикумом 0,2-0,3 мг/кг/ч; удаление избытка жидкости обеспечивали форсированием диуреза – маннитол 15% – 1-1,5 г/кг, фуросемид 0,5-1 мг/кг массы тела. Маннитол назначали при сниженной осмолярности крови. С целью управляемой гипотензии вводили ганглиолитики – бензогексоний 0,5-1 мг/кг внутривенно; поддерживали «нулевой» водный баланс. Проводили стабилизацию мозгового кровотока актовегином до 2 г 2 раза в сутки внутривенно капельно с первых часов поступления в течение 10 дней. Антибактериальная терапия проводилась с профилактической и лечебной целью – цефалоспорины 3-го поколения – цефтриаксон по 75-100 мг/кг/сут, или в комбинации с аминогликозидами – амикацин 7-15 мг/кг/сут.

Закключение. Основная цель интенсивной терапии при ЧМТ – поддержание нарушенных функций основных органов жизнеобеспечения, сохранение гомеостаза, создание условий для полного восстановления функций мозга.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Норкузиев Ф.Н., Нишанов Х.Т., Норкузиев Н.У.,

Исаев Р.И., Намазов А.Н.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Улучшение результатов лечения тяжелообожженных детей в критических состояниях путем совершенствования интенсивной терапии.

Нами проанализированы истории болезни 157 обожженных детского возраста, получавших стационарное лечение в ожоговом отделении Джизакского филиала в 2011-2013 гг.

В эти годы в отделение были госпитализированы 348 обожженных, из них детей было 157 (45,1%). 117 (74,5%) пациентов поступили в первые часы после получения травмы, 27 (17%) – в сроки до 6 ч, остальные 4 (2,5%) – спустя сутки.

129 (82,1%) детей в основном все с тяжелыми ожогами госпитализированы в отделение детской реанимации. У 73 (56,6%) детей были ожоги от 15 до 30% поверхности тела без глубоких ожогов. У 37 (28,7%) детей диагностированы ожоги 31-50% поверхности тела, с глубокими ожогами до 10% поверхности тела. 19 (14,7%) тяжелообожженные дети получили ожоги площадью свыше 50%, с глубокими ожогами до 15%.

42 (32,5%) ребенка, поступившие в реанимационное отделение, получили ожоги пламенем. У 12 (9,3%) из них термические ожоги пламенем сочетались с термоингаляционной травмой и острым отравлением угарным газом. Эти пациенты поступили в критических состояниях. 4 из них, доставленные из районов нашей области после пожара жилого дома находились на ИВЛ по 3-7 дней.

Объем проводимой терапии зависел от тяжести состояния пострадавшего. Начиная с 2011 г., наряду с традиционной противошоковой терапией, в схеме инфузионной терапии начали применять препарат фирмы «Юрия-Фарм» реосорбилакт 5-10 мл/кг. В периоде ожогового шока и в последующем, в периодах ожоговой болезни назначали рефортан 5-10 мл/кг, сукцинасол от 50,0 мл до 100,0 мл дробно в течение суток. С началом периода острой ожоговой токсемии в схему интенсивной терапии включали 10-20% раствор альбумина и свежзамороженную плазму. Инфузионную терапию проводили в сочетании с форсированием диуреза препаратом фуросемид 0,5–1 мл/кг. Для улучшения функции почек и печени использовали препараты гидроксиэтилкрахмала, гепатопротекторы (Гепа-Мерц, эссенциале), гастроинтестинальные очищения (очистительные клизмы) и препараты, стимулирующие иммунную систему (тимоген, иммуномодулин).

Лечение тяжелообожженных детей проводили совместно с педиатром.

После комплексной терапии у больных с критическими ожогами отмечалось улучшения общего состояния, уменьшение признаков интоксикации, купирование явлений энцефалопатии, стабилизация показателей гемодинамики и респираторных показате-

телей. Умерли 3 (1,9%) ребенка

Таким образом, своевременное проведение комплексной интенсивной терапии у тяжелообожженных пациентов детского возраста облегчает течение ожоговой болезни, уменьшает частоту гнойно-септических осложнений ожоговой болезни, приводит к снижению летальности и сокращению сроков выздоровления.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОТРАВЛЕНИЙ НАФТИЗИНОМ У ДЕТЕЙ

Норматова Б.А., Хакимова Н.Х., Мирзаева Н.К.,

Холмурзаева М.Ф.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель. Определение частоты и клинических проявлений отравления нафтизином у детей раннего возраста, оценка эффективности рациональной терапии.

Материал и методы. В Джизакский филиал РНЦЭМП в 2011-2013 гг. в приемное отделение за медицинской помощью с диагнозом «отравление нафтизином» обратились 62 больных от 3 месяцев до 2 лет, 53 из них госпитализированы. 9 направлены на амбулаторное лечение по месту жительства. Из анамнеза обычно выяснялось, что ребенка несколько дней бесконтрольно лечили нафтизином.

Легкая степень отравления была 21 (39,6%) больного, основными жалобами были вялость, сонливость, снижение аппетита, отмечалась бледность кожных покровов. Этим больным проводили согревание тела; назначали преднизолон 1-2 мг/кг массы тела, глюкозу 40%, аскорбиновую кислоту 5% с учетом возраста. Все клинические проявления отравления нафтизином легкой степени купировались через 30-60 минут, через 2 часа больным можно было выписывать на дальнейшее амбулаторное лечение.

Средняя степень тяжести отмечалась 17 (32,0%) пациентов. У них имелись признаки выраженной сонливости, бледность кожных покровов, безучастность, отказ от еды, брадикардия, снижение артериального давления и температуры тела, миоз с сохраненной реакцией зрачков на свет. Этим больных госпитализировали в отделение экстренной педиатрии, назначали М-холино – В блокаторы – атропин 0,1 на год жизни, преднизолон 1–2 мг/кг массы тела, проводилась оральная регидратация, глюкоза 5-40%, аскорбиновая кислота, кальций глюконат 10% с учетом возраста. Под наблюдением они оставались 12-24 ч, после улучшения состояния выписывались на амбулаторное лечение по месту жительства.

У 15 (28,3%) с тяжелой степенью отравления наблюдались выраженные признаки нарушения сознания вплоть до комы, выраженная бледность и похолодание кожных покровов, брадикардия (до 50% от возрастной нормы), снижение артериального давления до критических цифр. Этим пострадавших госпитализировали в отделение детской реанимации. Помимо описанных лечебных мероприятий им проводили оксигенотерапию и инфузионную терапию, для улучшения ОЦК

назначали рефортан 6%, стабизол 10-15 мл/кг массы тела. В среднем эти больные находились в стационаре 1–3 суток. Летальных исходов не было.

Все лечебные мероприятия проводили под контролем свертывания крови, АД, измеряли температуру тела.

Причиной отравления нафтизином является его передозировка. При передозировке нафтизин легко проникает через гематоэнцефалический барьер. Являясь α -адреномиметиком, он стимулирует центры мозга, несущие депрессорную функцию. Поэтому возникает спазм постсинаптических α_1 - и внесинаптических α_2 -рецепторов. Снижение артериального давления происходит за счет снижения сердечного выброса и частоты сердечных сокращений.

Раствор нафтизина выпускается в пластиковых флаконах, что исключает возможность правильного его дозирования: при однократном надавливании доза может быть превышена до 10 раз (0,5 мл). Вместо 0,05% раствора родители часто используют 0,1% раствор. В инструкции указано: применять препарат можно только детям старше 1 года. На практике складывается все иначе: нафтизин применяется с рождения.

Таким образом, мы пришли к выводу, что при использовании нафтизина нужно пользоваться стандартной стеклянной пипеткой. Предупреждать родителей о возможности отравления нафтизином детей при неправильном дозировании. Участковым педиатрам рекомендовать для лечения производные оксиметазолина (називин, назол, протаргол).

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

*Нуралиева Г.С., Джубатова Р.С., Алибекова М.Б.,
Назарова Н.З.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Лихорадка является одним из общих симптомов ОРВИ. У детей с серьезными заболеваниями органов дыхания и кровообращения лихорадка может привести к развитию декомпенсации этих систем. У детей с патологией ЦНС (перинатальные энцефалопатии, синдром гемато-ликворных нарушений, эпилепсия и др.) лихорадка может спровоцировать развитие приступа судорог. Не менее важное значение для развития патологических состояний при лихорадке играет возраст ребенка. Так, установлено, что чем младше ребенок, тем опаснее для него быстрый и существенный подъем температуры в связи с высоким риском развития нарушений витальных функций. В тех случаях лихорадки, когда имеются показания к назначению жаропонижающих лекарственных средств, необходимо в индиви-

дуальном порядке решить вопрос о выборе конкретного антипиретика и способа его ведения.

Цель исследования. Изучение эффективности НПВП при гипертермическом синдроме у детей.

Материал и методы. В исследование были включены 60 детей в возрасте от 3 мес. до 3 лет, госпитализированных в педиатрическое отделение РНЦЭМП с диагнозом ОРИ. Девочек было 36, мальчиков – 24, средний возраст $2 \pm 0,5$ года. Лабораторные исследования включали общий анализ крови, мочи, кала, мазок из зева, при необходимости рентгенографию грудной клетки. Все больные при первичном обследовании и в динамике осматривались ЛОР-врачом и невропатологом.

Для изучения тактики лечения больные дети были разделены на 2 группы. 32 ребенка 1-й группы получали стандартное лечение (противовирусная, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия) с включением нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) ибупфена (5-10 мг/кг) в возрастных дозах, планово (3-4 дня). Дети с судорожной готовностью в анамнезе получали противосудорожные препараты. 28 детей 2-й группы (контрольная) получали только стандартную терапию (без НПВП).

Результаты. ОРИ у детей (85%) характеризовалась более выраженной интоксикацией, сопровождающейся гипертермией (в течение 5-6 дней). У 7,8 % больных отмечались насморк, чихание, сухость слизистых оболочек верхних дыхательных путей, сухой мучительный кашель, явления конъюнктивита, головная боль, боль в горле. У 56% детей был выражен бронхообструктивный синдром.

В периферической крови выявлены лимфоцитоз, признаки эозинофилии ($9,0 \pm 2,2\%$), моноцитоза ($8,6 \pm 1,8\%$) и повышение СОЭ ($18,6 \pm 4,4$ мм/ч).

У пациентов основной группы, получавших ибупфен, гиперемия слизистой оболочки небных дужек, задней стенки глотки исчезала на $3,6 \pm 0,3$ дня раньше, боли в горле – на $4,1 \pm 0,3$ дня раньше, лихорадка – на $1,9 \pm 0,1$ дня раньше, ринорея – на $2,2 \pm 0,2$ дня раньше, чем в контрольной группе. Полученные данные свидетельствуют об эффективности назначения ибупфена в комплексной терапии ОРИ. Кроме того, в этой группе быстрее стабилизировались показатели периферической крови, количество лимфоцитов, уровень гемоглобина, СОЭ. Фебрильные судороги у детей не повторялись. Сократилось среднее время пребывания больных в стационаре $4,5 \pm 0,3$ (против $4,9 \pm 0,2$).

Таким образом, назначение ибупфена целесообразно при ОРИ, когда гипертермическая реакция оказывает неблагоприятное влияние на состояние ребенка или угрожает развитием серьезных осложнений. Пероральное назначение ибупфена благоприятно сказывается на эмоциональном состоянии детей, что особенно важно для детей с неврологическими нарушениями, а также с фебрильными судорогами в анамнезе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Нурмухамедов Х.К., Маматкулов И.А., Кодиров З.С., Абдукодилов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение эффективности парентерального питания по методу Дадрика после абдоминальных операций у детей.

Материал и методы. Обследованы 28 детей после операций по поводу болезни Гиршпрунга, кишечной непроходимости, перитонита, после установления anus pre-ter naturalis в возрасте от 1 до 5 лет. Состояние детей расценивалось как тяжелое. Пациенты были разделены на 2 сопоставимые антропометрическим показателям группы: у 16 детей 1-й группы проводилось парентеральное питание по методу Дадрика (гипералиментация, белково-углеводное); у 12 пациентов 2-й группы (12 детей) применялась Скандинавская методика. В раннем послеоперационном периоде и перед переводом в хирургическое отделение исследовали центральную [и периферическую гемодинамику: артериальное давление систолическое (Адс), артериальное давление диастолическое (Адд), артериальное давление среднее (Адср), частота сердечных сокращений (ЧСС), электролиты крови (K^+ , Na^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} , Cl^-), общий белок, глюкоза крови.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у пациентов обеих групп определялась относительная гиповолемия, компенсаторная гипогликемия и гипопроотеинемия с уменьшением уровня K^+ в крови.

У больных 1-й группы на третьи сутки после переливания коллоидных (аминокислота, инфузол и селмин) наблюдалось повышение уровня белка на 32%, сахара крови на 28%, содержания K^+ на 14%, Na на 24%, что расценивалось как компенсаторная функция организма. Исползованная методика парентерального питания способствовала стабилизации гемодинамики, восстановлению коллоидно-осмотического состояния, улучшению репаративных процессов.

У больных 2-й группы уровень белка увеличился на 27%, сахара крови на 21%, K^+ на 10%, Na на 17%, содержание липидов возросло на 22%.

В послеоперационном периоде общее состояние больных обеих групп улучшилось, нормализовались основные показатели гомеостаза, но у пациентов первой группы эти изменения были более выраженными.

Таким образом, парентеральное питание по методу Дадрика у детей раннего возраста более эффективно.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Олимов А.Р., Ахматалиева М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Фебрильные судороги возникают у 2-8% детей в возрасте до 5 лет. Актуальность этой проблемы, прежде всего, связана с их потенциальной возможностью трансформироваться в эпилепсию, а также в случае

статусного течения нередко влиять на нервно-психическое развитие. Особенно часто судороги отмечаются у детей с патологией ЦНС - в 10-15% случаев.

Материал и методы. Обследованы 30 детей, поступивших в детское отделение РНЦЭМП с фебрильными судорогами. Всем детям проводилось общеклиническое обследование.

Результаты. У 40% обследованных отмечались тонико-клонические судороги, у 46,6% - тонические, у 6,7% - атонические, у 6,7% - миоклонические. У 86% пациентов фебрильные судороги были спровоцированы тяжелой пневмонией которой всегда сопутствовали анемия, рахит и гипокальциемия. У остальных больных причинным фактором была острая респираторная инфекция. Анализ перинатального периода показал, что у матерей 98% больных беременность протекала на фоне анемии различной степени, нефропатии, угрозы выкидыша или преждевременных родов. Асфиксия в родах отмечалась у 17%, травматические роды у 3%, недоношенность у 19,3% обследованных.

Немаловажным является и факт наследственной отягощенности по фебрильным судорогам (86,6%).

Таким образом, госпитальном этапе для детей с тяжелой формой пневмонии характерен тонический тип фебрильных судорог. Такой тип судорог чаще отмечается у детей с неблагоприятным течением перинатального периода, анемией, рахитом, гипокальциемией.

СЕДАЦИЯ ИЗОФЛЮРАНОМ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Острейков И.Ф., Апостолиди Е.Ю., Бабаев Б.Д., Штатнов М.К., Мельникова Н.И., Никитин В.В.

РМАПО, Тушинская детская городская больница, Москва, Россия

Длительная седация медикаментозными средствами пациентов в детском отделении реанимации и интенсивной терапии обладает рядом недостатков, в том числе развитием толерантности к ним и других отрицательных побочных эффектов.

Ранее ингаляционные анестетики для рутинной седации в ОРИТ не использовались из-за отсутствия адаптированных к условиям ОРИТ испарителей и аппаратов ИВЛ, высокого расхода анестетиков и загрязнения ими воздуха палат. Современные ингаляционные анестетики обладают мощным гипнотическим действием с минимальным количеством побочных эффектов. Технологический прогресс позволил создать простое устройство дозирования ингаляционных анестетиков, не требующее использования наркозных аппаратов. Все это дало возможность использовать ингаляционные анестетики с целью седации пациентов в ОРИТ.

Нами выполнено пилотное когортное проспективное исследование с целью оценки возможности рутинного использования ингаляционной седации в условиях педиатрического отделения интенсивной терапии.

В исследовании были включены 10 пациентов с хирургической и соматической патологией в возрасте от 2

мес до 16 лет с массой тела от 3 до 60 кг, находившихся на ИВЛ.

Всем пациентам проводилась седация ингаляционным анестетиком с помощью анестетик-сберегающего устройства AnaConDa.

В качестве седирующего анестетика был выбран изофлюран, имеющий низкие метаболический индекс, токсичность и минимальное количество побочных эффектов.

Регистрировались ЧСС, АДнеинв, МОД, ЧД, SpO₂, EtCO₂, FIO₂, выдыхаемая концентрация изофлюрана, BIS, расход анестетика, уровня седации по шкале Ramsey. Оценивались необходимость дополнительной медикаментозной седации, болюсных введений ингаляционного агента, время выхода из седации.

Средняя длительность периода седации составила 23±4,5 ч. У всех больных был достигнут желаемый уровень седации. Гемодинамические изменения были минимальными. После седации органной дисфункции не отмечено, выход из седации был быстрым и без побочных эффектов.

На основании на полученных результатах можно заключить, что рутинная ингаляционная седация изофлюраном в детских отделениях интенсивной терапии с помощью анестетик-сберегающего устройства AnaConDa эффективна, безопасна и не связана с техническими сложностями, а также имеет короткий и гладкий период выхода из седации.

ПЕРЕВОД НА САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

Острейков И.Ф., Бабаев Б.Д., Штатнов М.К., Мельникова Н.И., Черных А.С., Никитин В.В.

РМАПО, Тушинская детская городская больница, Москва, Россия

Прекращение респираторной поддержки – одна из наиболее сложных задач интенсивной терапии. Перевод больных на самостоятельное дыхание может составлять до 60% всего времени проведения ИВЛ (Esteban A., 1994.). Попытки решения проблемы прекращения респираторной поддержки до настоящего времени носят эмпирический характер, а предложенные методики недостаточно стандартизированы (Frutos – Vivar F., Esteban A., 2003).

Цель. Повышение эффективности и безопасности прекращения респираторной поддержки в педиатрической практике.

Материал и методы. Показаниями к прекращению респираторной поддержки пациента являются следующие критерии: клинически – адекватный кашлевой рефлекс, отсутствие повышенной трахеобронхиальной секреции, улучшение/стабильное состояние по основному заболеванию, потребовавшему интубации; объективные – спонтанная дыхательная активность, стабильная гемодинамика без /или с минимальными дозировками вазопрессоров, SaO₂ >90% и PaO₂ >60 mm Hg при FIO₂ 0.4 (или PaO₂/FIO₂ 150 mmHg), PEEP 5-8 см H₂O, VT >5 мл/кг, отсутствие ацидоза, стабильный

неврологический статус (Boles J-M., 2007), гемоглобин не менее 8-10 г/л, адекватное питание (Frutos-Vivar F., Esteban A., 2003). Определение готовности пациента к переводу на самостоятельное дыхание требует проведения теста на переносимость спонтанного дыхания (с помощью Т-трубки, PS – 5-10 см H₂O, PEEP – 5-8 см H₂O) в течении 30-120 мин (Esteban). Критерии безуспешности теста: клинические – цианоз, участие вспомогательной мускулатуры, диспноэ; объективные: PaO₂ 50–60 mmHg или SaO₂ <90%, при FIO₂ 0.5, PaCO₂ >50 mm Hg или увеличение PaCO₂ >8 mmHg, pH <7,32 или снижение pH 0.07 pH ед., ЧД >50% исходного уровня, ЧСС, САД – >20% от исходного. С целью определения возможности экстубации разработан ряд параметров для оценки состоятельности системы внешнего дыхания. В обзоре McMaster проанализировано 66 предикторов успешности экстубации, но только 8, включая величину максимального отрицательного инспираторного давления (Plmax), измерение окклюзионного давления, частоту самостоятельного дыхания, отношение частоты дыхания к объему дыхания <105 (индекс быстрого поверхностного дыхания, RSBI) имеют прогностическую ценность. Во многих работах именно индекс fспонт./Vt коррелирует с исходом экстубации. По данным M.J. Tobin, если величина RSBI составляет менее 100, пациент может быть экстубирован, при этом вероятность перевода на самостоятельное дыхание без осложнений составляет 75%, по обзору Esteban от 56 до 92%. Значения для педиатрической практики не определены.

В отделении общей реанимации в 2012 г. на ИВЛ до суток находился 101 пациент, до 5 суток – 94, до 15 суток – 75, 30 суток и более – 28. Именно последние 2 группы представляют наибольшую сложность при переводе на спонтанное дыхание.

Заключение. По нашим наблюдениям, сочетание оценки клинической картины, опыта врача анестезиолога-реаниматолога и применение критериев и тестов позволяют повысить шанс на успешную экстубацию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Рахматуллаев А.А., Мамажонов С.С., Мамашарипов Б.П.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Лечение рубцовых стенозов пищевода остается одной из сложнейших проблем детской хирургии. Послеожоговые стриктуры пищевода протекают длительно, порою годами, сопровождаясь нарушениями обменных процессов в организме ребенка, требует настойчивого консервативного лечения, либо выполнения пластики пищевода. Специфического местного лечения, способствующего профилактике развития рубцового стеноза пищевода, не существует. Наиболее распространенным в профилактике и лечении рубцовых стенозов пищевода у детей остается метод бужирования. Предложены различные способы местного лечения,

при их применении хорошие и удовлетворительные результаты удается получить у 78% детей.

Цель. Анализ результатов лечения детей с химическими ожогами пищевода (ХОП).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 60 детей в возрасте от года до 14 лет с ХОП с 2008-2013 гг. У 29 (48,33%) больных ХОП был вызван уксусной эссенцией, у 5 (8,33%) – азотной кислотой, у 23 (38,34%) – щелочью, у 3 (5%) – неизвестными химическими веществами. В острый период (1-7 сут) госпитализированы 5 (8,33%) детей, в период временного благополучия (до 1 мес.) 8 (13,34%), в период рубцового сужения и стеноза (более 1-2 мес.) 47 (78,33%). Необходимость госпитализации в отделение реанимации было у 18 (30%) детей. Лечение в остром периоде включало промывание желудка при поступлении, антибактериальную терапию, курс глюкокортикоидов (5-7 дней), обволакивающие средства, по показаниям инфузионную терапию. Всем больным назначали легкоусвояемую богатую белками диету, симптоматическую терапию, витамины группы В, С. На 3-5 сутки с целью раннего бужирования для определения степени и локализации повреждения проводилась фиброэзофагоскопия. С целью рассасывающей терапии парентерально и в виде электрофореза применяли антиоксиданты и лидазу.

Результаты. Рубцовое сужение в верхней трети локализовалось у 26 (43,33%), в средней – у 21 (35%), в нижней трети – у 13 (21,67%) детей. В зависимости от степени сужения и локализации выбрали метод бужирования: у 13 (21,67%) детей – прямое, у 47 (78,33%) – бужирование за нить. 7 (11,67%) больным с осложнениями в виде критического стеноза и потери массы тела, была наложена гастростома для кормления.

У 30 (50%) больных проходимость пищевода удалось восстановить полностью. Они свободно едят, дисфагия и рвота не отмечаются. Такой исход был расценен нами как хороший. 7 (11,67%) больным из этого числа прекратили бужирование. У 23 (38,33%) больных один раз в 6 месяцев продолжали поддерживающее бужирование амбулаторно. У 30 (50%) больных продолжается бужирование через нить в различные сроки (от 1 до 6 мес.) по индивидуальному графику. Прохождение пищи свободное, временами отмечается дисфагия на твердую пищу, дети развиваются соответственно возрасту.

Выводы. Своевременное обращение больных детей с ХОП, проведение адекватной и последовательной терапии, применение современных методов диагностики улучшают результаты лечения. Метод раннего бужирования уменьшает число больных с рубцовыми сужениями, что дает возможность для нормального роста и развития ребенка.

О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЛЕВРИТА У ДЕТЕЙ

Сайдалиев С.С., Нуритдинов Х.Н., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП

С диагнозом острой эмпиемы плевры в 2009–2013 гг. в отделении детской хирургии ФФРНЦЭМП на лечении находился 51 больной в возрасте от 2 месяцев до 14 лет, из них 28 – в возрасте до 3 лет.

С правой стороны нагноительный процесс локализовался у 23 больных, с левой – у 28, двустороннее поражение наблюдалось у 3.

Пиопневмоторакс – имел место у 38 пациентов, тотальный плеврит – у 9. Этот факт указывает на то, что у детей плеврит не имеет тенденции к ограничению. Однако в отдельных случаях наблюдались и осумкованные плевриты.

Клиническая картина гнойного плеврита общеизвестна. На фоне пневмонии у ребенка постепенно нарастают явления интоксикации. Наиболее ценные данные о симптомах получены при объективном обследовании и рентгенографии органов грудной клетки больных.

При пиотораксе на стороне поражения определялось притупление легочного звука, которое в нижних отделах грудной клетки переходило в абсолютную тупость.

При пиопневмотораксе в верхних отделах грудной клетки отмечался коробочный оттенок легочного звука или тимпанит, а в нижних – притупление или тупость.

Данные auscultation были самыми разнообразными – от ослабленного дыхания до полного его отсутствия вследствие коллапса легкого.

У 12 больных удалось добиться излечения пункциями с промыванием плевральной полости теплым раствором фурацилина и диоксида в соотношении 1:1000. У 39 больных пункционный метод оказался неэффективным, в связи с чем им производился торокосинтез, дренирование плевральной полости с применением пассивной и активной аспирации. При наличии бронхиального свища и возможности создания давления в плевральной полости отрицательного давления мы пользовались подводным клапанным дренажем по Бюлау. В этом случае в послеоперационном периоде устанавливается тщательный контроль за дренажной системой. Проверяется ее герметичность и нормальное функционирование. Для разжижения густого гноя плевральную полость промывали раствором фурацилина, вводились антибиотики. Дренажная трубка удалялась только при общем хорошем состоянии больного, очищении плевральной полости от гноя и полном стойком расправлении легкого.

Бактериологическое исследование гноя осуществлено у 39 больных, у 94 % из которых выделен патогенный стафилококк. Гемолитический стафилококк

обнаружен лишь у 1 больного 1 года, при септикопиемии. При лечении детей с различными проявлениями стафилококковой инфекции, наряду с раскрытием гнойного очага и применением антибактериальной терапии, широко использовали средства, повышающие иммунный статус.

Применение стафилококкового анатоксина в комплексе с другими общими мероприятиями (гамма – глобулинов, витаминотерапии) приводит к благоприятному исходу при гнойных и гнойно–септических заболеваниях стафилококковой этиологии. Антибиотики назначали больным строго в зависимости от чувствительности к ним микрофлоры. Летальный исход был один.

РЕСПИРАТОРНЫЕ ФТОРХИНОЛОНЫ В ЛЕЧЕНИИ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Сатвалдиева Э.А., Мустакимов А.А., Абдуллаев Р.Т.
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Цель исследования. Оценка результатов применения по жизненным показаниям фторхинолонов (ФХ) у детей тяжелой госпитальной инфекцией в условиях ОРИТ.

Материал и методы. В исследование включены 67 пациентов в тяжелом состоянии, перенесших абдоминальные операции по поводу кишечной непроходимости (15), разлитого перитонита (17), травматического разрыва кишечника (8) и пищевода (2); вмешательства по поводу травм головного мозга (трепанации черепа) с гематомами различной локализации (19), с дренированием по Арэнэту (9); урологических операций по поводу врожденного уретерогидронефроза (III-IV ст., ХПН, уросепсис) (7). Средний возраст детей $5,7 \pm 1,3$ года.

Проспективное исследование проводилось с изучением бактериологического анализа различных сред больного (зев, мокрота, моча, кал, рана, интубационная трубка, кровь, содержимое из дренажей). Микробиологический мониторинг осуществлялся в течение 48-72 ч. 46,2% детей находились на респираторной поддержке на вентиляторах Savina и Sulla. Длительность респираторной поддержки у этой категории больных в среднем составила $11,9 \pm 2,7$ дня. Летальность составила 10,3%. Смерть пациентов была обусловлена основной тяжелой хирургической патологией, иммунодефицитным состоянием с последующим развитием госпитальных инфекционных осложнений (погибли 4 ребенка с нейротравмой и 2 с разрывом кишечника, абдоминальным сепсисом).

Результаты. Все пациенты получали АБТ согласно данным микробиологического мониторинга – в основном ЦФ 3-4 поколения в комбинации с АГ 3 поколения (+ метронидазол). Пациенты получали от 2 до 3 курсов АБТ, но при прогрессировании интоксикации, с развитием гнойных очагов в брюшной полости, развитием

хирургического сепсиса с явлениями полиорганной недостаточности эти больные переводились по жизненным показаниям на ФХ. Обоснованием для перевода больных на ФХ были прогрессирующее ухудшение состояния; отсутствие эффекта от предшествующей АБТ и высокая чувствительность микроорганизмов к ФХ.

Для лечения хирургических госпитальных инфекций у больных в разные сроки заболевания назначали левофлоксацин (Украина) как изолированном, так и в комбинации с метронидазолом (нетромицином). Ближайший послеоперационный период у детей, находившихся на ИВЛ, осложнился присоединением вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП). Из интубационной трубки этих больных высевалась полирезистентная госпитальная флора: Staph. aureus – 7, Klebsiella-19, Ps.auruginosa-14, также высокочувствительная к ФХ. При прогрессирующих хирургических госпитальных инфекционных осложнениях в раннем послеоперационном периоде у 52,2% детей высевались микробные ассоциации, включающие 2 и более условно-патогенных микроорганизмов. Эффективность терапии лефлоцином в чистом виде и в комбинации составила 89%. На фоне терапии у пациентов не отмечалось жалоб на боли в области суставов, не выявлено отечности и болезненности в области суставов. У выздоровевших детей, по данным клинических и рентгенологических исследований нарушений в развитии костной системы, наличия артропатий или увеличения объема суставов не наблюдалось. Последующий контроль в течение 10 месяцев не обнаружил в развитии детей каких-либо отклонений от нормы.

Закключение. Лефлоцин высокоэффективен в лечении жизнеугрожающих хирургических госпитальных инфекций у детей реанимационного профиля.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧНЫХ ИНСУЛЬТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО ДВС-СИНДРОМА

**Сатвалдиева Э.А., Абдуллаев Р.Т., Мустакимов А.А.,
Хайрутдинова М.Х.**

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования. Внедрение оптимальных протоколов своевременной диагностики и интенсивной терапии нетравматичных инсультов у детей раннего возраста на фоне тяжелого ДВС-синдрома с целью снижения психоневрологической инвалидности и летальности.

Материал и методы. В 2010-13 гг. в детский ОРИТ РНЦЭМП поступили 107 детей с нетравматичными кровоизлияниями. Средний возраст $29,9 \pm 7$ дня. У 32 из них кроме того выявлены КТ-признаки старых родových гематом. Часть детей (19,6%) поступили поздно, с явлениями бульбарного (псевдобульбарного) синдрома, атрофией головного мозга. Родовая травма или ее последствия были диагностированы у нас впервые на

основании акушерского анамнеза, клиники, результатов функциональной нейровизуализации. Несмотря на плохой акушерский анамнез (затяжные роды до 3 суток, выдавливание плода и т.д.) дети не были обследованы на местах. При патронаже в поликлиниках врачи не учитывали размеры большого родничка, расхождение швов, рефлексы орального автоматизма, очаговую симптоматику. Дети поступали с разной патологией (дыхательные расстройства, неврологическая симптоматика, геморрагический синдром), но преобладающим был ДВС-синдром в стадии гипокоагуляции. 47,6% детей поступали в коме II ст., 35,5% – I ст.

79,4% детей находились на ИВЛ, средние сроки пребывания на ней составляли $15,2 \pm 2,1$ дня. Респираторную поддержку осуществляли с помощью респираторов "Savina", "Babylog 8000 plus" (фирма "Dreger", Германия), «Wella» (США). Адекватность ИВЛ контролировали по пульсоксиметрии и газовому анализу артериальной крови на аппарате "AVL-ЛЗ блок Газ" (фирма "Медика", США). Проводились клиничко-лабораторные, электрофизиологические и эпидемиологические методы исследования.

Результаты. Проведение рациональной интенсивной терапии основывалось на динамическом мониторинге функций основных органов жизнеобеспечения пациента. У всех пациентов применялся разработанный стандарт комплексной интенсивной терапии, который включал раннюю ИВЛ, поддержание нормоволемии (для ИТ использовали изо- и гипотонические растворы натрия хлорида, гидроксипропилкрахмалы – рефортан 10%, гекодез), раннюю энергетическую поддержку – энтеральное питание через зонд сразу после стабилизации гемодинамики, адекватную седацию – дормикум $0,2-0,3$ мг/кг/ч, стабилизацию мозгового кровотока, гемостаза по показаниям – СЗП 10-15 мл/кг, дицинон, гемотрансфузии одноклассной отмытой эритроцитарной массы, антигипоксанта, антиоксиданты, противоотечные препараты, антибиотики и H₂ блокаторы. 81,3% пациентов проводились оперативные вмешательства после стабилизации гемостаза.

Заключение. Описанный стандарт оказался эффективным у 75% детей. Летальные исходы отмечались в группе детей, поступивших поздно, на фоне комы III ст. и постгеморрагического шока – 21,4%. Адекватный патронаж травмированных детей в родах, профессиональная настороженность педиатров и минимальные инвазивные процедуры новорожденным детям – залог профилактики развития тяжелого ДВС – синдрома с церебральными осложнениями.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ

Сатвалдиева Э.А., Мустакимов А.А., Холбаева Д.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Кетоацидотическая кома – наиболее частый клиничко-метаболический вариант диабетической комы (ДК) у детей (78-80%). Клинические проявления этого варианта комы обусловлены значительными метаболическими нарушениями, кетоацидозом на фоне гипергликемии разной степени выраженности, а также электролитными изменениями при значительной обезвоженности больного.

Цель исследования. Оценка эффективности оптимального протокола интенсивной терапии (ИТ) при лечении диабетического кетоацидоза у детей на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Программа ИТ была создана на основе результатов своевременного лечения 27 детей с диабетическим кетоацидозом, используемым в шоковом зале приемного отделения и ОРИТ детского корпуса РНЦЭМП. Схема неотложной терапии включает:

- 1) своевременная клиничко-лабораторная диагностика (сахар крови, анамнез и т.д.);
- 2) применение в качестве стартового раствора 0,9% раствора натрия хлора при гликемии > 15 ммоль/л; при гликемии < 15 ммоль/л использование 5% глюкозы;
- 3) основная инфузионная среда 5% глюкоза;
- 4) уровень гликемии корректируется изменением скорости введения инсулина и /или изменением скорости инфузии глюкозы;
- 5) обязательное введение препаратов калия с начала инсулинотерапии после устранения гиповолемии;
- 6) гидрокарбонат натрия использовать при клиничко-тяжелом ацидозе;
- 7) в лечении ДК используется инсулин только короткого действия. Расчет первой дозы зависит от стажа диабета, наличия интеркуррентного заболевания, и составляет ориентировочно 0,1-0,2 ЕД/кг;
- 8) доза инсулина на протяжении последующего часа составляет 0,1 ЕД/кг при допустимом снижении гликемии (до 5 ммоль/л в ч);
- 9) скорость введения инсулина можно снизить только после ликвидации кетоацидоза, не менее чем до 0,05 ЕД/кг в ч.

Эффективность предложенной программы осуществлялась путем определения для каждого больного количественных показателей. Проводился стандартный мониторинг. Для прогноза имело большое значение давность болезни при нераспознанном сахарном диабете и длительность потери сознания.

Таким образом, предложенный протокол интенсивной терапии способствует более быстрому выходу пациента из кетоацидоза, позволяет избежать у них значительных колебаний уровня сахара крови.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФУЛГАНА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Солиходжаев Ш.Н., Нурмухамедов Х.К., Юсупов А.С., Душамов З.Б., Туйчиев Д.Б., Толипов М.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Послеоперационная аналгезия (ПОА) является одним из важных компонентов в системе общей интенсивной терапии (ИТ) кардиохирургических пациентов. Мультимодальный подход к защите пациента от боли занимает все более прочные позиции в анестезиологии. Необходимость торможения афферентного потока болевой импульсации на разных уровнях его распространения обоснована использованием разнообразных средств, среди которых определенные позиции занимают нестероидные противовоспалительные препараты (НАВП), потенциальным механизмом действия которых является ингибирование изоферментов циклооксигеназы, взаимодействия с эндогенными опиоидными путями, активация серотонинергического бульбоспинального пути, вовлечение оксида азота или активация каннабиодно-ваниллоидной системы. Современное использование внутривенного парацетамола (инфулган) определило минимальность побочных реакций после хирургических операций без вступления во взаимодействие с другими препаратами. Однако в ПОА в детской кардиоанестезии этот препарат применяется ограниченно в связи с использованием наркотических средств.

Цель исследования. Изучение влияния инфулгана на купирование острой послеоперационной боли различной степени у детей после кардиохирургических операций.

Материал и методы. Исследование проведено в послеоперационном периоде (ПП) кардиохирургических операций у 43 детей (2-4 года) при «синих пороках» с применением искусственного кровообращения (ИК). Пациенты были разделены на 2 сопоставимые по антропометрическим показателям группы: 1-я – 21 ребенок, которым в ПП применяли внутривенно инфулган (15 мг/кг); 2-я – 22 пациента, которым в ПП вводили диклофенак (2,5%, 0,5 мг/кг). В ПП через 1-2-4-6 ч для оценки эффективности обезболивания исследовали субъективных, клинических, электрофизиологических (ЭЭГ) показатели: данные периферической (АДд, АДс, АД ср.динам., ЧСС, ЧД) и центральной (ЭхоКГ) гемодинамики по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты. Качество ПОА, оцениваемое по ВАШ, выявило следующие особенности: начало аналгезии в ПП интенсивность боли в обеих группах достоверно не различались – $16,8 \pm 0,7$ балла в покое и $19,4 \pm 0,8$ балла в движении. Через 15 мин после начала аналгезии динамика нивелирования болевого синдрома в обеих группах оставалась исходной. Через 1 час при сравнении качества аналгезии выявлено различие в показателях интенсивности боли при активном движении – $11,4 \pm 0,6$ балла у детей 2-й группы $16 \pm 0,5$ балла 1-й,

при отсутствии достоверных различий показателей в состоянии покоя – $8,8 \pm 0,2$ и $8,6 \pm 0,6$ балла соответственно. На протяжении 2-3-4 ч в 1-й группе возникла необходимость дополнительного введения инфулгана (2 раза по 15 мг/кг), во 2-й группе – диклофенака каждые 40 минут в течение 4 часов (5 раз).

Показатели центральной и периферической гемодинамики исходно в двух группах не различались, данные ЭЭГ также были сопоставимы. Появление болевого синдрома у детей обеих групп в ПП характеризовалось значительном напряжении сердечно-сосудистой системы, выражавшейся тахикардией, тахипноэ, повышением артерио-венозного давления, ЧСС на 19%, ЧД на 22%, АД ср динам на 17%.

Через 1 ч после введения НПВП в 1-й группе интенсивность болевого синдрома уменьшалась: ЧСС снизилась на 32% (на 24% во 2-й гр.), ЧД – на 36% (на 26% во 2-й гр.), АД ср. динам – на 42% (на 28% во 2-й гр.). На ЭЭГ в 1-й группе наблюдалось повышение α -волн на 21% (на 32% во 2-й гр.) от исходного.

Через 2 ч показатели центральной и периферической гемодинамики особо не изменились, однако в 1-й группе стабилизация была более динамичной.

Через 3 ч во 2-й группе проявления болевого синдрома сохранялись, пациентам внутривенно вводился диклофенак, что позволило нивелировать изучаемые параметры. В 1-й группе стабильность исследуемых параметров, отсутствие жалоб позволяли не применять инфулган.

Через 4 ч у большинства пациентов (67%) 1-й и (87%) 2-й группы отмечалось возобновление болей в операционной ране, что вынудило повторить введение НПВП. По истечении 15 минут состояние больных 1-й группы было более стабильным, но показатели периферической гемодинамики во 2-й группе оставались на 14% выше.

Таким образом, инфулган является эффективным средством, позволяющим уменьшить интенсивность болевого синдрома у больных после кардиохирургических операций, и не вызывающим побочных осложнений.

ТОКСИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ ПРИ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Сабиров Д.М., Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н., Алимова Х.П., Хамраева Г.Ш., Хожиев Х.Ш., Сабиров Д.Х., Шарипов И.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Основными этиологическими факторами развития токсического гепатита (ТГ) у пациентов детского возраста являются применение НПВС, содержащих парацетамол, воздействие фосфорорганических ядохимикатов (ФОС), нефтепродуктов, употребление в пищу ядовитых грибов. Но особое место занимают острые отравления ацетатом свинца в результате употребления народного средства для лечения стоматитов – хуны. Состав хуны различается у каждого народного

целителя (табиба), однако чаще всего, помимо свиной соли, в него входят различные растительные танины (кора дуба, шалфей). Несмотря на многовековую традицию использования хуны, наш опыт показывает, что даже однократное применение этого вещества приводит к развитию тяжелого токсического гепатита, угнетению гемопоэза и нарушению функционирования кишечника.

Материал и методы. По данным научно-клинического отдела токсикологии РНЦЭМП, в 2002 – 2013 гг. с острыми отравлениями поступили 2974 ребенка, из них токсические гепатиты развились у 162 (5,4%) в возрасте от 11 мес до 14 лет. Отравления хуной имели место у 91 (56,1%) больного, отравления фосфорорганическими ядохимикатами – у 29 (17,9%), парацетамолом – у 22 (13,6%), нефтепродуктами – у 18 (11,1%), ядовитыми грибами у 3 (1,8%).

Для выявления ТГ изучали клинические данные, проводили тщательный сбор анамнеза, биохимические исследования крови с определением уровня билирубина, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, билирубина в моче, УЗИ печени.

Результат. Клинически ТГ у детей протекал по-разному. При остром отравлении ФОС и нефтепродуктами ТГ выявлялся преимущественно при биохимическом анализе крови, так как клиническая симптоматика отсутствовала. У детей с отравлениями хуной, парацетамолом и ядовитыми грибами наблюдался весь симптомокомплекс острого гепатита, в динамике с развитием острой печеночной недостаточности (ОПечН).

Интенсивная терапия ТГ включала как общие принципы лечения гепатитов, так и специфическое воздействие. 1. Наш опыт показал, что эффективное лечение гепатитов токсической этиологии невозможно без адекватной антидотной терапии. При острых отравлениях хуной применяется унитиол 5% в дозе 0,5 мл/кг массы тела в сутки, при отравлениях парацетамолом – ацетилцистеин в дозе 70 мг/кг массы тела в сутки, при отравлениях ФОС – атропин 0,25-0,5 мг/кг массы тела в сутки, бледной поганкой – липоевая кислота в дозе 0,5 мг/кг массы тела в сутки. 2. Инфузионная терапия и форсированный диурез – обязательные компоненты общей дезинтоксикационной терапии. 3. Общепринятая защитная печеночная терапия проводится путем внутривенного введения 20% раствора глюкозы с инсулином, витаминов группы В и С. Из гепатопротекторов наиболее эффективен эссенциале в дозе до 0,5 мл/кг массы тела в сутки с целью восстановления и сохранения клеточных структур печени и фосфолипидозависимых энзиматических систем. Для снижения уровня аммиака в крови при развитии ОПечН мы также применяем орнитин (гепа-мерц) в дозе 25-50 мг/кг в сутки. При выраженной гипербилирубинемии и внутрипеченочном холестазае – адеметионин (гептрал) в дозе 0,3-0,4 мл/кг массы тела в сутки. 4. При развитии ОПечН, учитывая нарушение белоксинтезирующей функции печени, гипопроотеинемиию и особенно гипоальбуминемиию, с целью уменьшения отеочно-асцитического синдрома и

профилактики геморрагического синдрома ежесуточно вводили 10-20% раствор альбумина и СЗП. 5. Больным с тяжелыми острыми отравлениями парацетамолом и бледной поганкой проводился мембранный плазмаферез с замещением СЗП и альбумином. Всего 7 больным с ТГ проведено 19 сеансов мембранного плазмафереза. 6. Глюкокортикоиды назначаются внутривенно для стабилизации гемодинамических показателей и гомеостаза, по мере регресса гепатита и улучшения общего состояния больных в течение 3 недель.

Оценка эффективности проводимого комплекса интенсивной терапии показала, что из общего числа пациентов с ТГ ОПечН развилась у 16 (10%), умерли 5 (3,08%) детей. На фоне отравлений хуной ОПечН развилась у 5 из них, что составило 5,5%. При отравлении парацетамолом ОПечН развилась у 10 (45%), умерли 2 (9%). При отравлении ядовитыми грибами ОПечН наблюдалась у 3 (100%), умер 1 (33%) ребенок. У пациентов с острыми отравлениями ядохимикатами, нефтепродуктами токсический гепатит протекал в легкой форме, без тяжелого нарушения функции печени.

Выводы. 1. Наиболее частыми причинами развития ТГ у детей являются острые отравления хуной и парацетамолом. 2. Комплексное лечение ТГ должно быть направлен на элиминацию яда, на дифференцированный подбор гепатопротекторной терапии, на профилактику и интенсивную терапию острой печеночной недостаточности. 3. Необходимо добиться полного запрета на использование хуны в качестве народного средства лечения стоматитов у детей.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПРИЖИГАЮЩИМИ ЯДАМИ

**Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н., Сатвалдиева Э.А.,
Хайдарова С.Э., Шарипов Э.О., Сабиров Д.Х.,
Рашидов Д.Б.**

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей**

В отделение токсикологии РНЦЭМП в 2005-2013 гг. были госпитализированы 145 пациентов детского возраста с острыми отравлениями прижигающими ядами. Средний возраст больных составил $3,6 \pm 2,2$ года (учитывались пациенты только до 15 лет). Отравления уксусной кислотой встречались у 97 (66,8%), щелочью (аммиак, каустическая сода) – у 26 (18,6%), окислителями (калия перманганат, перекись водорода) – у 22 (15,6%). При определении тактики антибактериальной терапии учитывали результаты эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДФС) и ларингоскопии, которые позволяют определить степень и распространенность ожога, рентгенографию органов грудной клетки, а также состав микробной флоры мокроты и слизистой ротоглотки с учетом показателей лейкоцитоза и лейкоформулы и данных температурной реакции организма.

По данным ЭГДФС и ларингоскопии у 128 (88,2%) пациентов отмечался химический ожог ротоглотки II

степени и пищевода I-II степени, у 17 (11,8%) – ожог ротоглотки и пищевода III степени. У 72 (49,6%) поступивших на 2-5-е сутки присоединилась бронхопневмония, что было обусловлено как химическим ожогом дыхательных путей, так и эндотоксикозом.

У пациентов со II степенью химического ожога ротоглотки в мокроте обнаружены – *Str. viridans* и *Staph. epidermidis*. У пациентов с III степенью ожога уже на 3-4 сутки высевалась нозокомиальная инфекция – *Kl. pneumoniae* и *E. coli*. Необходимо отметить, что обсеменение кишечной палочкой приводило к значительному ухудшению течения ожоговой болезни пораженных органов пищеварительного тракта. Антибактериальная терапия у больных с отравлениями уксусной кислотой проводилась с момента поступления, до получения данных о составе микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам, назначением препаратов широкого спектра действия – цефалоспоринов 3 поколения и аминогликозидов 3 поколения. В дальнейшем антибиотики назначались в зависимости от чувствительности микрофлоры. При наличии химического ожога II степени наиболее оптимальной комбинацией, подавляющей более 90% патогенных штаммов, является сочетание цефалоспоринов 3 поколения с фторхинолонами 2 поколения или аминогликозидами 3 поколения. Препараты назначались внутримышечно или внутривенно 2-3 раза в сутки в течение 8-12 дней. При химическом ожоге III степени, а также при наличии бронхолегочных осложнений антибактериальная пневмония должна проводиться также, как при любом септическом состоянии. При этом цефалоспорины и фторхинолоны зачастую комбинировали с макролидами.

Такая тактика антибактериальной терапии позволила ускорить сроки разрешения пневмонии в среднем с $14 \pm 1,6$ до $9 \pm 0,7$ дня и улучшить процессы пролиферации обожженных участков пищеварительного тракта.

Таким образом острые отравления прижигающими ядами сопровождаются развитием генерализованного воспалительного процесса, для подавления которого необходим дифференцированный и комплексный подход к выбору антибактериальной терапии.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Таджибаев А.Т., Шоабсаров А.А., Жалилов З.Н.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Установить распространенность, этиологию, смертность у детей с острой почечной недостаточностью (ОПН) и терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тХПН), а также оценить динамику развития почечно-заместительных методов терапии этих состояний.

Проведен ретроспективный анализ исходов забо-

левания у 90 детей с тХПН в возрасте $10,89 \pm 4,62$ года (3 дня – 17,92 года) и у 61 ребенка с ОПН в возрасте $3,53 \pm 4,6$ года (2 дня – 17 лет), находившихся под нашим наблюдением с мая 1992 г. по июль 2013 г.

Основной причиной тХПН остаются врожденные и наследственные заболевания мочевой системы, которые встречались у 62,2% больных, в том числе обструктивная уропатия отмечалась у 23,3%, аплазия/дисплазия/гипоплазия – у 15,6%, поликистоз почек – у 8,9%, нейрогенный мочевой пузырь на фоне *spina bifida* – у 5,6%, наследственный нефрит, врожденный нефротический синдром, нефронофтиз Фанкони и синдром «сливового живота» – по 2,2%. Значительно реже к диализной стадии ХПН приводили гломерулонефриты (15,6%), неуточненная тХПН (8,9%), нефросклероз как исход ОПН (7,7%), другие причины (5,6%). У 90 пациентов с тХПН стартовым методом терапии был гемодиализ (ГД) (с 1997 г.), до 2002 г. дети младше 7 лет умирали.

Ведущей причиной острой почечной недостаточности у 61 ребенка является гемолитико – уремический синдром, выявленный у 73,3% из них, реже диагностированы острые гломерулонефриты (12,4%) и обструктивная уропатия (5,6%) как причины ОПН. Из 61 пациента с ОПН в проведении диализа нуждались 39 (63,93%). До 2005 г. основным и единственным методом почечной заместительной терапии (ПЗТ) был гемодиализ, с 2005 г. использовались различные методики ПЗТ: у 26 (66,66%) – ГД, у 1 (2,56%) – вено-венозная гемо(диа)фильтрация (CVVH(D)F), у 12 больных (30,76%) – комбинации различных методик (CVVH(D) F-ГД). Применение комбинации ПЗТ у детей с ГУС привело к значительному снижению смертности – с 22,1% в 2004 г. до 1,7% в 2005-2013 г.

Выводы. 1. Основной причиной развития тХПН у детей является обструктивная уропатия, а ОПН – гемолитико-уремический синдром. 2. Необходимо разработать программу по развитию ПЗТ, которая оказала бы существенное влияние на развитие службы с достижением значительных успехов.

ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК И ГЕМАТУРИЧЕСКАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Таджибаев А.Т., Шоабсаров А.А., Турсунбаев О.Ф.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценка результатов лечения детей с диагнозами поликистоз почек и хронический гломерулонефрит (ХГН), гематурическая форма.

Методы исследования. Проанализированы статистические талоны и истории болезни за период 2000 – 2013 гг., определено число госпитализированных в РНЦЭМП детей.

Результаты. В период с 2000 по 2013 гг. с диагнозом поликистоз почек был госпитализирован 61 ребенок в возрасте от 1 до 17 лет, из них 35 девочек и 26 мальчи-

ков. У 57 детей отмечались изолированные кистозные изменения только в почках, течение болезни носило благоприятный характер. У 4 детей наблюдалась поликистозная болезнь, при которой выявлены кистозные изменения в почках и печени. У этих детей заболевание дебютировало в раннем возрасте, что говорит об аутосомно-рецессивном типе наследования. Течение заболевания носило прогрессирующий характер и, несмотря на проводимую терапию, наблюдалось прогрессивное снижение функции почек. У 1 больного через 2 года развилась терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ХПН), по поводу которой на данный момент он находится на заместительной почечной терапии в виде амбулаторного гемодиализа. С диагнозом ХГН, гематурическая форма были госпитализированы и получили лечение 143 ребенка в возрасте от 2 до 17 лет, из них 56 девочек и 87 мальчиков. Заболевание дебютировало после перенесенной стрептококковой инфекции в виде нефритического синдрома. У 39 детей заболевание приобрело рецидивирующий характер, что требовало неоднократной госпитализации. Течение заболевания у всех обследованных детей было относительно благоприятным, ни у одного больного не наблюдалось значительных нарушений функций почек. Скорость клубочковой фильтрации у исследованной группы больных находилась в пределах 75-90 мл/мин, что соответствует хронической болезни почек III стадии.

Заключение. У больных с поликистозной болезнью почек прогноз заболевания неблагоприятный, наблюдается быстрое развитие ХПН, особенно при раннем дебюте заболевания. У больных с диагнозом ХГН гематурическая форма наблюдается благоприятное течение заболевания.

НЕФРОГЕННАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Таджибаев А.Т., Шоабсаров А.А., Турсунбоев О.Ф.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Материал и методы. Обследованы 30 детей и подростков в возрасте от 4 до 17 лет, находившихся на лечении в отделениях педиатрического корпуса с диагнозом нефрогенная гипертензия. Диагноз верифицирован на основании общеклинических, биохимических, инструментальных методов исследования (экскреторная урография, нефросцинтиграфия, ангиография сосудов почек, ультразвуковая доплерография, суточное мониторирование артериального давления, кардиоинтервалография). Специальные методы исследования включали определение активности ренина плазмы и концентрации ангиотензина I и альдостерона в периферической венозной крови с помощью радиоиммунологического анализа.

Результаты. Паренхиматозная нефрогенная гипер-

тензия была отмечалась у 23 (77%) больных, из них у 13 (57%) на фоне гломерулонефрита, у 10 (43%) – на фоне врожденной обструктивной патологии, осложненной пиелонефритом. Вазоренальная нефрогенная гипертензия выявлена у 7 (23%) детей, стеноз почечной артерии отмечался у 20% из них, добавочная почечная артерия и гипоплазии основного ствола и внутриорганных ветвей почечных артерий – у 16%. По результатам суточного мониторирования артериального давления стабильная артериальная гипертензия имела место у 67% детей, лабильная артериальная гипертензия – у 33%.

У больных с вазоренальной нефрогенной гипертензией регистрировались более высокие уровни ренина, чем при паренхиматозной: соответственно $19,7 \pm 1,78$ и $14,3 \pm 2,37$ мкг/л/ч ($p < 0,05$). Концентрация ангиотензина I и альдостерона при вазоренальной нефрогенной гипертензии также была выше, чем при паренхиматозной: $19,2 \pm 1,56$ и $13,8 \pm 2,24$ нг/мл, $670,12 \pm 137,12$ и $410,63 \pm 95,48$ пг/мл ($p < 0,05$).

Таким образом, нефрогенная гипертензия сопровождается достоверным повышением активности ренина плазмы, уровня ангиотензина I и альдостерона в сыворотке крови. Максимальные значения ренина, ангиотензина I и альдостерона были выше у пациентов с вазоренальной нефрогенной гипертензией.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Таджибаев А.Т., Шоабсаров А.А., Жалилов З.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В 2000-2013 гг. в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи были госпитализированы 88 детей с острой почечной недостаточностью (ОПН) в возрасте от 10 месяцев до 18 лет. Основными этиологическими факторами развития ОПН были: острый гломерулонефрит (41%), вторичные нефриты (19,6%), гемолизико-уремический синдром (7,8%), отравления (9,8%), острые кишечные инфекции (5,8%), краш-синдром (1,9%), аномалии развития мочевыделительной системы (13,7%). 62% пациентам наряду с патогенетической терапией, проводились экстракорпоральные методы детоксикации: гемодиализ, плазмаферез. Пациенты в зависимости от клинических и лабораторных изменений были разделены на 2 группы.

У 50 детей 1-й группы отмечался адекватный диурез или олигурия с повышением уровней азотистых шлаков крови (креатинин до $0,3-0,35$ ммоль/л). Удовлетворительные результаты лечения в комплексе с экстракорпоральной детоксикацией через 2-3 сеанса гемодиализа были достигнуты у 98% детей.

У 38 детей 2-й группы была анурия, уровень креатинина превышал $0,55$ ммоль/л. Удовлетворительные результаты после 6-8 сеансов гемодиализа наблюдались у 87% детей.

Использованная нами тактика лечения с примене-

нием гемодиализной терапии в ранние сроки ОПН (при уровне креатинина 0,35-0,4 ммоль/л) оправдала себя в большинстве случаев: 73,4% были выписаны с улучшением клинико-лабораторных показателей.

ИНФЕКЦИОН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИГА БЎЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА НОИНВАЗИВ ДАВОЛАШ УСУЛИ

**Ташмухамедова Б.Э., Турдиева Д.Э.,
Мухамедова Х.Т., Алимов А.В., Турсунова Н.Э.,
Алимова З.А.**

**Тошкент давлат врачлар малакасини ошириш
институту**

Тадқиқот 1-сонли ШКБШ ни чақалоқлар ва реанимация бўлимларида олиб борилди. Чақалоқлар ҳаётининг 6-7 кунларида 2- этап даволаш босқичига қуйидаги диагноз билан келтирилди: ХИИга хавф, ГИЭ нейрорефлектор қўзғалувчанлик, талваса синдроми, НСЭК, анемия, ДВС.

Биз кузатган чақалоқлар сони 37-нафарни ташкил этиб, даволанишнинг турига қараб икки гуруҳга бўлинди. 17 нафар чақалоқ умумий одатдаги базис муолажаларни қабул қилди, 20 нафар чақалоқ эса базис даво муолажаларига қўшимча иммун-цитокин тизимга таъсир этувчи нуқтали ИФҚ нурлар билан даволанди. Даволаш тадбири протокол- стандартлар асосида бажарилди. Барча текширилган чақалоқлар инфекция яллиғланиш касаллиги (ИЯК) ривожланишига мойил бўлган хавфли гуруҳ чақалоқлар эди.

Одатдаги базис даво олган чақалоқлар орасида 9 нафарида пневмония, 4 нафарида сепсис ривожланди. Қўшимча нуқтали ИФҚ нурлар даво олган чақалоқлар гуруҳида эса, онадан ўтган ЦМВ ва герпес инфекциялари ҳисобидан 14 нафарида пневмония кузатилди, қолган 16 нафар чақалоқда ИЯКни хавфи кучаймади, аксинча тана вазнини ошириш, қондаги гемоглобин миқдорини кўтарилиши, лейкоцитларнинг меъерига келиши ва цитокин тизимида интерлейкин IL – 6 ни юқори кўрсаткичдан пасайиши кузатилди. Нуқтали ИФҚ нурлар билан даволаш чақалоқларнинг касалхонада бўлиш кунига ҳам ижобий таъсир кўрсатди.

Шундай қилиб, бажарилган илмий тадқиқот шуни кўрсатадики, инфекция-яллиғланиш касалликлари ривожланиши бўлган чақалоқларда нуқтали ИФҚ нурларини қўллаш, клиник ҳолатларни тезроқ тикланишига, йирингли-септик касалликлар ривожланишининг олдини олишга ва улардан келиб чиқадиган асоратларни камайишига, умумий тўшак кунларининг қисқаришига олиб келар экан.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА АЛТ «ВОСТОК» У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Ташмухамедова Б.Э., Мухамедова Х.Т.,
Турсунова Н.Э., Турдиева Д.Э., Алимов А.В.,
Алимова З.А.**

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования. Оценка клинической эффективности аппарата АЛТ «Восток» в комплексном лечении ОРЗ у детей грудного возраста.

Материал и методы. Проведено комплексное клиническое обследование 45 детей раннего возраста с ОРЗ (острый ринит, назофарингит, острый бронхит, пневмония), госпитализированных в клинические отделения ГКДБ № 1 г. Ташкента. Всего обследованы 45 детей. Дети грудного возраста от 1 до 3 месяцев составляли 44%, старше 3 месяцев – 56%.

Все дети в зависимости от вида лечения были разделены на 2 группы: больные основной группы получали традиционное лечение и лазерную терапию в количестве 6 процедур, пациенты контрольной группы получали только традиционное лечение.

Эффективность лазеротерапии оценивалась по динамике жалоб, объективному статусу детей и продолжительности заболевания.

Результаты. Клинические наблюдения показали, что уже после 3-4 процедур НИЛИ от аппарата «Восток» у большинства больных (72%) с ОРЗ отмечалась выраженная положительная динамика клинических симптомов: исчезла заложенность носа, отделяемое становилось скудным, менее вязким и легко отделяемым, уменьшалась гиперемия миндалин. Мокрота становилась менее вязкой, заметно улучшалось ее отхождение, кашель стал более редким и продуктивным, аускультативно выслушивались единичные сухие хрипы на фоне жесткого дыхания. К концу лечения у всех детей значительно уменьшился или исчез кашель и хрипы в легких. Одновременно уменьшились или исчезли симптомы интоксикации: раздражительность, вялость, плохой сон.

В динамике лабораторных показателей у большинства больных (78%) нормализовалось количество эозинофилов в периферической крови, отмечалась тенденция к нормализации уровня лейкоцитов, лимфоцитов, уменьшилось число детей с нейтрофильным сдвигом. СОЭ снизилась до нормальных показателей у 62,5% детей, что указывало на активное противовоспалительное действие квантовой терапии от аппарата «Восток».

Таким образом, использование аппарата АЛТ «Восток» благоприятно влияет на клиническое течение ОРЗ у детей грудного возраста. Генерируемое им лазерное излучение оказывает секретолитическое, противоотечное, противоаллергическое и противовоспалительное действие. Наш опыт позволяет рекомендовать этот метод лечения для более широкого применения у детей грудного возраста.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*Тожибоев Х.Л., Сайфиддинов К.О., Махмудов И.Д.,
Тожибоев И.Н.*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Ускорение восстановления утраченного кожного покрова у детей с глубокими ожогами и предотвращение возникновения гнойно-септических осложнений и гибели больных.

Материал и методы. В отделении комбустиологии Наманганского филиала РНЦЭМП в 2013 г. на лечении 403 больных с ожогами, из них 237 (58%) дети. Тяжесть состояние ожоговых больных определялась с помощью индекса Франка.

Результаты. Все дети с обширными ожоговыми ранами после получения первой медицинской помощи для дальнейшего этапа лечения укладывались на специальные ситовые кровати. При проведении местного лечения у этих больных предпочтение отдавалось влажновысыхающим повязкам на левомеколь-бетодиновой основе. При использовании этих повязок на поверхностных ожогах намного быстрее происходила эпителизация ран, а при глубоких ожоговых ранах раньше появлялись сухие некротические струпы. После наложения повязок эти раны осушали теплым воздухом.

Таким образом, применение местных влажновысыхающих повязок существенно снижает частоту гнойно-септических осложнений, уменьшает плазмарею с раневой поверхности, уменьшает болевые ощущения, а также сокращает количество перевязок.

ДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРОЛИТОВ БАТАРЕЕК НА ДЕТСКИЙ ОРГАНИЗМ

*Тоирова У.Т., Косимов З.Н., Мухитдинова М.К.,
Оккузиев И.А., Акбаров Д.Э., Хошимов Т.Н.,
Рахимов Х.Х.*

Андижанский филиал РНЦЭМП

Электролиты батареек имеют 2-й класс опасности. Из батарейки вытекает едкий натр. При попадании в организм через пищеварительный тракт щелочи развивается тяжелое поражение. Щелочи растворяют слизь и белковую субстанцию клеток, омыляют жиры, образуя щелочные альбумины, разрыхляют и размягчают ткани, делая их более доступными для проникновения яда в глубоко лежащие слои. Раздражающее действие щелочей на белки обусловлено образованием гидроксильных ионов, вступающих в химическое соединение с тканевыми элементами. Щелочи оставляют глубокие ожоги в пищеводе. Перфорация может произойти быстро, уже в течение 6 часов после проглатывания батарейки.

Цель работы. Изучение действия электролитов батареек на детский организм и меры предотвращения действия едких щелочей; изучение химического состава с точки зрения безопасности батареек.

Результаты. В течение двух лет в отделениях детской анестезиологии – реаниматологии и детской хирургии АФ РНЦЭМП наблюдались 5 пациентов, которые поступили с различными клиническими проявлениями после попадания бытовых батареек в организм. Возраст пациентов – от 1,5 до 5 лет. Время обращения в стационар – от 6 часов до 4 суток. У 4 пациентов батареек располагались в различных отделах пищевода. У всех пациентов отмечались токсический эзофагит различной степени. Наблюдались различные токсические проявления на витальных органах. 2 батарейки были из типа марганцево-щелочных диаметром 11,6 мм и высотой 5,3 мм, МЭК-код LR 44, с напряжением 1,5 V, без указания названия изготовителя, производство Китай. 1 батарейка была из типа марганцево-щелочных с диаметром 11,6 мм, высотой 5,3 мм, МЭК-код LR 44, AG-13, напряжением 1.5 V производства компании Seiko, Ю.Корея. 1 батарейка была из типа марганцево-щелочных, с МЭК – кодом LR 44, диаметром 11,6 мм, высотой 5,3 мм, без указания напряжения и названия изготовителя и страны происхождения. 5-летний пациент поступил в терминальном состоянии после проглатывания на 3 сутки. У него отмечался расплавляющийся некроз пищевода, осложненный перфорацией и кровотечением из пищевода, медиастинитом. Тип батареек – щелочной, с МЭК – кодом LR 03, size AAA, элемент напряжения 1,5 V, страна происхождения – Китай. У всех этих пациентов отмечались беспокойство, озноб, слюнотечение изо рта, боли при глотании и по ходу желудочно-кишечного тракта, учащение дыхания и тахикардия, тошнота, рвота желудочным содержимым. У детей с 1- и 2- дневным сроком после проглатывания присоединилась неврологическая симптоматика, увеличение размера печени, нарастание содержания печеночных ферментов в крови, понос. У пациента с терминальным состоянием наблюдалась кровотечение из пищевода. Для оказания квалифицированной экстренной помощи всем пациентам произведены анамнестические, клинические, лабораторные и биохимические исследования, УЗИ внутренних органов, рентгеноскопия, рентгенография, ФГДС и консультация узких специалистов. Мониторинг проводился в течение нескольких дней.

Лечение состояло из удаления инородного тела, промывания желудка и очистительной клизмы с чистой теплой водой, инфузионной терапии с целью выведения токсического вещества из организма, антидотной и симптоматической терапии. 4 пациента выздоровели без осложнений, но были выписаны под наблюдение детского хирурга. Из-за позднего обращения 5 летний пациент умер.

Таким образом, своевременное удаление батареек из организма пациента уменьшает риск серьезных осложнений. Установлено что, поступающие на рынок батарейки питания не соответствуют требованиям безопасности – они очень слабо герметизированы. Следовательно, процесс безусловной сертификации батареек питания и товаров народного потребления с

батарейками питания при импорте в некоторых случаях не выполняется.

ОТРАВЛЕНИЕ ПАРАЦЕТАМОЛОМ И МЕРЫ ЕГО ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

*Тоирова У.Т., Мухитдинова М.К., Турсунов Э.И.,
Нуралиева М.С., Ходжалиев Б.Г.*
Андижанский филиал РНЦМП

Ацетаминофен входит в состав парацетамола и остальных противогриппозных препаратов и средств для обезболивания. Из-за одновременного приема нескольких жаропонижающих препаратов, которые содержатся ацетаминофен, часто встречаются случаи отравления этим веществом. Для детей максимальная суточная доза парацетамола не более 90 мг/кг. Токсичность препарата может наступать в других случаях при меньших дозировках. Это происходит, если организм ребенка ослаблен или при наличии дефицита массы тела. В суспензиях детских форм препарата содержится большая концентрация активного действующего вещества. Основное токсическое действие оказывает метаболит, образующийся в печени. Это вещество нейтрализуется в организме глутатионом. При дефиците этого вещества развивается токсическое поражение клеток печени.

Цель работы. Изучение действия парацетамола на детский организм и результаты комплексной неотложной терапии при развитии отравления парацетамолом.

Результаты. В течение 2 лет мы наблюдали 24 пациентов, в возрасте от 5 месяцев до 12 лет. 17 пациентов в возрасте от 5 месяцев до 2 лет поступили с I стадией отравления. У них отмечались тошнота, анорексия, бледность кожных покровов, потливость, падение температуры тела ниже 35°C, падение АД. Исход у всех – полное выздоровление. У 5 пациентов была II стадия отравления. Эти пациенты в возрасте от 8 месяцев до 3 лет поступили с поражением печени. У них отмечалось нарастание активности АСТ и АЛТ, билирубина в сыворотке крови, протромбинового времени. Исход у всех – полное выздоровление. 8 месячный ребенок поступил в III стадии отравления, в крайне тяжелом состоянии: отмечались рост активности печеночных ферментов, концентрации билирубина, протромбинового времени. Признаки нарушения сознания (сопор), желтуха, нарушение гемокоагуляции (кровотечения из ЖКТ), гипогликемия (уровень сахара снизился до 2,2 ммоль/л) и энцефалопатия, почечная недостаточность. Исход – полное выздоровление. 12 летняя пациентка поступила в терминальном состоянии. Одновременно принимала таблетки парацетамола 0,5 мг каждые 4-5 часа, НПВ препараты в инъекциях, противогриппозные препараты. Поступила с нарушением сознания (кома запредельная), нарушение гемокоагуляции (кровотечение из ЖКТ), гипогликемия (снижением уровня сахара до 1,4 ммоль/л), высоким ростом активности печеночных ферментов, билирубина, протромбинового времени, полиорганной недостаточностью. Исход – летальный.

Для оказания квалифицированной экстренной помощи всем пациентам произведены анамнестические, клинические, лабораторные и биохимические исследования, УЗИ внутренних органов и консультации узких специалистов. Мониторинг включал клинические анализы крови и мочи, контроль уровня печеночных трансаминаз, билирубина, протромбинового времени, мочевины, креатинина и сахара крови.

Лечение заключалось промывании желудка, инфузионной терапии, коррекции уровня сахара в крови, плазмо- и гемотрансфузиях, антидотной терапии с ацетилцистеином. Пациентам с I и II стадиями отравления по тяжести состояния назначен АЦЦ – Junior, а пациентам в III стадии отравления – АЦЦ 5%. Назначали симптоматическую терапию, проводили поддержку функции витальных органов и вводили гепатопротекторы.

Таким образом результаты исследования показали, что у пациента младшего возраста выздоровление происходит быстрее, чем у пациента постарше. Своевременное назначение антидотной терапии и коррекция уровня сахара в крови предотвращают развитие осложнений течения основного заболевания.

АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Тулаев У.Б., Тулаев Н.Б.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Одной из актуальных проблем детской анестезиологии является проведение седатации во время диагностического обследования, особенно внедрением в клиническую практику неинвазивного высокоточного метода диагностики – МРТ и МСКТ, во время которого требуется полное обездвиживание ребенка.

Цель исследования. Разработка способа седатации у детей с черепно мозговыми травмами при проведении МРТ и МСКТ.

Материал и методы. В 2010-2013 гг. обследованы 79 детей в возрасте от 10 дней до 5 лет. Исследование проводилось на аппарате МРТ 1,5 Тесла и МСКТ. **Методика анестезии:** премедикация включала атропин 0,1% 0,01 мг/кг, димедрол 1% 0,5 мг/кг. Седацию проводили двумя методами: 1) сибазон 0,7-0,9 мг/кг в/м и 2) сибазон 0,5-0,7 мг/кг + кетамин 2-3 мг/кг, в/м.

Моноседатация эффективна у новорожденных детей и при обследовании длительностью не более 10-12 минут. Комбинированное использование сибазона и кетамина наиболее эффективно у детей старшей возрастной группы и при обследовании, которое требует более длительного нахождения ребенка внутри аппарата. Гемодинамические показатели и систему респирации контролировали с помощью монитора. При проведении анестезии в указанных дозировках каких-либо побочных явлений, связанных с механизмом действия препаратов не отмечалось. Посленаркозный период и пробуждение протекали гладко.

Таким образом, анализ эффективности методов

анестезии показал, что при проведении анестезии во время МРТ и МСКТ обследования обязательна премедикация холинолитическими препаратами. Моноседация препаратами группы бензодиазепинов эффективна при проведении кратковременных исследований. Комбинация сибазона и кетамина показана при длительных диагностических исследованиях.

АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМАХ И ГИДРОМАХ

Тулаев У.Б., Тулаев Н.Б.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель исследования. Изучение особенностей гемодинамики у детей первых месяцев жизни под влиянием анестезии и операционного стресса.

Материал и методы. Под наблюдением были 42 ребенка в возрасте от 21 дня до 1 года, оперированных с кровоизлияниями в мозг нетравматического генеза в отделении нейрохирургии детского возраста. Физическое состояние детей по классификации ASA соответствовало II-III классу. Премедикация осуществлялась по схеме: атропин (0,01 мг/кг), кетамин (2-3 мг/кг), димедрол (0,5-1мг/кг) и сибазон (0,5-0,7 мг/кг). Всем детям производилась катетеризация центральных вен. Индукция в наркоз осуществлялась болюсным введением ГОМК 60-70 мг/кг и фентанила 3-5 мкг/кг. После курарезации производилась интубация трахеи. ИВЛ выполнялась в режиме нормовентиляции с контролем по конечно-выдыхаемой концентрации углекислого газа (EtCO₂) 33-35 мм рт.ст. Анестезию поддерживали введением ГОМК 1/3 дозы от индукции каждые 30 мин и болюсным введением фентанила 3-5 мкг через каждые 15 мин. При оценке пробуждения больных после анестезии использовались следующие показатели: время от момента окончания операции до экстубации трахеи.

Результаты. Исследовали показатели центральной гемодинамики и оценивали уровень пробуждения в условиях сбалансированной анестезии на основе ГОМК и фентанила. Такой подход является одним из вариантов выбора, что позволяет селективно управлять анальгетическим и гипнотическим компонентом анестезиологического пособия, не вызывая отрицательных гемодинамических эффектов. При индукции в наркоз и интубации трахеи ЧСС возрастала на 4,8 % ($P < 0.05$). САД снизилось на 10,4 %. В результате этих изменений УОС при анестезии увеличивался на 8,7%, МОС возрос на 7,6 % ($P < 0.005$). На наиболее травматическом этапе операции отмечалось незначительное увеличение УОС по сравнению с исходным этапом на 12,9 %. В момент окончания операции показатели гемодинамики изменялись незначительно или имели тенденцию к возвращению на исходный уровень. Интраоперационная волемическая поддержка осуществлялась инфузией кристаллоидов, растворов ГЭК, трансфузией эритро. массы и СЗП. Пробуждение детей при использовании ГОМК и фентанила проходило гладко, без гемодина-

мических сдвигов.

Таким образом, анестезия на основе ГОМК и болюсного введения фентанила при оперативных вмешательствах позволяет селективно управлять анальгетическим и гипнотическим компонентом анестезиологического пособия, легко регулировать глубину анестезии в зависимости от интраоперационной ситуации, не вызывая отрицательных гемодинамических эффектов.

К ПРИЧИНЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Туляганова Н.М., Шамансуров Ш.Ш., Саидазизова Ш.Х.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Длительное время в изучении проблемы инсульта акцент был смещен на исследование причин нарушения мозгового кровообращения у взрослых, а инсульты у детей считались крайне редкими заболеваниями. Основными причинами геморрагического инсульта у детей считают тромбоцитопению и кавернозные мальформации. Факторами риска заболевания называют дегидратацию, сепсис, осложнённые роды, асфиксию, нарушения свёртываемости крови, тромбофилию и др. Изучение причин геморрагического инсульта у детей, особенно раннего возраста, сохраняет свою актуальность.

Цель исследования. Выявление основных причин геморрагического инсульта у детей раннего возраста.

Материал и методы. Для выявления основных причин геморрагического инсульта на базе ГКДБ №1 нами были обследованы 90 детей в возрасте от рождения до 3 лет. Дети были разделены на 5 возрастных групп: до 1 месяца 36; 1-3 месяца – 40; 3-6 месяца – 5; 6-12 месяца – 7; 12 месяцев – 3, более года – 2. Всем детям проведены клинические, нейровизуализационные и лабораторные исследования.

Результаты. Результаты исследования показали, что в основном сосудистая катастрофа началась следующими синдромами: повышение температуры тела, катаральные явления – 55,3%, судорожный синдром – 44,6%, синдром рвоты – 26,1%, диарейный синдром – 13,8%, кровоточивость и кровоподтеки – 9,2%, кровь в кале – 4,6%. Синдром затянувшейся желтухи (40,4%) был чаще характерен для детей в возрасте 1-3 месяцев. Причиной геморрагического инсульта у 44% детей раннего возраста был ДВС-синдром, у 20% сочетание вирусной инфекции с ДВС-синдромом, у 12% вирусная инфекция, у 9% различные мальформации ЦНС (сосудистые мальформации), у 9% травматические роды (стремительные роды, роды с применением щипцов и вакуум-экстракции) у 6%, заболевания крови (гемофилия, тромбоцитопатия).

Таким образом, факторов риска возникновения геморрагического инсульта у детей раннего возраста множество. Учитывая достаточно высокую распространенность инсульта, высокую вероятность тяжелых

инвалидизирующих резидуальных нарушений, точная диагностика, тактика лечения и профилактика данного заболевания имеет большое значение.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Тургунова О.Т., Мухитдинова М.Л., Хасанова Х.Х.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценка эффективности применения иммуностропных препаратов для профилактики ОРИ у часто болеющих детей.

Материал и методы. В детском соматическом отделении НФ РНЦЭМП наблюдали 33 часто и длительно болеющих детей в возрасте от 3 до 12 лет. Основную группу составили 17 детей, которые вместе с традиционным лечением ОРИ (режим, оральная гидратация, десенсибилизирующие, противовоспалительные и жаропонижающие средства) с первых дней болезни получали иммуностропные препараты (бронхомунал, тонзилгон, иммунорикс).

В контрольную группу вошли 16 детей с ОРИ, которые получали традиционное лечение. В этой группе осложнения ОРИ в виде острого бронхита, отита, бронхопневмонии наблюдались у 11 (68,7%) больных.

Среди больных основной группы, которые получали иммуностропные препараты, осложнения отмечались лишь у 7 (41,2%), то есть в 1.6 раза меньше.

Таким образом, назначение детям в первые дни заболевания иммуностропных препаратов, обладающих иммунокорригирующим, противовоспалительным, неспецифическим противовирусным действием, позволяет уменьшить частоту бронхолегочных осложнений.

СИНДРОМ ЛЕДДА У НОВОРОЖДЕННЫХ: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Тухтаев Ф.Р., Эргашев Б.Б., Мухтаров Ж.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканский перинатальный центр

Известно, что для синдрома Ледда характерно сдавление двенадцатиперстной кишки эмбриональными тяжами брюшины и врожденный заворот средней кишки. Диагностика и лечение этого порока развития представляет значительные трудности из-за отсутствия специфических клинических и рентгенологических симптомов.

Цель. Изучение ближайших результатов оперативного лечения новорожденных с синдромом Ледда.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 27 новорожденных с синдромом Ледда. Из них 20 (74%) мальчиков и 7 (26%) девочек. Доношенных было 24, недоношенных – 3. Клиническая картина у большинства больных начала проявляться с 5-10 суток жизни. В клинике преобладала рвота с примесью желчи. Диагностика синдрома Ледда основывалась на данных УЗИ двенадцатиперстной кишки, доплерографии мезентеральных сосудов и рентгенологических исследо-

ваний (контрастное исследование ЖКТ и ирригография).

Результаты. Оперативное вмешательство (операция Ледда) выполнена всем 27 больным с синдромом Ледда. Доступ в брюшную полость осуществляли через верхний правосторонний трансректальный разрез. В брюшной полости почти у всех больных был выявлен серозный выпот. При осмотре брюшной полости обращали внимание на отсутствие слепой и восходящего отдела ободочной кишки в типичном месте (правая половина брюшной полости); слепая кишка у всех 30 новорожденных была расположена высоко в подпечечном пространстве и фиксирована эмбриональными тяжами к париетальной брюшине правого латерального канала. Эти тяжи сдавливали двенадцатиперстную кишку, вызывали частичную высокую кишечную непроходимость. У всех больных выявлен заворот средней кишки, которая была по направлению часовой стрелки в пределах: 900–1800 (12–44,4%); 2700–3600 (15–55,6%). Произведена деторзия средней кишки, разделение эмбриональных спаек.

После расправления брыжейки слепая кишка заняла левую половину брюшной полости, двенадцатиперстная кишка была лишена физиологических изгибов и переходила в тощую кишку справа и в подпечечном пространстве. Неосложненное течение послеоперационного периода имело место у 20 новорожденных. Различные осложнения наблюдались у 7 больных, у которых неблагоприятный соматический фон был обусловлен различными соматическими заболеваниями и сочетанными аномалиями. У 3 больных в послеоперационном периоде развился сепсис, осложнены тяжелой бронхопневмонией, у 4 – некротизирующим энтероколом. Прогрессирование осложнений с нарушением функции жизненно важных органов стало причиной смерти 3 (11%) из 27 новорожденных.

Таким образом, при синдроме Ледда одноименная операция является методом выбора, обеспечивая хороший ближайший послеоперационный результат.

НАРУШЕНИЯ КАЛЬЦИЕВОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Уралов Ш.М., Лим В.И., Шакаров Ф.Р.,

Алиев А.Р., Турсунов Ф.О.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский медицинский институт

Судорожный синдром в детском возрасте является одним из частых клинических проявлений многих заболеваний. Согласно литературным данным, частота судорог у детей достигает 15:20:1000, причем 2/3 судорожных состояний приходится на первые 3 года. Высокая частота судорог объясняется незрелостью головного мозга, повышенной проницаемостью сосудов и гемато-ликворного барьера, повышенной гидратацией ткани мозга, неустойчивостью обменных процессов, генерализацией возбуждения. Большую роль в патогенезе судорожного синдрома играет нарушение кальциевого гомеостаза. По разным данным, концентрация общего кальция в крови у детей составляет 2,2-2,7

ммоль/л. Также установлено, что содержание кальция во внеклеточной жидкости является стабильным и варьирует в узких пределах, его дефицит приводит к увеличению возбудимости нейрона, активации биоэлектрической активности корково-подкорковых структур мозга и генерализации процессов возбуждения.

Цель исследования. Изучение кальциевого гомеостаза у детей, поступивших в СФРНЦЭМП с судорожным синдромом, и проведение коррекции выявленных расстройств.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 49 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, у 35 (71%) больных судороги развились в возрасте до 6 месяцев, у 13 (26,5%) – от 6 месяцев до 1 года, у 11 (22,4%) – от 1 года до 3 лет. Группу контроля составили 11 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. У всех обследованных детей определялось содержание кальция в сыворотке крови. Уровень общего кальция у 40 (81%) больных был низким и колебался в пределах 1,76-1,9 ммоль/л (в контроле 2,2-2,6 ммоль/л).

Результаты. По клиническим-параклиническим синдромам у 21 (42%) ребенка была диагностирована острая бронхопневмония, у 28 (57,1%) – острая респираторная инфекция, у 32 (65%) – рахит II степени, подострое течение. Клинически у 30 (61%) наблюдаемых больных отмечались тонико-клонические судороги. В I фазу отмечались цианоз лица, тонические напряжения мышц лица, туловища, конечностей, которые затем ослабевали, и наступала клоническая фаза. II фаза начиналась с судорожного вздоха, цианоз лица сменялся гиперемией, появлялись и усиливались сокращения мышц, затем они постепенно уменьшались и прекращались. Генерализованные тонические судорожные пароксизмы проявлялись тоническим напряжением мышц конечностей, туловища в течение 1-1,5 мин.

Всем больным проведена электроэнцефалография (ЭЭГ). У детей с тонико-клоническими судорогами на ЭЭГ регистрировались пиковолновые комплексы, острые и недлинные волны. Умеренные нарушения биоэлектрической активности мозга без эпилептических признаков наблюдались у 21 (42%) ребенка с тонико-клоническими и тоническими припадками. Лечение судорожных приступов проводили противосудорожными препаратами (магнезии сульфат, финлепсин, ГОМК и др.) Монотерапию получали получал 31 (63%) больной, политерапию – 18 (36%). На фоне противосудорожного лечения детям с гипокальциемией проводилась коррекция нарушения кальциевого гомеостаза витамином Д и препаратами кальция. После проведенной терапии уровень кальция нормализовался или приблизился к норме. Частота и интенсивность судорожных приступов значительно уменьшились.

Таким образом, у детей, особенно раннего возраста, с судорожным синдромом целесообразно определять кальциевый гомеостаз. Своевременная коррекция сниженного уровня кальция повышает эффективность противосудорожного лечения у детей.

ДИАРЕЯГА ЧАЛИНГАН БОЛАЛАРДА МИНЕРАЛЛАР АЛМАШИНУВИНИ КОРРЕКЦИЯСИ ВА ОРГАНИЗМДАГИ ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР

Усманов С.Т., Саидахмедов Ш.А., Султанов Б.О., Шерматов Р.М.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Материал ва усуллари. РШЁИМФФ болалар реанимацияси бўлимида 2009-2013 йиллар ичида даволаниб чиққан, диареянинг турли кўринишларига чалинган беморларда касаллик тарихи баенномалари ўрганиб чиқилди. Шу йиллар ичида жами даволанган 4286 та беморлардан қарийиб 668 нафарига (15,6%) диареянинг турли асоратли кўринишлари ташхиси қўйилган. Бу беморларнинг 424 (63,4%) 2 ёшгача бўлган болаларни ташкил этди. 2 ёшгача бўлган болалардан 285 (67,2%) нафари анамнези текширилганда сунъий овқатланишда эканлиги аниқланди. Беморларга ташхис қўйишда анамнез, клиник-лаборатор қон тахлили натижалари ва стандарт бўйича ўтказилган бошқа инструментал текширишлар натижаларига асосланildi. Организмда рўй берган айрим патологик ва физиологик ўзгаришлар, клиник белгилар ва рентген текширувлар ўрганилди.

Натижалар. Ичаклар фаолиятидаги сўриш жараенини бузилиши организмда кальций моддасини концентрациясини камайишига олиб келиши ва у ўз навбатида касалликнинг клиник манзарасида акс этиши яққол кўзга ташланади. Натижада организмда витамин Д етишмовчилиги аломатларини келиб чиқиши кузатилади. Организмдаги минераллар алмашинуви бузилиши калий, магний, натрий ва фосфор алмашинувини бузилиши билан боғлиқ ҳолда кечиши оқибатида метаболик остеопатия ва миопатия аломатларига токсикоз-эксикоз, ҳамда гипоальбуминемия қўшилади. Беморларда аниқланган электролитлар ва қон зардобидидаги оксиллар фракцияларини тахлили шуни кўрсатдики, гипокальцемия ва гипокалемия ҳолатлари гипоальбуминемияга тўғри пропорционал тарзда ўзгарган. Ичаклар мембранаси орқали минераллар алмашинувини таъминланишини этироф этсак, гипокальцемия ва гипокалемияни ривожланиши ингичка ичаклардаги сўрилиш жараенини бузилишини тасдиқлайди. Беморларда чуқур метаболик ўзгаришлар оқибатида вазнини камайиши, ўсишдан қолиши билан бир қаторда периферик гипопропротеинемия шишлари кузатилди. Ҳар бир болага еши ва овқатланиш турига қараб индивидуал тарзда ўтказилган минераллар коррекцияси натижасида, мавжуд бўлган экстраинтестинал белгилар бартараф этилган.

Беморларга тавсия этилган коррекцияловчи минералли эритмалар касалликнинг иккинчи суткасида беморлар қон зардобидидаги биокимевий кўрсаткичларини нормаллашувига, айрим ҳолларда метаболик жараенлар учун фаол ферментларни даволаш жараенида нисбатан ошиши кузатилган.

Беморларда кузатилган камқонлик, талвасага мойиллик, бош мия ички гипертензияси ва руҳий-асабий

зўриқиш депрессия, безовталиқ, периферик невропатия белгилари даволашнинг 3-кунларидан барҳам топди. Шуни таъкидлаш керакки, беморларга ацесоль, дисоль, калий-магний аспаргинат сингари эритмалар, оқсил препаратлари тавсия этилганда, клиник ўзгаришлар, биокимевий қон таҳлилидаги ижобий ўзгаришларга тўғри пропорционал тарзда ўзгариши кузатилди.

Шундай қилиб, барча диареяга чалинган беморларда минераллар алмашинуви бузилади ва уни ўз вақтида коррекциялаш организмдаги функционал ўзгаришларни бартараф этишда самарали усул бўлиб ҳисобланади.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

*Усманов Ш.А., Рахимов Б.С., Кодиров К.З.,
Халилов Ш.К., Курбанов Х.Т., Акбаров Н.А.*

**Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский
государственный медицинский институт**

Мы хотим поделиться результатами лечения 49 больных, находившихся на лечении в отделении детской хирургии РНЦЭМПАФ по поводу неосложненного острого аппендицита. Мальчиков было 23, девочек – 26; до 3 лет – 2, до 7 лет – 11, до 10 лет – 17, до 15 лет – 19.

Ретроспективный анализ показал, что диагностические и тактические ошибки были допущены у 16 (32,4%) из 49 больных: урологическое заболевание (мочекаменная болезнь, воспалительный процесс) были заподозрены и – 6, мезаденит и пельвиоперитонит – у 5, дисменорея – у 4, пневмония – у 1. Все эти больные оперированы с диагнозом «острый аппендицит».

Причиной диагностических и тактических ошибок были поверхностно собранный анамнез, неполное обследование и т.д. У 1 из 16 оперированных больных на 2 сутки у дренировали плевральную полость справа по Бюлау, у 4 больных, несмотря на комплексное лечение, боли в животе стихли после блокады семенного канатика и круглой связки. При обзорной урографии выявлен камень мочеточника справа. Всех больных, получивших комплексное лечение, условно разделили на 2 группы: получивших антибиотики в комплексе лечения традиционным путем (28) и лимфотропно (21).

Анализ результатов лечения больных, получивших в комплексе лимфотропную антибиотикотерапию, показал, что такие клинические параметры как самочувствие, улучшение сна, аппетита, появление перистальтики кишечника и отхождение газов, снижение температуры тела улучшились на 1-2 сутки, а лабораторные данные: лейкоцитоз крови, СОЭ, лейкоцитарный индекс интоксикации – в 2-3 сутки. У пациентов контрольной группы наступило на 2-3 дня позже.

Таким образом, в комплексную терапию у детей необходимо включать регионарное лимфатическое введение антибиотиков.

ОЦЕНКА СПОСОБОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ТРАМАДОЛОМ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

*Усманова Г.М., Файзиев О.Я., Юсупов А.С.,
Бекназаров А.Б., Нурмухамедов Х.К*

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение влияния трамадола на обеспечение адекватного уровня послеоперационного обезболивания у пациентов детского возраста.

Материал и методы. В основу работы положены результаты клинических наблюдений и данные инструментальных и лабораторных исследований, полученные у 35 детей в возрасте от 3 до 14 лет, с физическим статусом по ASA-3-4“Е”, оперированных в экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости и перитонита.

Все больные в зависимости от методики обезболивания и были разделены на 3 группы: у 20 пациентов 1-й группы п/о обезболивание проводилось по методике “постоянной внутривенной инфузии” трамадола (в дозе 4-6 мг/кг/сут), на аппарате Fresenius “injektomat-Racom”, в ранний (до 30 мин) п/о период; у 10 пациентов 1-й группы п/о обезболивание проводилось по методике “плановое” нубаин (0,5-1,0 мг/кг каждые 6 часов); 10 детям 3-й группы производилась методика “по требованию” в/м введением промедола (в дозе 1 мг/кг). Клиническое обследование проводилось у больных на следующих этапах: до операции, стоя и лежа (исход), после операции – через 30 мин (1 этап), через 1 ч (2 этап), через 2 ч (3 этап) и через 3ч (4 этап) после оперативного вмешательства. Эффективность послеоперационной анальгезии оценивалась по физиологическим шкалам боли (CHIPPS, NIPS, CRIES), методом самоотчета – визуально-аналоговая шкала (ВАШ), шкала лиц Outcher. Выраженность послеоперационного болевого синдрома оценивали по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в покое и при кашле, а также по шкале вербальной оценки боли (ШВО) от 0 до 4 баллов в покое и при кашле. Оценивался также эндокринный ответ: определялись плазменные уровни гормонов стресса – пролактина и кортизола.

Результаты. Интенсивность боли по физиологическим шкалам (CHIPPS, NIPS, CRIES) за период наблюдения оценивалась от 0 до 2 баллов, что соответствовало адекватному уровню обезболивания. Начальный болюс трамадола был введен в среднем через 51±37 мин после последнего введения анальгетика в операционной. На 1-м этапе исследования, ЧСС составила 98,6±4,56 уд./мин, АДс 106,4±6,86 мм рт.ст., АДд 73,3±5,8 мм рт.ст. В сравнение с исходными данными отмечается рост ЧСС увеличилась на 6%, АДс на 4%, АДд на 3%. На 3-й этапе исследования АДс и АДд, практически не отличаются от исходных (АДс 97,2±5,03 мм.рт.ст., АДд 60,5±4,86 мм.рт.ст.). Параметры центральной гемодинамики на 1-м этапе исследования по сравнению с исходными выявило рост ЧСС на 10% , АДс на 5%, АДд на 4%. На 2-м этапе исследования данные АДс

(96,1±4,54 мм рт.ст.) и АДд (69,6±3,54 мм рт.ст.) вернулись к исходным значениям.

Выводы. При обезболивании трамadolом методом постоянной внутривенной инфузии пациенты большую часть времени находятся в состоянии сна, старшие дети обычно в сознании. У них отмечается стабильность показателей гемодинамики, КЩС, сатурации кислорода, уровня кортизола и почасового диуреза. Такое состояние физиологично.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ТЯЖЕЛОМ УШИБЕ ЛЕГКИХ **Фаттеев Н.Б., Заманов Ю.Р.**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Частота травматических повреждений легких у пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами составляет 34% от всех сочетанных повреждений. Тяжелые травмы приводят к развитию травматической болезни, важным звеном патогенеза которой является ушиб-пневмония. Даже при использовании современных аппаратов ИВЛ, после адекватного обезбоживания, устранения гемопневмоторакса, полноценной инфузионной терапии, острая дыхательная недостаточность при тяжелом ушибе легких может опасно прогрессировать.

В последнее десятилетие накоплен большой опыт применения НВЛ в лечении дыхательной недостаточности при различных заболеваниях. Анализ литературы позволяет сделать два вывода: во-первых, этот метод эффективен для лечения больных с дыхательной недостаточностью, этиопатогенез которой в той или иной степени совпадает с этиопатогенезом посттравматической ОДН – СОПЛ и ОРДС у больных хирургического профиля, отеком легких, пневмонией, ателектазами; во-вторых, четкие объективные критерии определения показаний к НВЛ у пострадавших с ушибом легких, до сих пор не разработаны.

По нашим данным, у 22,7% пострадавших с тяжелым ушибом легких и ОРДС I и II степени тяжести достигнутая после завершения длительной ИВЛ и ВВЛ компенсация в системе внешнего дыхания носила неустойчивый характер, что проявлялось отсроченным, обычно на одни сутки, развитием острой дыхательной недостаточности I-II степени. Результаты исследования позволили сформулировать показания к проведению НВЛ у пострадавших с тяжелым ушибом легких и ОРДС I и II степени тяжести, основанные на объективных критериях, учитывающих тяжесть повреждения. По нашим данным, в проведении НВЛ нуждаются 24,2% пострадавших с ушибом легких и ОРДС при тяжелых травмах и ранениях.

Приобретенный опыт свидетельствует о том, что применение по объективным показаниям НВЛ в комплексе респираторной терапии в постшоковых пери-

одах травматической болезни сопровождается достоверным улучшением показателей газообмена (SaO_2 , $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, ЧД в мин, ДО) происходит значимое (на 19,2%) снижение частоты развития осложнений со стороны систем внешнего дыхания и гемодинамики, на 1,6 суток сокращаются сроки лечения пациентов в отделении интенсивной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ ОСТРОЙ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ

Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Камиллов У.Р., Абдуллаев У.Х., Убайдуллаев З.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Основу патогенеза полиорганной недостаточности (ПОН) при ожоговой болезни составляет синдром системного воспалительного ответа (ССВО) – диссеминированная воспалительная реакция, сопровождающаяся активацией и выбросом большого количества биологически активных соединений. Если регулирующие системы не способны поддерживать гомеостаз, начинают доминировать деструктивные эффекты цитокинов, что приводит к нарушению проницаемости и функции эндотелия капилляров, формированию отдаленных очагов системного воспаления, развитию моно- и полиорганной дисфункции. Из сказанного следует, что эффективность лечения больных детского возраста в условиях склонности к генерализации воспалительной реакции в значительной мере зависит не только от адекватности других компонентов комплексного лечения, но и от своевременной в качественном и количественном отношении инфузионной терапии.

Тяжелая термическая травма у детей вызывает выраженные изменения водно-ионного и белкового балансов с ранним развитием синдрома ПОН. Существующие многочисленные рекомендации имеют отношение в основном к периоду ожогового шока. В литературе недостаточно освещена проблема инфузионной терапии в периоде острой ожоговой токсемии, когда к ССВО, полиорганной недостаточности присоединяется тяжелое энергодефицитное состояние, обусловленное синдромом гиперметаболизма.

Нами проведен ретроспективный анализ 110 историй болезни обожженных детей в возрасте от 6 месяцев до 10 лет, находившихся на лечении в отделении комбустиологической реанимации РНЦЭМП. Мальчиков было 68, девочек 42. Всем пациентам проводилась комплексная интенсивная терапия ожоговой болезни.

В процессе коррекции нарушений руководствовались формулами, по которым рассчитывали потери и осуществляли индивидуальные качественные и количественные видоизменения инфузионной терапии у детей. С началом периода острой ожоговой токсемии начинали дополнительное парентеральное питание с введением аминокислот (инфезол, амирем), рассчитывая потребность по азоту, с адекватной энергетической

поддержкой 10–20% раствором глюкозы в количестве, соответствующем 100% физиологической потребности, независимо от энтерального питания. Общий объем вводимой жидкости корректировали индивидуально. При проведении парентерального питания решали три основные задачи: внутривенное введение воды и основных электролитов в соответствии с реальными потребностями больного, энергетическое и пластическое обеспечение организма с оптимизацией усвоения введенных внутривенно источников энергии и азота, а также введение всех эссенциальных микроэлементов и витаминов, необходимых для оптимизации метаболических процессов.

Объем вводимой жидкости на протяжении первых двух недель существенно превышал физиологическую потребность. Причем на 3–6 сутки вводили больше, чем в первые двое суток при выведении больного из состояния ожогового шока. В эти дни возмещение дефицита жидкости обеспечивалось преимущественно парентерально, ограничивая пероральное введение в связи с отклонениями функционального состояния желудочно-кишечного тракта. Так, у 70% детей объем энтерального введения составлял 70–80 мл/кг в сутки.

Отмечено, что увеличение введения жидкости на 60% приводило к увеличению объема диуреза на 120%. Форсирование диуреза мы понимаем как результат увеличения ОЦК не только объемной инфузией, но и введением гипертонических растворов, допамина, сосудорасширяющих, применением противовоспалительной терапией, что в конечном итоге приводящими к увеличению кровотока в почечной паренхиме, осмодиурезу. Поддержание режима полиурии с адекватным возмещением электролитов, энергетических субстратов усиливало дезинтоксикационный эффект, особенно необходимый в период токсемии, исключая более радикальные, но более травматичные у детей методы детоксикации. У всех пострадавших показатель ЦВД поддерживали на уровне 70–90 мм вод.ст. По улучшению состояния, купировании ССВО постепенно ограничивали объем инфузионной терапии, существенно не изменяя объем перорального введения жидкости.

Период токсемии характеризовался изменением показателей гемодинамики по гипердинамическому типу. Это обусловлено: 1) недостаточным снижением общего периферического сопротивления сосудорасширяющей, антиагрегантной, противовоспалительной терапией; 2) компенсаторным увеличением минутного объема кровообращения, направленного на поддержание необходимого перфузионного давления в условиях повышенной потребности в кислороде, энергетических субстратах.

Таким образом, период острой ожоговой токсемии у детей характеризуется высоким риском развития синдрома ПОН. Увеличение водной нагрузки вызывает рост темпа диуреза, обеспечивая эффективную дезинтоксикационную терапию. Гипердинамический тип изменения показателей гемодинамики, поддержание

ЦВД в пределах 70–90 мм вод.ст., увеличение суточной жидкостной нагрузки с адекватным парентеральным питанием, рост темпа диуреза являются оптимальными в условиях комплексного интенсивного медикаментозного купирования ССВО, вызванного ожоговой травмой.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ ЧАСТОТЫ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Фаязов А.Д., Уразметова М.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Ахмедова Р.К., Сабитов А.Т. Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Изучены результаты лечения 164 пострадавших детей с термическими ожогами I–II–IIIА–IV степени и площадью поражения 10–75% поверхности тела в возрасте от 1 года до 17 лет. 52 пациентам 1-й группы на 10–13 сутки после термической травмы производилась отсроченная поэтапная химическая некрэктомия с использованием 10 и 20% мази салициловой кислоты. 70 обожженным 2-й группы выполнена ранняя или ранняя отсроченная хирургическая некрэктомия. В последующем, после образования грануляционной ткани производилась аутодермопластика с коэффициентом перфорации 1:4 и пересадкой культивированных аллофибробластов, фиксированных на подложке из поливинилхлора. 42 больным 3-й группы произведена ранняя и ранняя отсроченная хирургическая некрэктомия с одномоментным закрытием раневого дефекта синтетическими временными раневыми покрытиями воскопран или парапран. В последующем участки глубоких ожоговых ран закрывали аутодермотрансплантатами.

В 1-й группе удовлетворительное приживление аутодермотрансплантатов отмечено у 92% пострадавших. Полное восстановление кожного покрова наступило на $33,4 \pm 3,3$ дня. У 70 тяжелообожженных детей 2-й группы, у которых применялась комбинированная аутодермопластика с трансплантацией культивированных аллофибробластов, полная эпителизация ячеек сетчатых аутодермотрансплантатов закончилась к 5–6 дню после операции. Сроки полного закрытия раневых поверхностей составили $30,7 \pm 2,6$ дня. У 42 пациентов 3-й группы с применением временных раневых покрытий наступило полное приживление трансплантатов. Срок полной эпителизации раневой поверхности – $29,8 \pm 3,1$ дня.

Как показывают наши наблюдения, у 30 (57,7%) больных 1-й группы, у которых использовалась методика химической некрэктомии, течение ожоговой болезни осложнилась пневмонией. Во 2-й группе с использованием активной хирургической тактики и пластическим закрытием раневых поверхностей путем аутодермопластики с трансплантацией культивированных аллофибробластов пневмония развилась у 34,3%. В 3-й группе, где проводились ранние и ранние отсроченные некрэктомии с закрытием послеопераци-

онных дефектов кожи временными раневыми покрытиями, пневмония отмечалась у 33,3% больных.

Таким образом, применение метода активной хирургической тактики лечения, использование трансплантации культивированных аллофибробластов в комбинации с аутодермопластикой, временное закрытие раневых дефектов после некрэктомии раневыми покрытиями у обожженных детского возраста позволяет снизить частоту гнойно-септических осложнений ожоговой болезни.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Камиллов У.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Известно, что в основе сепсиса лежит формирование реакции генерализованного воспаления, вызванной инфекционным агентом. Поэтому рассмотрение сепсиса в виде системной реакции на инфекционный очаг, особенно на фоне сниженной реактивности организма при термической травме, как нельзя точно отражает суть происходящих изменений.

В настоящее время, в эпоху глобального роста резистентности госпитальной микрофлоры проблема нозокомиальных инфекций приобретает особую остроту. Понимание проблемы рациональной профилактики и лечения нозокомиальных инфекций невозможно без знания основных возбудителей. Концепция профилактики внутрибольничных инфекций включает изучение распространенности и спектра нозокомиальных возбудителей, исследование резистентности микроорганизмов к антибиотикам.

Нами проанализированы результаты микробиологического исследования 38 обожженных детей. У 24 пострадавших была произведена хирургическая некрэктомия. После образования грануляционной ткани пластическое закрытие раневого дефекта путем аутодермопластики.

Проведенный анализ показал, что в первые сутки обнаружены *Staph.Aureus* (44%), *Staph.Saprophyticus* (50%), *Kl.pneumoniae* в первые сутки высеяна в 11%, на 5-6 сутки в 18%. *Ps.aeruginosa* на протяжении первых 8 суток был высеян у 10% пациентов. *Ent.aerogenes* в первые сутки обнаружен у 22%, в последующие 7 суток у 11%.

Учитывая, что обсеменение ожоговой раны начинается с первых минут термической травмы, результаты бактериологического исследования в первые сутки мы относили к внегоспитальной инфекции. В последующие дни микробная обсемененность ран существенно не отличалась от показателей, полученных в первый день лечения в ОРИТ. Однако в первые сутки чувствительная к цефалоспорином 2,3 поколения, аминогликозидам, некоторым фторхинолонам флора в последующие дни становилась устойчивой к этим антибиотикам. Причиной появления устойчивости, как известно, является селекция резистентных штам-

мов, вызванная неэффективностью эмпирической терапии в условиях снижения иммунорезистентности, вызванной ожоговым шоком, а также отсутствием информации о штаммах бактериологической обсемененности поврежденной поверхности кожи.

Обнаруженные быстрые изменения свойств микроорганизмов вызывают необходимость рассмотрения раневой инфекции как постоянно меняющийся микробиологический пейзаж с уменьшением или увеличением чувствительности бактерий к антибактериальным препаратам. А это значит, что если стартовой терапией уничтожить внегоспитальную флору не удается, то она становится устойчивой к применяемым с первого дня антибиотикам. Если по результатам баканализа мазка, взятого при поступлении в клинику, полученного на 3-4 сутки, флора была чувствительна, то сохраняющаяся системная воспалительная реакция может служить признаком мутации высеянного штамма в резистентную к антибиотикам форму. Это значит, что стартовая терапия не работает, поэтому целесообразна смена антибиотиков на препараты той же группы, но следующего поколения, с более широким спектром действия.

Таким образом, источником госпитальной флоры является инфекция, заселившая обожженную поверхность до поступления больного в клинику, переход в резистентную форму, обнаруживаемый уже на 2 сутки, обусловлен неэффективной стартовой эмпирической антибактериальной терапией. Быстрые изменения свойств микроорганизмов вызывают необходимость рассмотрения раневой инфекции как постоянно меняющийся микробиологический пейзаж с уменьшением или увеличением чувствительности бактерий к антибактериальным препаратам, что требует проведения периодического мониторинга микробиологических исследований с определением оптимальных схем эмпирической антибактериальной терапии.

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДИСТРЕССА В РАЗВИТИИ ЛАРИНГОСТЕНОЗА ПРИ ЛАРИНГОТРАХЕИТАХ У ДЕТЕЙ

Хакимов Д.П., Умарова З.С., Джубатова Р.С.,

Гулямов Р.О., Касымова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Хронический эмоциональный дистресс – термин, предложенный нами для обозначения поведенческого расстройства у детей, характеризующегося фазностью течения перманентных эмоциональных расстройств и влияющего на различные соматические функции.

Материал и методы. Нами было проведено когортное проспективное исследование у 789 детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Критериями исключения были курение родителей, значимые хронические заболевания и пороки развития. У всех детей проводили оценку эмоциональной экспрессии в различных ситуациях. Разработанная нами методика позволила выявить у них хронический эмоциональный дистресс. У части детей наблюдались эпизоды ларинготрахеита с

ларингостенозом, оцененного по шкале ларингостеноза. Проводились эпидемиологические расчеты: заболеваемость, относительный риск, дополнительный риск, доля дополнительного риска.

Результаты. Ларинготрахеит с ларингостенозом с тяжелым течением. Наблюдался у 147 детей выявлен хронический эмоциональный дистресс. Среди детей без случаев ларинготрахеита хронический эмоциональный дистресс определен у 16%. Заболеваемость в группе с хроническим эмоциональным дистрессом была 0,57, в группе без его развития – 0,01. Относительный риск – 57, дополнительный риск – 0,56, доля дополнительного риска – 98,2%.

Выводы. Хронический эмоциональный дистресс является значительным фактором отягощения течения ларинготрахеита. Коррекция этого поведенческого расстройства более чем в 98% случаев может предотвратить тяжелое течение ларингостеноза при ларинготрахеите.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Хакимова Н.Х., Холмирзаева М.Ф.,

Мирзаева Н.К., Исаев Р.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Бронхиальная астма (БА) – наиболее распространенное хроническое заболевание органов дыхания у детей, которое, несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении, остается глобальной проблемой здравоохранения. Бронхиальная астма оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов, их семей и общество в целом. Среди основных факторов, влияющих на качество жизни, следует отметить тяжесть и длительность заболевания, отсутствие контроля, а также проводимую терапию. Вследствие этого одним из критериев эффективности лечения является оценка качества жизни пациентов и членов их семей.

Цель. Достижение и поддержание контроля над заболеванием, предупреждение обострений, минимизация проявлений побочных эффектов, связанных с применением лекарственных препаратов.

Под наблюдением находились 97 детей с БА от 3 до 14 лет, из них 60 мальчиков, 37 девочек. 37% детей страдали БА легкой, 46% средней тяжести, 17% тяжелой степенью заболевания. Максимальное количество перенесенных приступов астмы составило 13%, минимальное – 3-4 раза в течение жизни ребенка. У матерей обследуемых детей часто выявлялась патология беременности. Токсикоз I половины беременности отмечался у 28% матерей, угроза прерывания беременности – у 26%. 20% матерей во время беременности перенесли острые бронхолегочные заболевания (ОРВИ, бронхит, пневмония), 5 из них получили курс антибактериальной терапии. У 26% матерей во время беременности отмечалось пристрастие в еде к облигатным аллергенам: цитрусовым и шоколаду.

Для лечения БА у детей предпочтительным является

ингаляционный путь доставки лекарственных средств. Эти препараты делятся на три типа: дозирующие аэрозольные ингаляторы (беродуал, беклометазон, альвеско), порошковые ингаляторы и небулайзеры. Группу сравнения составили 48 детей, получавших традиционную терапию (муколитические препараты, антибиотикотерапия, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия). У всех больных период обострения характеризовался наличием кашля с выделением мокроты, нередко с одышкой (26,0%), выраженным приступом астмы (40%). На фоне традиционной терапии на 8-9 день отмечалось положительная динамика, а к 10 дню выделение мокроты и прекратились хрипы в легких у 95-96% пациентов. У детей, которые получали ингаляционные глюкокортикоиды (ИГК), регистрировалась положительная динамика с 3-4 дня. Ингаляция проводилась по 2 минуты каждые 6 часов в 1-2 сутки, затем каждые 12 часов 5-7 дней. Положительный клинический эффект характеризовался у 98% пациентов быстротой обратного развития основных симптомов заболевания: прекращением и облегчением кашля, прекращением одышки, выделения мокроты, ликвидацией приступов астмы.

Таким образом, преимуществами ИГК является непосредственное поступление препарата в дыхательные пути, быстрое начало действия, снижение системной биодоступности. При выборе устройства для ингаляции у детей учитывают эффективность доставки лекарственного средства, стоимость, эффективность, удобство применения и возраст пациента. Важно помнить, что от правильного выбора типа ингаляционного устройства зависит эффективность терапии.

НУТРИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ходжакулов Ч.Р., Хайдаров Ф.Н., Ганиев А.А.

Бухарский филиал РНЦЭМП

В отделении комбустиологии Бухарского филиала РНЦЭМП используются нутритивная терапия жировой эмульсией нирпид 10 и 20%. Нирпид особенно необходим при состояниях, связанных с гиперкатаболизмом: сепсис, политравма, тяжелые ожоги и др., недостаточность эссенциальных жирных кислот. Для больных с дефицитом незаменимых жирных кислот, не способных к самостоятельному восполнению нормального баланса эссенциальных жирных кислот путем перорального потребления. Нирпид 10% – источник энергии и незаменимых жирных кислот, содержит очищенное соевое масло, эмульгированное, с очищенными фосфолипидами яичного желтка. Соевое масло состоит из смеси триглицеридов преимущественно полиненасыщенных жирных кислот.

Способ применения и дозы устанавливают индивидуально с учетом состояния пациента. Дозировка должна быть назначена согласно требованию аминокислоты в зависимости от возраста, массы тела и состояния пациента. Препарат применяют в виде в/в инфузии (скорость введения 3-4 мл/мин массы тела в сутки, что соответствует 1-2 г аминокислот/кг/сут, скорость

введения до 0,1 г/кг массы тела в ч).

Наш опыт применения нирпида и нирмина – 10 плюс для парентерального питания свидетельствуют об их высоких эффективности и безопасности у обожженных детей. Инфузии нирмина-10 плюс хорошо переносились пациентами и не сопровождался развитием осложнений, побочных эффектов и токсическим воздействием при пролонгированном использовании. При введении в состав парентерального питания инфузии нирмин-10 плюс реже развивались гнойно-септические осложнения. Ни у одного больного не отмечалось побочных эффектов или осложнений.

Таким образом, можно рекомендовать эмульсию нирмин-10 плюс в качестве базового препарата для проведения полного парентерального питания. Назначение его пациентам, нуждающимся в нутритивной поддержке, ускорит репаративные процессы и улучшит клинический исход.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Худойкулов Б.К., Киличев Ш.К., Хатамова Р.

Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Инородные тела дыхательных путей является одним из угрожающих жизни состояний в хирургии.

Аспирация инородных тел в дыхательные пути в большинстве случаев встречается в детском возрасте. При аспирации главное – ранняя диагностика и бронхоскопическое удаление инородного тела.

Клинико-рентгенологические проявления инородных тел у детей чрезвычайно многообразны, часто малоинформативны для диагностики и зависят от возраста пациента, характера аспирационного инородного материала, места расположения его в дыхательных путях, степени обтурации просвета бронха, сроков пребывания инородного тела в дыхательных путях, наличия и характера осложнений.

В Сурхандарьинском филиале РНЦЭМП в 2010–2013 гг. находились 37 детей с инородными телами дыхательных путей. Детей до 3 лет было 23 (62%), от 4 до 7 лет 9 (24%), от 8 до 14 лет 5 (14%).

Инородные тела гортани были у 2 (5,4%) детей, трахеи – у 11 (29,7%), бронхов – у 24 (64,9%), из них правого – у 11 (29,7%), левого – у 13 (35,1%). У 2 больных инородные тела свободно лежащие, у 35 – фиксированные.

Во всех случаях основными жалобами больных были поперхивание, приступообразный кашель, цианоз, остановка дыхания и др. Во многих случаях клиническая картина зависела от положения ребенка. Тяжесть клинической картины и наличие осложнений были тем больше, чем позднее было обращение и попытка удаления инородного тела.

Лечебная тактика удаления инородного тела. У 30 больных бронхоскопическое удаление инородного тела удалось с первой попытки: в гортани-4, трахее-6, правом главном бронхе-17, левом главном бронхе-2, сегментарная локализация-1. У 6 больных инородное тело удалено при повторной бронхоскопии. Мигрирующее инородное телом у 1 ребенка удалено путем то-

ракотомии.

Таким образом, удаление инородного тела должно быть осуществлено путем бронхоскопии, к оперативному вмешательству прибегают в исключительных случаях.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шавази Н.М., Закирова Б.И., Азимова К.Т.,

Ибрагимова М.Ф., Карджавова Г.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Пневмония остается одной из наиболее сложных проблем педиатрии. Практически при всех пневмониях в той или иной степени выражены симптомы интоксикации, что часто проявляется патологией сердечно-сосудистой системы, при которой повышается летальность.

Цель работы. Изучение значимости преморбидных факторов риска развития поражения сердечно-сосудистой системы при пневмонии у детей грудного возраста.

Материал и методы. Проведено анамнестическое, клинико-статистическое обследование 64 больных детей грудного возраста с пневмонией, находившихся в отделениях экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. Для выявления патологии сердечно-сосудистой системы применялись лабораторно-инструментальные методы. Влияние модифицирующих факторов на развитие поражения сердечно-сосудистой системы при пневмонии у детей изучалось по эпидемиологическим показателям риска заболеваемости в популяции: IP – коэффициенту заболеваемости, IOR – показателю «шансов» относительного риска заболеваемости и RR – показателя относительного риска заболеваемости сравнительного анализа качественных признаков согласно критерию χ^2 .

Результаты. Пациенты, поступившие в стационар со среднетяжелой пневмонией, составляли 26,6%, с тяжелой формой – 73,4%. Отягощенный анамнез по сердечно-сосудистой системе имелся у 10,9% больных. Детей, родившихся с внутриутробной инфекцией, было 24,3%. Часто болеющие дети составили 23,4%, дети, находившиеся на нерациональном режиме и раннем искусственном вскармливании, – 12,2%, с дефектами ухода – 15,6%. Сопутствующая анемия тяжелой степени имела у 37,5 % больных, гипотрофия – у 32,4% детей, рахит I-II степени диагностирован у 28,7% обследованных, атопический дерматит встречался у каждого восьмого ребенка.

Больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 20 больных детей с пневмонией без поражения сердечно-сосудистой системы. 2-ю – 44 ребенка с пневмонией, имеющих поражение сердечно-сосудистой системы.

Сравнительный анализ показателей риска поражения сердечно-сосудистой системы по IP

во 2-й группе был выше, чем в 1-й группе и при этом, показатель отношения шансов возникновения заболевания IOR оказался выше показателя относительного риска RR по следующим факторам: внутриутробные инфекции (IOR – 12,32 и RR – 9,66), «часто болеющие дети» (8,98 и 7,14), анемия (10,82 и 8,23), иммунодефицитное состояние (3,33 и 2,87), гипотрофия и рахит (8,84 и 5,11), нерациональный режим и раннее искусственное вскармливание (1,23 и 1,12) и дефекты ухода (0,71 и 0,52).

Достоверность перечисленных показателей риска поражения сердечно-сосудистой системы при пневмониях подтверждена сравнительным анализом качественных признаков, проведенным согласно критерию χ^2 по произвольной таблице сопряженности. Оказалось, что достоверно наиболее значимыми факторами являются: внутриутробные инфекции – 25,43 (0,001), «часто болеющие дети» – 13,71 (0,001), анемии – 22,56 (0,001), иммунодефицитное состояние – 2,15 (0,1), гипотрофия и рахит – 9,34 (0,001), нерациональный режим и раннее искусственное вскармливание 2,11(0,1) и дефекты ухода 2,26 (0,1).

Выводы. Ведущими достоверными модифицирующими факторами являются внутриутробная инфекция, «часто болеющие дети», анемии тяжелой степени, гипотрофия и рахит. Наличие этих факторов у детей грудного возраста обуславливает высокий риск развития патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы при пневмонии, определяет тяжесть течения и прогноз заболевания.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Шавази Н.М., Лим М.В., Турсункулова Д.А.,
Казимова М.К., Гайбуллаев Ж.Ш., Каримова Г.М.*

**Самаркандский медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП**

Нередко непосредственной причиной смерти при пневмонии у детей является развитие серьезного осложнения – инфекционно-токсического шока, в механизме возникновения которого, наряду с эндотоксикозом, играет роль дисфункция сердечно-сосудистой системы. В настоящее время отсутствуют стандартные критерии диагностики поражения сердечно-сосудистой системы у детей раннего возраста с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком.

Цель. Определение значения эхокардиографических показателей при пневмонии, осложненной инфекционно-токсическим шоком, у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под наблюдением были 24 ребенка раннего возраста с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком. При эхокардиографическом исследовании у больных определяли конечный диастолический объем, конечный систолический объем, фракцию выброса левого желудочка, ударный и минутный объем крови.

Результаты. 20 (83,3%) детей поступили в крайне

тяжелом, 4 (16,7%) в тяжелом состоянии. Клинический симптомокомплекс инфекционно-токсического шока характеризовался сочетанием симптоматики острой циркуляторной недостаточности и характерных признаков генерализованного инфекционного процесса: нарушение сознания вплоть до глубокой комы, генерализованные судороги, гипестезия, атония всех групп мышц, глубокая дисфункция дыхательной и сердечно-сосудистой систем, отсутствие периферического кровообращения, снижение артериального давления до 0/0 мм рт.ст., снижение ЦВД, олиго- и анурия, гипотермия.

Общее состояние больных улучшалось в среднем на $10,3 \pm 0,7$ сутки, цианоз кожи и слизистых исчезал на $9,1 \pm 0,7$, температура нормализовывалась на $7,5 \pm 0,6$ сутки.

Анализ физических изменений в легких, являющихся наиболее демонстративным клиническим проявлением пневмонии, показал, что если перкуторные изменения в легких нормализовались на $10,1 \pm 0,8$ сутки, то аускультативные изменения – на $10,6 \pm 0,7$ сутки. Купирование дыхательной недостаточности происходило на $8,3 \pm 0,7$ сутки, сердечной – на $10,4 \pm 0,7$ сутки, диспепсических явлений – на $7,2 \pm 0,5$ сутки.

Из-за инфекционно-токсического шока больные находились в стационаре $13,3 \pm 1,1$ койко-дня.

Анализ эхокардиографических данных показал, что у больных с инфекционно-токсическим шоком конечно-диастолический объем резко снижался до $20,2 \pm 1,48$ мл., что, по нашему мнению, свидетельствует о выраженном сокращении периода изоволюмического расслабления левого желудочка. Конечно-систолический объем был снижен до $9,7 \pm 0,65$ мл, что объясняется, во-первых, резко сниженным конечно-диастолическим объемом левого желудочка, а во-вторых, свидетельствует о значительном усилении гипоксически-ишемических процессов в миокарде. В то же время, наряду со значительным снижением конечно-диастолического объема, отмечается также выраженное снижение ударного – до $9,7 \pm 1,15$ мл и минутного объемов – до $1,68 \pm 0,22$ л, что объясняется резким снижением компенсаторных резервов сердечной мышцы.

Выводы. При пневмонии у детей раннего возраста эхокардиографическими критериями развития инфекционно-токсического шока являются снижение конечно-диастолического объема левого желудочка, ударного и минутного объемов сердца, что указывает на необходимость проведения неотложной корригирующей терапии.

ТАКТИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОТЕКА И НАБУХАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

*Шакаров Ф.Р., Абдусаломов А.А., Уралов Ш.М.,
Кудратов О.Б., Тожиев Б.Х.*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский медицинский институт**

При борьбе с отеком мозга необходимым элементом является предварительная оценка ведущего ком-

понента. Отек – избыточное накопление жидкости в тканях организма и серозных полостях, проявляющееся увеличением объема тканей или уменьшением емкости серозной полости, изменением физических свойств (тургора, эластичности) и расстройством функции отечных тканей и органов. Набухание – увеличение объема вследствие поглощения жидкости. В экстренной медицине под набуханием понимают увеличение объема клеток или стромы внутренних органов. Набухание сопровождается выделением тепла, возникновением давления. Степень набухания определяют по приросту объема или массы биологического субстрата и выражают в % или в граммах жидкости, поглощенной граммом полимера.

Набухание клеток может возникнуть в результате нарушения водно-солевого обмена и избыточного связывания воды клеткой (гипергидратация клеточного водного сектора), что наблюдается, например, в результате задержки в организме Na^+ при снижении функции почек. Набухание вещества головного мозга возникает при тяжелых эндо- и экзотоксикозах различной этиологии. Однако и здесь происходит избыточное связывание воды коллоидами цитоплазмы нейроцитов, глиальными клетками и нервными волокнами белого вещества. Мозг при набухании увеличен в объеме, дряблый, поверхность разрезов сухая, в сосудах видна сгустившаяся кровь. Исходом подобного набухания может быть прогрессирующая гипоксическая деструкция нейроцитов и нервных волокон, чему способствует еще и нередко осложняющее этот процесс вклинивание ствола мозга в большое затылочное отверстие.

При применении стандартов по борьбе с отеком мозга у детей следует руководствоваться концепцией, согласно которой следует применять подходы, направленные на дегидратацию, или альтернативные мероприятия, направленные на изменение осмолярности плазмы с целью эвакуации избыточной цереброспинальной жидкости из полости черепа.

Повышение проницаемости сосудистых стенок мозга обнаруживается одновременно с развитием его отека и набухания после травмы как один из компонентов повреждения мозга. Однако в сосудистых стенках барьер для воды отсутствует и в норме. При таком нарушении ГЭБ, при котором становится возможным выход в интерстициальную жидкость мозга белков крови, повышается ее осмолярность. При этом усиливается переход воды из сосудистого русла в интерстициальную жидкость мозга.

Отечная жидкость накапливается в ткани головного мозга неравномерно: в белом веществе она располагается преимущественно в интерстициальных пространствах, в сером – интрацеллюлярно, причем набухают, главным образом, глиальные элементы, а нейроны нередко бывают даже сморщенными. Перемещается избыточное количество воды из вне- во внутриклеточные пространства.

Компенсаторные механизмы направлены на пре-

ращение этого процесса: снижение внутрикапиллярного давления в мозге в результате падения общего артериального и венозного давления и сужения магистральных артерий и артерий мягкой оболочки головного мозга, в результате чего повышается давление интерстициальной жидкости, и усиливается резорбция воды в кровеносное русло, активность транспорта ионов и коллоидных частиц через мембраны клеточных элементов, а также сосудистой стенки из мозговой ткани в кровь, вследствие чего понижается осмолярность интерстициальной жидкости мозга и усиливается переход воды в кровеносные сосуды и, возможно, и в цереброспинальную жидкость.

Циркуляторным фактором, который непосредственно влияет на фильтрацию воды из сосудов в ткань мозга, является внутрисосудистое давление, что особенно важно учитывать у детей, поступающих в состоянии гиповолемического шока. Выведя ребенка из одного крайнего состояния, можно очень легко загнать его в другое, более опасное для жизни. Соппротивление в венозной системе небольшое и отсутствуют механизмы ауторегуляции, ограничивающие это влияние.

Понижение осмолярности крови усиливает фильтрацию воды в ткань мозга, что также вызывает отек и набухание мозга. К этому приводит снижение концентрации в крови макромолекулярных частиц, обуславливающих коллоидно-осмотическое давление, кроме ионов, концентрация которых в плазме крови и в интерстициальной жидкости мозга примерно одинакова.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ, РАЗВИВШИХСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ, У ДЕТЕЙ

*Шакаров Ф.Р., Кудратов О.Б., Тожиев Б.Х.,
Турсунов Ф.О., Алиев А.Р.*

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Анализ и попытка систематизации осложнений, имевших место в нашей практике при ведении детей на длительной ИВЛ в отделении детской реанимации СФРНЦЭМП в течение последних 5 лет.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты длительной ИВЛ (аппарат DUO-optima) в связи с отсутствием самостоятельного дыхания у 15 детей.

Результаты. ИВЛ, несомненно, жизнеспасающая мера, однако она создает условия для развития осложнений, таких как баротравма (4), вентилятор-ассоциированная пневмония (4), нарушения гемодинамики и АД (3), снижение контрактильной способности диафрагмы (3), неврологические нарушения (6), симпатическая активация (5), желудочно-кишечные расстройства (8), образование язв и эрозий в желудочно-кишечном тракте (1), развитие пареза кишечника и других моторных нарушений в связи с гипоперфузией кишечника и действием седативных препаратов (4), трофические кожные изменения (4), потеря массы тела (15), дистанционные изменения в органах и тканях на почве нарушения метаболизма в легких с выработкой различных биологически активных веществ (3).

Необходимость проведения трахеостомии (15) является фактором, предрасполагающим к таким осложнениям, как подкожная эмфизема (4), рефлекторные нарушения сердечного ритма, вплоть до остановки сердца (1), афония. Возможны асфиксия и остановка дыхания при извлечении трахеостомической трубки (1), анемия. Возможно скрытое желудочно-кишечное кровотечение (1), снижение pH желудочного сока ниже 4,0 (1), развитие эзофагита (2), гастроэзофагеального рефлюкса (3), дуоденогастрального рефлюкса (2) с забрасыванием желчи в желудок (1), колонизация желудка кишечной грамотрицательной микрофлорой (1). После реанимации возможно развитие постреанимационной болезни (3), постгипоксической энцефалопатии (2). Диарея имела место у 4, запоры – у 6 больных.

Вынужденной мерой является постоянная полиантибиотическая профилактика респираторной пневмонии и терапия основного заболевания антибиотиками.

Выводы. За каждым ребенком, переведенным на ИВЛ, необходимо закрепить индивидуально круглосуточно медицинскую сестру, освобожденную от всех других пациентов. Обязательны ежедневные осмотры детей, переведенных на ИВЛ педиатром (включая коррекцию питания, анализ ЭКГ), детским хирургом, невропатологом, офтальмологом, оториноларингологом, при необходимости – другими специалистами. Ежедневно при осмотре детского реаниматолога должен решаться вопрос о необходимости рентгенологического контроля на наличие пневмоторакса, по мере необходимости должны проводиться бронхолаваж, трахеобронхоскопия и бронхосанация, контроль положения трубки и грануляционных разрастаний вокруг нее. Необходимо также анализ кала на скрытую кровь.

РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОЖОГАМИ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шакиров Б.М., Хакимов Э.А., Некбаев Х.С., Карабаев Ж.Ш.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Под нашим наблюдением находились 567 детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет с дермальными и глубокими ожогами верхних и нижних конечностей.

В ожоговом отделении РНЦЭМП и Самаркандском областном ожоговом центра разработана система медицинской реабилитации обожженных которая начинается с момента госпитализации и осуществляется в три этапа: ранняя – в период восстановления кожного покрова, второй этап – восстановления, третий этап – хирургическое лечение последствий ожогов.

Восстановление кожного дефекта – достаточно продолжительный и не всегда предсказуемый процесс, подверженный влиянию различных факторов, таких как возраст пациента, свойства кожи, локализация поражения, глубина, особенности течения раневого процесса. Медицинская реабилитация последовательно проводится во все периоды ожоговой болезни.

После спонтанного заживления обширных по-

верхностных ожогов (IIIА ст.) в области конечностей и оперативного восстановления утраченного кожного покрова ожоговые реконвалесценты обычно переводятся на амбулаторное лечение.

Накопленный опыт свидетельствует, что больные подлежат диспансеризации на протяжении многих лет – до окончания роста, даже при отсутствии у них первичных ожоговых деформаций. Причина – то, что в процессе роста детей имеются рубцы и рубцовые поля, не оказывающие в период выписки из стационара и в ближайшие два-три года влияния на опорно-двигательный аппарат, а через 5-6 лет, а иногда и позже, в связи с ростом ребенка могут начать ограничивать движения, изъязвляться, стать источником формирования не только легких, но и тяжелых деформаций. Ведущее место в системе реабилитации принадлежит областному ожоговому отделению РНЦЭМП, являющемуся организационно-методическим центром по реабилитации ожоговых реконвалесцентов в своей области. Ожоговое отделение Самаркандского филиала РНЦЭМП и областной ожоговый центр организуют и проводят диспансеризацию, определяют контингенты реконвалесцентов – больных, подлежащих диспансеризации, программу реабилитации.

Наблюдение за диспансерными больными ведут врачи – комбустиологи в поликлинике областной больницы, где при необходимости дополнительно консультируют врачи – специалисты смежных профилей. Здесь по разработанному плану, а также при необходимости осуществляется комплексное обследование: клинические и биохимические исследования крови и мочи, электрокардиография, функциональные исследования печени и почек, рентгенография суставов. Это позволяет, даёт возможность наряду с выявлением патологии опорно-двигательного аппарата у детей, выявить скрытую патологию со стороны внутренних органов и систем.

Таким образом эффективность реабилитации у детей находится в прямой зависимости от сроков ее проведения и выше при проведении ее в первые 2-3 месяца после заживания ожоговых ран и выписки из стационара. Это позволяет более ранние осуществить хирургическую реабилитацию у детей, которые в ней нуждаются.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д.
РСПМЦ педиатрии

Связь между астмой и избытком массы тела и метаболическим синдромом (МС) остается предметом многочисленных дискуссий. У лиц, страдающих МС, одышка и хрипы могут возникать при нагрузке. В настоящее время ожирение является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире: по данным ВОЗ, к началу XXI века избыточную массу

тела имели около 30% населения планеты.

Цель исследования. Изучение метаболических особенностей ожирения при бронхиальной (БА) астме у детей и подростков.

Материал и методы. При постановки диагноза МС при БА учитывались данные анамнеза, результаты клинических, лабораторных и биохимических исследований. Все больные по необходимости были проконсультированы узкими специалистами: оториноларингологом, аллергологом, невропатологом, кардиологом, эндокринологом, фтизиатром.

Результаты. Инсулинорезистентность как патогенетическая основа МС при БА обнаружена у 53 (60,5%) детей, однако у 88 (31,5%) пациентов ее изолированный характер или сочетание только с одним из компонентов не позволили диагностировать МС по общепринятым критериям. Такое же соотношение выявленной ИР и случаев доказанного МС (примерно 2:1) регистрировалось во всех группах обследованных независимо от пола и наличия пубертата. Различий в частоте выявления как ИР, так и МС у мальчиков и у девочек до начала пубертата (6–11 лет) не отмечалось. В пубертате у мальчиков с БА отмечено увеличение частоты ИР с 56,3 до 68,6% и МС с 28,1 до 33,9%. У девочек подобного тренда не зафиксировано (ИР: 57,3% — до пубертата и 57% — в пубертате; МС: соответственно 28 и 24,4%). Несмотря на практически одинаковую частоту МС у мальчиков и девочек в препубертатном периоде, при изучении распределения основных компонентов МС в этих группах детей обнаружен ряд особенностей. Артериальная гипертензия (АГ) и дислипидемия чаще регистрировались у мальчиков, абдоминальное ожирение (АО) по критерию ОТн > 97 центиля — у девочек. Нарушенная толерантность к глюкозе была выявлена только в группе мальчиков — у 3 из 96 (3,1%). Среди подростков с ожирением отмечались: примерно равная частота встречаемости абдоминального ожирения у мальчиков и девочек и выраженное преобладание дислипидемии у мальчиков.

Таким образом, артериальная гипертензия несколько чаще регистрировалась у мальчиков, однако достоверной разницы не отмечено. Повышенный уровень гликемии натощак ($\geq 5,6$ ммоль/л, но более 6,1 ммоль/л) определялся у 2 мальчиков, нарушенная толерантность к глюкозе была выявлена также у 2 пациентов. Всего нарушение углеводного обмена имелось у 4 (3,4%) мальчиков и у 1 (1,2%) девочки. При сравнительном анализе частоты неблагоприятных антенатальных факторов в виде патологии беременности (гестоз, анемия и др.), заболеваний матери во время беременности значимых различий между группами детей и подростков с установленным МС и без него не обнаружено.

СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ ВСАСЫВАНИЯ УГЛЕВОДОВ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ *Эшмуродов У.Н., Шодиев Б.М., Урокова Г.Р., Рузиев Ф.Т.* Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение процессов всасывания углеводов в тонкой кишке у детей с пищевой аллергией с помощью теста с Д-ксилозой как наиболее простого и точного метода.

Обследованы 30 детей от 2,5 до 14 лет с длительностью заболевания от 1,5 до 8 лет, у которых пищевая аллергия была причинно-значимой в развитии атопической бронхиальной астмы, дермато-респираторного синдрома (сочетание бронхиальной астмы и диффузного дерматита), диффузного нейродермита, отека Квинке и крапивницы. У 27 детей имелась поливалентная сенсибилизация к пищевым аллергенам, у 3-моновалентная. Референтную группу составили 9 практически здоровых детей сопоставимого возраста.

Материалом для исследования служили кровь и моча. Всасывательную способность тонкой кишки оценивали по концентрации Д-ксилозы (в мг %) в крови через 30 мин, 1 и 2 ч после ее перорального введения, а также по ее экскреции с мочой за 2 ч после нагрузки, за следующие 3 ч и всего за 5 ч (в % от величины введенной дозы). Д-ксилозу давали детям из расчета 0,2 г на 1 кг массы тела. Во время проведения теста дети не получали ни пищи, ни лекарств.

Наиболее выраженные изменения в содержании Д-ксилозы наблюдались в крови в первые 30 мин после нагрузки. Ее уровень у больных детей был в 1,5 раза ниже, чем у здоровых. У 23 детей этот показатель был ниже средних показателей в контрольной группе, у 12 из них содержание Д-ксилозы в крови было меньше нижней границы нормы, а у 4 даже не определялся. В последующие часы после нагрузки ее уровень в крови приближался к таковому у здоровых детей или незначительно превышал его. Низкий уровень Д-ксилозы во всех порциях крови наблюдался только у 11 обследованных.

Экскреция Д-ксилозы с мочой у большинства детей с пищевой аллергией за первые 2 ч после нагрузки в среднем существенно не отличалась от таковой у здоровых детей, а за последующие 3 ч и в сумме за 5 ч была выше, чем у детей референтной группы (в 1,7 и 1,3 раза). Следует отметить, что наряду с увеличением экскреции Д-ксилозы с мочой к 3 ч ее концентрация несколько уменьшилась. Эти изменения, однако, не связаны с нарушением функции почек, поскольку у наблюдаемых нами детей она не была изменена.

Полученные данные, по-видимому, в большей степени свидетельствуют о некотором нарушении метаболизма ксилитов в печени, функция которой страдает у большинства детей с пищевой аллергией. Кроме того, это может быть связано и с некоторым усилением процессов всасывания в нижних отделах тонкой кишки, о чем свидетельствует увеличение уровня Д-ксилозы в крови через 2 ч после нагрузки.

При анализе данных в зависимости от характера клинических проявлений пищевой аллергии наиболее существенные изменения уровня Д-ксилозы как в крови, так и в моче выявлены у детей, у которых пищевая аллергия была причинно-значимой в развитии диффузного нейродерматита и дермато-респираторного синдрома. У них концентрация Д-ксилозы в крови и экскреция ее с мочой были значительно ниже пределов колебаний нормальных показателей. Такой выраженный синдром нарушения всасывания углеводов (мальабсорбция) наблюдался нами у 2 детей с тяжелым диффузным нейродермитом и у 2 – с дермато-респираторным синдромом. Эти нарушения всасывательной функции слизистой оболочки тонкой кишки у детей с пищевой аллергией обусловлены, прежде всего, наличием тканевой гипоксии.

Известно также, что в период развития аллергической реакции слизистая оболочка кишечника воспаляется, наблюдается уплощение и исчезновение ворсинок щеточной каемки уже через 48 ч после приема аллергенного продукта. Более значительная атрофия ворсинок щеточной каемки отмечается у больных дерматитами. Это согласуется с нашими данными, показывающими, что синдром мальабсорбции более выражен у детей с диффузным нейродермитом. Кроме того, у детей с пищевой аллергией снижена амилалитическая активность поджелудочной и слюнных желез, что, естественно, задерживает полостное и мембранное пищеварение в верхних отделах тонкой кишки. В результате этого длительное пребывание сахаров в кишечнике приводит к ослаблению всасывательной деятельности резорбционного аппарата.

Таким образом, усиление всасывания углеводов в нижних отделах тонкой кишки, по-видимому, носит компенсаторный характер. Однако возможно и отрицательное его влияние на характер течения аллергического процесса, так как усиление всасывания не полностью гидролизированных пищевых продуктов может стать существенной причиной тяжелого течения заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 8 ЛЕТ

Юлдашев А.О., Азизов К.Т., Пулатов О.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Распространенность вторичного кариеса варьирует от 22 до 41%, причем наиболее часто он встречается у детей в возрасте от 6 – 8 лет. С нашей точки зрения, для профилактики и лечения вторичного кариеса целесообразно применение фторсодержащих пломбировочных материалов, которые хорошо адаптируются к твердым тканям зуба, повышают их резистентность и соответствуют современным эстетическим требованиям. В настоящее время ассортимент фторсодержащих пломбировочных

материалов велик (стеклоиономерные цементы, композиты), однако большинство практикующих врачей-стоматологов недостаточно осведомлены об эффективности их применения в различных клинических ситуациях. В связи с этим проведение сравнительного лабораторно-клинического исследования фторсодержащих пломбировочных материалов различных групп приобретает актуальность.

Под нашим наблюдением находились 30 больных в возрасте от 6 до 8 лет, неотягощенных общими заболеваниями. Лабораторное исследование включало количественную оценку адгезионной стойкости пломбировочных материалов, для чего был разработан метод, основанный на измерении числа термоциклов, которое может выдержать соединение пломбировочного материала до своего полного разрушения под действием постоянной механической нагрузки. Было вылечено 60 зубов с вторичным кариесом. Все пациенты были разделены на 2 группы. 1-я группа – традиционное лечение 15 больных с применением обычных композиционных материалов, 2-я группа – 15 больных с применением фторсодержащих пломбировочных материалов. В первое посещение всем пациентам проводили профессиональную гигиену полости рта, которая включала определение гигиенического индекса, снятие зубных отложений по показаниям, обучение и мотивацию на соблюдение эффективной индивидуальной гигиены.

Препарирование кариозных полостей проводили, соблюдая принцип биологической целесообразности. Степень удаления кариозного дентина во всех случаях определяли с помощью кариес-детектора.

Все пациенты основной и контрольной групп проходили контрольное обследование через 3, 6 и 12 месяцев после лечения. Результаты лечения оценивали клинически на основании данных объективного обследования.

Уровень гигиены полости рта оценивали по индексу Силлесс-Лое, краевое прилегание пломб и наличие вторичного кариеса – согласно критериям Г. Рюге. Для идентификации очагов деминерализации твердых тканей, контактирующих с пломбой, проводили витальное окрашивание границы пломба/зуб кариес-детектором. Определение электропроводности твердых тканей зубов проводили по методике В.К. Леонтьева, Г.Г. Ивановой (1984) на аппарате ДентЭст. Из фторсодержащих пломбировочных материалов применяли композиты Charisma, Dyract®eXtra, Filtek Silorane, Ionofil Plus. Традиционное лечение проводили с помощью композита Filtek Z250.

Таким образом, пломбировочные материалы Filtek Silorane и Dyract®eXtra являются более эффективными благодаря большей термической совместимостью с твердыми тканями зуба; ниже также снижает вероятность отрыва пломбы по сравнению с материалом Filtek Z250.

**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО
ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ***Юлдашев С.У., Исаев Р.А., Ахмедов Ш.П.,
Бегматов Г.С.***Джизакский филиал РНЦЭМП**

В 2009–2013 гг. в ОРИТ поступили 12 детей в возрасте от 1 до 3 месяцев с некротическим энтероколитом (НЭК) I-II стадии. Летальность составила 41,6%. В лечебно-диагностический комплекс входило клиническое, лабораторное, рентгенологическое, ультразвуковое и эндоскопическое исследование, коррекция органной патологии. Для статистической обработки были взяты показатели интоксикации: количество лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации, содержание альбумина, мочевины, креатинина, билирубина и глюкозы. Всем пациентам проводили лечебно-охранительный режим: при беспокойстве назначалась медикаментозная седация и аналгезия (дормикум); декомпрессия желудочно-кишечного тракта путем полного прекращения энтерального питания и постоянно открытый желудочный зонд. В течение 10-14 дней назначали 100% полное парентеральное питание по системе гипералиментации (15% растворы глюкозы с инфезолом). С целью улучшения микроциркуляции ЖКТ назначали допмин 2 мкг/кг/мин в течение 5 дней.

Энтерально для стимуляции заживления язв вводили облепиховое масло; препараты для нормализации флоры кишечника бифидумбактерин, бактериофаг.

Заключение. Продолжительность консервативной интенсивной терапии некротического энтероколита новорожденных составила в среднем 14 – 15 дней. За это время наблюдалось улучшение общего состояния пациентов, уменьшение интоксикации и нормализация многих биохимических и общеклинических параметров. Проведение стандартной консервативной терапии НЭК I-II стадии позволило в 58,4% случаев избежать перфорации кишечника, калового перитонита, тяжелого эндотоксикоза с летальным исходом.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ
АНЕСТЕЗИИ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ
У ДЕТЕЙ***Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А.,
Мукинова К.В.***Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Цель работы. Улучшение качества анестезии при урологических операциях у детей с динамическим контролем изменений показателей центральной гемодинамики и перекисного окисления липидов на различных этапах анестезиологического пособия с использованием кетамина и пропофола.

Материал и методы. Клинико-физиологические исследования проведены у 40 детей в возрасте от 3 до 14 лет, которые были разделены на 2 группы. В 1-й группе детей анестезия осуществлялась тотальной внутривенной анестезией с применением пропофола и

кетамин (50%). Во второй группе (50%) проводилась методика НЛА, в составе анальгетика фентанила и нейролептика дроперидола в общепринятых дозах. Обе группы детей были сопоставимы по антропометрическим и возрастным показателям. Анестезия у детей 1-й группы проводилась по следующему способу. В премедикацию включали атропин и димедрол, дозируемые по возрасту. Период индукции начинался с введения кетамина в дозе 4-5 мг/кг и пропофола в дозе 3 мг/кг массы тела, после чего вводились миорелаксанты средней продолжительности действия и интубировалась трахея. Аналгезия поддерживалась введением кетамина в дозе ½ дозы от основной и фракционным введением через каждые 20-25 минут в дозе 0.5 мг/кг пропофола. ИВЛ проводилась аппаратом Drager 30-40% кислородно-воздушной смесью.

Исследовали показатели центральной гемодинамики методом эхокардиографии, АД по методу Короткова, среднее артериальное давление по формуле Хикема, ритм сердца с помощью электрокардиографа во II стандартном отведении, определяли насыщение крови кислородом методом пульсоксиметрии, о состоянии ПОЛ судили по концентрации малонового диальдегида в крови.

Результаты. Такие показатели гемодинамики, как ЧСС у больных 1-й группы увеличилась на 13,3%, 2-й – уменьшалась на 4,6%. При этом АД у пациентов обеих групп оставалось стабильным. Начало операции вызывало минимальные изменения этих показателей. В период основного этапа анестезии у больных 2-й группы отмечалась тенденция к урежению показателей АД и ЧСС. Показатели центральной гемодинамики стабильно держались на протяжении всего периода тотальной внутривенной анестезии. У детей 2-й группы имела место незначительная гиподинамия миокарда, что было связано с проявлениями нестабильной фазы состояния гемодинамики характерной для препаратов НЛА. На основном этапе оперативного вмешательства ОПСС у больных обеих групп повысилось соответственно на 23,5 и 27,4%, вероятно, в связи с гиперкатехоламинемией, которая характерна для применения препаратов НЛА.

Отмечалось незначимое увеличение концентрации малонового диальдегида в крови у больных 1-й группы на 11,23%, 2-й – на 9,8%.

Выводы. 1. Тотальная внутривенная анестезия на основе применения пропофола и кетамина у детей в значительной степени улучшает течение и управляемость обезболивания и приводит к быстрому восстановлению сознания, рефлексов с минимальными изменениями функции аппарата внешнего дыхания в раннем послеоперационном периоде. 2. Исследование клинического течения тотальной внутривенной анестезии с мониторингом АД, сатурации кислорода, показателей центральной гемодинамики и содержания малонового диальдегида выявило их стабильность на всех этапах обезболивания, что свидетельствовало об адекватном уровне защиты от операционной травмы.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ИНДУКЦИИ В НАРКОЗ

Юсупов А.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Абдоминальные хирургические вмешательства у детей считаются наиболее травматичными операциями. Наиболее эффективными и специфически действующими препаратами являются наркотические анальгетики. Перспективным видом комбинированной анестезии у детей является метод нейролептаналгезии (НЛА). Наиболее ответственный первый этап анестезиологического обеспечения (индукция), на котором необходима регуляции гемодинамики и вегетативных показателей, что в дальнейшем обеспечивает гладкое течение последующих этапов анестезии.

Цель исследования. Изучение показателей гемодинамики и вегетативного статуса в период индукции при абдоминальных операциях у детей.

Материал и методы. Исследование проведено у 32 детей в возрасте 1–12 лет при экстренных абдоминальных операциях (кишечная непроходимость, некротический энтероколит, перитонит, атрезия желчевыводящих путей). Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа: – индукция с применением кетамина (4мг/кг в/в) и пропофола (2,5 мг/кг в/в). 2-я группа: – индукция с применением пропофола (2,5 мг/кг) и фентанила (5 мкг/кг в/в). Изучали клиническое течение вводного периода с мониторингом АДс, АДд, АДср, показателей кардиоинтервалографии. Исследования центральной гемодинамики проводилось методом эхокардиографии.

Результаты. В вводном периоде анестезии с применением пропофола и кетамина отмечалось увеличение СИ на 3,1%, ЧСС на 12,2% УПС на 3,0%. Ударный индекс среднее артериальное давление, сердечный индекс по сравнению с предыдущим периодом изменялись незначимо. У больных 2-й группы, у которых применялся пропофол и фентанил, в вводном периоде отмечалось снижение УО на 3,0%, СИ на 5,1% и УПС на 3,0%.

Индукция в наркоз у больных 1-й группы сопровождалась выраженным напряжением компенсаторно-адаптационных механизмов вегетативной нервной системы. Вазодилатирующие свойства пропофола и фентанила при вводном наркозе обуславливали переходную гиподинамическую реакцию системы кровообращения. Активизация автономного контура ритма сердца, соответствующая картине переходной гипердинамической гемодинамики, была характерна для вводного наркоза с использованием кетамина.

Таким образом, показатели гемодинамики и вегетативный статус в периоде индукции являются направляющими в коррекции состояния детей при абдоминальных оперативных вмешательствах. Применение пропофола и фентанила – оптимальный метод индукции перед оперативным вмешательством.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ПРИ ЭКСТРЕННЫХ МАЛЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Бердиев З.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Почти в каждой семье найдется человек, перенесший какую-либо травму. Экстренные малые травматологические операции у детей обычно проводятся под общей анестезией. В этих ситуациях риск анестезии не должен превышать риск оперативного вмешательства. Такая необходимость обусловлена физиологическими особенностями детского организма. Использование одновременно несколько препаратов разнонаправленного действия (аналгетического и анестетического действия) позволяет снизить их дозы и в то же время обеспечить требуемый уровень анестезии.

Цель работы. Изучение эффективности методик комбинированной внутривенной анестезии с сохранением спонтанного дыхания у детей при малых травматологических операциях.

Материал и методы. Исследование проводилась у 28 больных детей в возрасте от 3 до 14 лет при малых травматологических операциях (вправление вывихов, репозиции костных отломков верхних и нижних конечностей, фаланг пальцев, первичная хирургическая обработка ран, наложение фиксирующих аппаратов). Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (16 больных) – анестезия с использованием кетамина (2,5 мг/кг) и пропофола (2-3,5 мг/кг) ; 2-я группа (12 больных) – анестезия с использованием кетамина (2,5 мг/кг) и сибазона (0,4 мг/кг). Определяли показатели периферический (АДс, АДд, АДср, ЧСС) и центральной (ЭхоКГ) гемодинамики и сатурацию кислорода (SatO₂) в крови.

Результаты. После премедикации у пациентов 1-й группы ЧСС достоверно возрастала в среднем на 9,3±1,1, АД оставалось стабильным. На момент вводного наркоза у больных обеих групп, ЧД снизилась, соответственно на 5,6 и 4,8%, а затем, постепенно увеличиваясь, концу операции превысила исходные данные на 12,2 и 14,6%. Показатель SatO₂ в течение всего исследуемого периода обезболивания оставался стабильным. Пробуждение у детей 1-й группы наступало через 5±0,1 мин, через 50 мин после окончания операции сознание восстанавливалось. Осложнений, связанных с наркозом, не наблюдалось.

У больных 2-й группы, после вводного наркоза ЧСС снижалась на 12,4%, АД – на 4,5%. После окончания оперативного вмешательства показатели нормализовались. Пробуждение детей 2-й группы наступало через 15±0,8 мин, сознание полностью восстанавливалось только через 85 мин после окончания операции.

Вывод. Комбинированная анестезия с использованием кетамина и пропофола при малых травматологических операциях у детей является эффективным методом, так как обеспечивает сохранение спонтанного дыхания и раннее пробуждение больных после операции.

IV. ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

DE NOVO AND RECURRENT CEREBRAL ANEURYSMS
IN PEDIATRIC PATIENTS.*Makhkamov M.^{1,2}, Hernesniemi J.¹, Makhkamov K.²,
Kuzibaev J.²*¹Department of Neurosurgery, Helsinki University
Central Hospital, Finland.²Department of Neurosurgery, Republican Research
Center of Emergency Medicine, Tashkent

The first report of an aneurysmal subarachnoidal hemorrhage in child was published in 1871 in the German pathology literature, when Eppinger detailed the case of a 15-year-old boy, a gymnast who collapsed while exercising. Postmortem analysis revealed an intracerebral hemorrhage associated with an aneurysm as well as a stenosis of the aorta. Matson, in the first peer-reviewed paper describing a series of intracranial aneurysms in children, quotes McDonald and Korb, who allude to an earlier description of a ruptured intracranial aneurysm by Biumi of Milan in 1778. A similar report by Strassman appeared in the German literature in 1922. In this paper the author detailed the case of another German youth with aortic coarctation who suddenly died of a ruptured cerebral aneurysm while playing a vigorous sport (football). The association with aortic coarctation captured the interest of many workers in the field and caused the aneurysmal diseases to be considered a secondary complication of the aortic condition, which largely prevented recognition of the importance of the cerebrovascular disease.

Purpose of the investigation was long-term angiographic follow-up study on pediatric aneurysm patients are scarce.

Methods. We gathered long-term clinical and angiographic follow-up data on all pediatric aneurysm patients (≤ 18 years at diagnosis) treated at the Department of Neurosurgery, Helsinki University Central Hospital, between 1937 and 2009.

Results. Fifty-nine patients with cerebral aneurysms in childhood had long-term clinical and radiological follow-up (median, 34 years; range, 4-56 years). Twenty-four patients (41%) were diagnosed with altogether 25 de novo and 11 recurrent aneurysms, with 9 (25%) of the aneurysms being symptomatic. New subarachnoid hemorrhage occurred in 7 patients; 4 of these patients died. Eight patients (33%) had multiple new aneurysms. The annual rate of hemorrhage was 0.4%, and the annual rate for the development of de novo or recurrent aneurysm was 1.9%. There were no de novo aneurysms in 7 patients with previously unruptured aneurysms. However, 1 recurrent aneurysm was diagnosed. Current and previous smoking (risk ratio, 2.44; 95% confidence interval, 1.07-5.55) was the only statistically significant risk factor for de novo and recurrent aneurysm formation in patients with previous subarachnoid hemorrhage, whereas hypertension, sex, or age at onset had no statistically significant effect. Smoking was also a statistically significant risk factor for new subarachnoid

hemorrhage.

Conclusions. Patients with ruptured intracranial aneurysms in childhood have a high risk for new aneurysms and new subarachnoid hemorrhage, especially if they start to smoke as adults. Life-long angiographic follow-up is mandatory.

MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUES IN PEDIATRIC
EMERGENCIES AND TRAUMA*Sanjay S.N., Daminov O.U.*Department of HPB Surgery & Liver Transplantation
BLK Superspeciality Hospital, New Delhi, INDIA

Pediatric surgery, as currently performed, has undergone numerous changes over the past two decades and one such remarkable evolution has been adoption of minimally invasive techniques. When minimally invasive was introduced, pediatric surgeons were reluctant to change their practice because many of the instruments were not appropriate for their small patients and majority of procedures were already being performed through small incisions. However, there has been substantial progress in minimally invasive techniques in children in recent years, mainly in terms of instrumentation and technical expertise, and it has now become standard of care for many surgical disorders in children. Although initially used as a diagnostic tool, over half of the abdominal operations in children can be performed laparoscopically. Current evidence suggests that laparoscopic and thoracoscopic pediatric surgery can be performed safely, has a shorter hospital stay and clinical outcome similar to those achieved by open surgery.

Acute appendicitis is the most common surgical emergency in children. There conflicting evidence in the literature regarding the superiority of laparoscopic approach over the conventional open appendectomy with majority of studies demonstrating a marginal advantage of laparoscopic over open appendectomy with regards to length of hospitalization, postoperative pain, length of time until return to full activity and wound infection rate. However, despite this laparoscopy may have advantage especially in obese children, recurrent acute abdominal pain with equivocal imaging findings and acute abdomen in girls where adnexal etiology cannot be reliably be excluded. In acute abdomen, one may find unexpected findings like meckels diverticulum, omental infarction or torsion of adnexa which can be tackled laparoscopically. In fact laparoscopy may change the preoperative diagnosis in over 10% of patients. With increasing experience one may also use laparoscopic approach for intestinal obstruction and perforation peritonitis where one can perform adhesiolysis, reduce intussusceptions, identify diseased segment of bowel laparoscopically which may then be exteriorized through small incision and resected. Besides, laparoscopy may also identify uncommon pathology like gastric volvulus, especially organo-axial, where one can perform anterior gastropexy. In neonates pyloromyotomy can be

performed laproscopically for pyloric stenosis. Besides, thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia can be performed by inflation-assisted bowel reduction using warmed low-pressure, low-volume CO₂ inflated into the thorax which allows spontaneous reduction of the hernia into the abdomen and diaphragmatic suturing.

During the past decade, there has been increasing interest in the use of laparoscopy for the management of injured children and it has become an important adjunct in the evaluation of both blunt and penetrating abdominal trauma and maybe both diagnostic and therapeutic. However, laparoscopy is currently underutilized in the management of pediatric abdominal trauma. Current evidence suggests that laparoscopy improves diagnostic accuracy and reduces non-therapeutic laparotomy rates in children with abdominal trauma. Laparoscopy is useful in the management of pediatric patient with abdominal trauma who is hemodynamically stable with early presentation but may be less valuable in cases with delayed presentation. The main indications for laparoscopy include patients with inconclusive clinical exams and abdominal imaging, confirmation of suspected diaphragmatic defects, suspected hollow viscus and mesenteric injuries or when advanced emergency imaging investigations are unavailable. Many intraabdominal injuries are amenable to laparoscopic repair. Laparoscopy allows the surgeon to perform hemostasis, resections, suture repair or autotransfusion. Laparoscopic application of fibrin sealants may allow preservation of spleen in splenic trauma and laparoscopic distal pancreatectomy preferably with spleen preservation may be performed in distal pancreatic transections. In rectal injuries, laparoscopy may rule out intraperitoneal extension, repair a perforation and guide the colostomy if necessary.

As the technique and technology evolves, the number of procedures that can be performed laparoscopically in children will continue to increase. The future direction of minimally invasive pediatric surgery involves single-incision laparoscopic surgery and robotic surgery. However, there are several hurdles for the minimal invasive surgeons to overcome before beginning operative laparoscopy. One of the major concerns is initial capital investment for acquisition of instrumentation, which is expensive. Besides, there is a steep and long learning curve especially associated with advanced laparoscopic procedures. Finally, there is persistent skepticism on the part of some pediatric surgeons who believe that, based on available scientific evidence, superiority of laparoscopy over the conventional open surgery could not be sustained. This would be an ongoing debate that can be best addressed by properly designed future trials.

К ВОПРОСУ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО УДАЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ

Агзамов М.К., Агзамов К.А., Файзиев М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Черепно-мозговая травма у детей характеризуется выраженным своеобразием и часто осложняется внутречерепными кровоизлияниями. Наиболее распространенным является субдуральное скопление крови. Методом выбора лечения травматических субдуральных гематом (ТСГ) является оперативное вмешательство, при котором проводится костно-пластическая трепанация черепа. После вскрытия твердой мозговой оболочки (ТМО) гематому удаляют окончатый пинцетом или отсосом, после чего ТМО ушивается, рана послойно закрывается. Однако очень часто во время операции отмечается нарастание отека мозга или острое увеличение объема мозга, связанного с избыточной перфузией, в результате чего происходит пролабирование и ущемление ткани мозга в костном отверстии, что ухудшает исход заболевания. Для предотвращения этих осложнений мы использовали несколько иной подход к удалению ТСГ.

Нами применяется следующая тактика удаления ТСГ: осуществляем костно-пластическую трепанацию черепа над проекцией гематомы. Костный лоскут временно удаляем. Отступая на 0,5-1,0 см от края костного отверстия по периферии, накладываем 4-5 насечек на ТМО длиной 7-10 мм, достаточных для проведения узкого мозгового шпателя. Далее поочередно через каждое отверстие шпателем осуществляем эвакуацию субдуральной гематомы. При этом движения шпателя проводим в разных направлениях, как под кость, так и к центру дефекта. При такой тактике мы добивались максимально полного удаления сгустков крови. При необходимости субдуральное пространство дренировали. После удаления гематомы участки рассечения ТМО ушивались узловыми швами. Костный лоскут укладывали на место. Рану послойно ушивали. Описанным способом оперативные вмешательства с успехом выполнены у 11 детей в возрасте от 1 года до 15 лет. Предложенный метод удаления ТСГ показал, что после удаления гематомы отсутствуют предпосылки к неконтролируемому пролабированию мозговой ткани в трепанационное отверстие.

Учитывая положительный опыт применения описанной методики удаления субдуральных гематом у детей в настоящем пилотном исследовании, необходимо дальнейшее его изучение.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИКВОРНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Асадуллаев У.М.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель. Разработка и внедрение малоинвазивной дифференцированной коррекции ликвороциркуляционных расстройств при опухолях головного мозга.

Материал и методы. В 2008 – 2013 гг. в РНЦНХ оперированы 97 больных, из них 52 ребенка. В возраст до 5 лет был 21 (21,6%), 6-10 лет 19 (19,6%), от 11-15 лет 13 (13,4%) детей. Девочек до 5 лет было 8 (23,5%), 6-10 лет 6 (17,6%), 11-15 лет 7 (20,6%), мальчиков соответственно 13 (20,6%), 13 (20,6%) и 6 (9,5%).

В зависимости от проведенного вмешательства больные разделены на 3 группы. В 1-й группе с целью устранения гидроцефалии первым этапом проводилась эндоскопическая фенестрация дна III желудочка (ЭВЦС III) с последующим удалением опухоли. Во 2-й группе произведена только ЭВЦС III из-за исходного тяжелого состояния, а удаление опухоли осуществлялось в сроки от 7 дней до 1 месяца после стабилизации общего состояния вследствие регресса ВЧГ. В 3-й группе – проводилась операция удаления опухоли с последующим установлением ВЦС по Торкильдсену.

Результаты. Из 1-й группы 12 больным операции производились одномоментно с ЭВЦС-III с последующим удалением опухоли. 15 больным произведена ЭВЦС III без удаления опухоли. 14 больным выполнена ЭВЦС III с последующим удалением опухоли в сроки от 7 дней до 1 месяца. Исходы лечения больных, оперированных одномоментно, были хуже, чем у тех, у которых второй этап операции производился через некоторое время после стабилизации общего состояния и регресса ВЧГ. Несомненно, стабилизация состояния больных, достигнутая после проведения ЭВЦС III, оказала положительное влияние на исход последующего этапа операции, то есть удаления опухоли.

В 1-й группе умерли 3 больных, остальные выписаны из стационара с регрессом ВЧГ.

В 3-й группе после операции умерли 13 больных в различные сроки от развившихся осложнений (ликворея, менингоэнцефалит). У 21 больного после проведенного лечения наступило улучшение состояния. Они были выписаны из стационара в различные сроки на дальнейшее наблюдение по месту жительства.

ЭКСТРЕННАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

*Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Улугмуратов А.А.,
Мирзаев З.Х.*

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель. Определение места лапароскопии в диагностике и лечении пострадавших с абдоминальной травмой.

Материал и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП проанализированы результаты диагностики и лечения 149 детей с закрытыми травмами органов

брюшной полости, из них 11 мальчиков и 38 девочек, в возрасте от 2 до 15 лет. Средний возраст $7,2 \pm 1,3$ года. В обязательный клинико-инструментальный диагностический алгоритм были включены лабораторные анализы, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и полипозиционное рентгенологическое обследование. С 2010 г. в лечебно-диагностическом комплексе у пострадавших с абдоминальной травмой используется неотложная лапароскопия. Показанием к хирургическому вмешательству явились нестабильная гемодинамика, снижение артериального давления, наличие по данным ультразвукового исследования свободной жидкости в брюшной полости, увеличение размеров гематомы селезенки или печени по данным ультразвука в динамике через 3 часа, наличие обширной гематомы и разрывы органа по данным компьютерной томографии.

Результаты. Механизм травмы во всех этих наблюдениях расценивался как удар и контрудар (сотрясение). При дорожно-транспортных происшествиях и падениях с высоты, очевидно, имело место сочетание этих двух травмирующих механизмов. Ведущим видом травматизма был уличный (49%), более редким – дорожно-транспортный (22%); бытовой (9%); спортивный (8%); школьный (8%); прочий (4%).

Экстренное оперативное лечение потребовалось 49 больным, из них 25 – с травмами селезенки, 24 – с разрывами печени. 23 больным была произведена диагностическая лапароскопия.

У 18 детей диагностировано повреждение селезенки. 10 из них с продолжающимся кровотечением гемостаз был произведен с помощью электрокоагуляции. У 5 отмечался самостоятельный гемостаз, после аспирации крови признаки продолжающегося кровотечения отсутствовали. При панорамном осмотре брюшной полости у этих больных петли тонкой кишки и париетальная брюшина имели своеобразный розовый фон за счет окрашивания их излившейся кровью. При значительной кровопотере кровь располагалась в обоих латеральных каналах (больше в левом) и в полости малого таза. Чаще всего сама селезенка была как бы утоплена в жидкой крови, в которой виднелись и крупные сгустки. Косвенным признаком повреждения селезенки являлось покрытие ее сгустками. После осмотра в горизонтальном положении больного переворачивали в фовулеровское положение, которое удобно тем, что имеющаяся свободная кровь стекает в нижние отделы брюшной полости, а селезенка, смещаясь книзу, становилась более доступной для детального осмотра. Особенно обращали внимание на наличие темных и фиксированных сгустков, прикрывающих места разрывов органа. Сама селезенка имела застойный, синюшный цвет. У 3 больных в связи с размождением паренхимы селезенки пришлось перейти к конверсии.

У 4 детей выявлено повреждение печени в виде линейных разрывов как по диафрагмальной поверхности (у 2), так и по нижнему краю печени (у 2). Гемостаз осуществлялся с помощью биполярной коагуляции. При панорам-

ном осмотре брюшной полости сразу бросалось в глаза различное количество крови. Особенно много крови располагалась в правом латеральном канале, между петлями тонкой кишки, а также в полости малого таза. При осмотре печени особое внимание обращали на наличие и месторасположение сгустков крови на печени. Сгустки крови, фиксируясь обычно к месту разрыва печени, прикрывают его. Селезенка при этом омывалась жидкой кровью, как бы утопая в ней, а сгустков вокруг не было.

Выводы. У больных с абдоминальной травмой в сложных случаях наиболее эффективным диагностическим мероприятием является диагностическая лапароскопия. Использование эндохирургической техники при абдоминальной травме позволяет избежать лапаротомии и оказать лечебное пособие. После эндохирургической операции у пациентов отмечалось более благоприятное клиническое течение послеоперационного периода, чем после традиционной (доступ — лапаротомия). Кроме того, можно установить характер повреждения внутренних органов и показания к лапаротомии, а также произвести хирургические манипуляции малоинвазивным способом, что существенно снижает неудовлетворительные показатели лечения.

РОЛЬ МСКТ В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Баратов Ж.А., Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Переломы плечевой кости составляют 7,7% от всех повреждений опорно-двигательного аппарата. Особая группа — переломы дистального отдела плечевой кости у детей, лечение которых представляет определённые трудности. Это связано с особенностями роста, кровоснабжения, прохождением магистральных сосудов и нервов в этой области, сложностью локтевого сустава, что при неправильном лечении ухудшает прогноз. При изучении результатов лечения переломов дистального отдела плечевой кости у детей становится ясным, что большинство больных нуждаются в повторном оперативном лечении, так как неполноценное сопоставление костных отломков приводит к различным осложнениям. Рентгенодиагностика, проводимая при лечении таких переломов, с появлением МСКТ стала менее информативной. Применение МСКТ при лечении переломов дистального отдела плечевой кости позволяет получить большую информацию о переломе, что позволяет добиться хороших результатов.

Цель. Изучение результатов лечения переломов дистального отдела плечевой кости у детей под контролем МСКТ в сравнительном аспекте с рентген-диагностикой.

Материал и методы. Нами изучены результаты лечения 210 больных в возрасте до 15 лет с переломами дистального отдела плеча, госпитализированных в отделение сочетанной и осложнённой травмы Джизакский филиал РНЦЭМП в 2011 — 2013 гг.

Учитывая неудачи ручной репозиции (от 14 до 79%),

нами активнее применялись методы оперативного лечения в виде открытого остеосинтеза, а также наложения КДА в различной компоновке. В 2011 г. из 51 больного оперативным методом лечили 18 больных, в 2012 г. из 73 больных — 39, в 2013 г. из 86 больных — 36. Из 93 прооперированных больных у 52 в связи с активным использованием МСКТ операции проведены в первые сутки. 40 больным в 1 или на 3 сутки произведено наложение КДА в различной компоновке, остальным — после неудачной ручной репозиции. У 53 больных осуществлён открытый остеосинтез с помощью спиц, шурупов. Все вмешательства проводились под контролем ЭОП. Следует отметить, что после начала использования МСКТ при переломах дистального отдела плеча появилась возможность более детально рассматривать перелом, что позволяет особенно при оперативном лечении лучше сопоставлять костные отломки. Это в свою очередь позволило улучшить как процесс лечения, так и уменьшить количество осложнений.

В процессе лечения с использованием МСКТ обследования при переломах дистального отдела плеча у детей нами получены хорошие результаты как при открытых, так и при закрытых переломах дистального отдела плеча у детей.

У 16 возникли различные осложнения: варусная деформация — у 4, контрактуры локтевого сустава — у 6, парез лучевого нерва — у 3, спонгиозное воспаление — у 3. В сравнении с предыдущими годами наблюдается тенденция к снижению количества осложнений.

Вывод. Применение МСКТ обследования при лечении переломов дистального отдела плечевой кости у детей позволяет получать более детальную информацию о переломе, что создаёт возможность для лучшего лечения этой патологии и уменьшает количество осложнений.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КОМБИНИРОВАННЫМ СТЕРЖНЕВЫМ АППАРАТОМ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Дехканов К.М., Мухамадиев А.Б., Тожиев М.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Открытые переломы длинных костей остаются одним из наиболее актуальных вопросов травматологии. Продолжительное стационарное лечение, с использованием метода скелетного вытяжения повреждённой конечности становится все более дорогостоящим и значительно снижает качество жизни, на длительное время выбивая его из привычного ритма жизни, особенно подростков, у которых сроки лечения приближаются к таковым у взрослых. Поэтому поиск современных малоинвазивных методов и путей улучшения результатов лечения данной патологии у детей остается в центре внимания травматологов.

В травматологическом отделении ФФРНЦЭМ с целью малоинвазивного внеочагового функционально-стабильного остеосинтеза открытых переломов костей

нижних конечностей, разработан комбинированный стержневой аппарат внешней фиксации (Рац. предложение № 22 Пат. внедр. РУз от 21.09.2009г.) и спице – стержневой аппарат внешней фиксации (Рац. предложение № 34 Пат. Внедр. РУз от 31.12.2009 г.).

В 2010-2013 гг. в нашем отделении на лечении находились 64 ребёнка с открытыми переломами нижних конечностей. Метод скелетного вытяжения применён 14 из них, иммобилизация гипсовой повязкой – у 8. Предложенные нами комбинированные аппараты использовались у 42 больных с открытыми диафизарными переломами нижних конечностей, из них у 11 (26,2%) с переломами бедренной кости и у 31 (73,8%) – костей голени. Мальчиков было 33 (78,6%), девочек – 9 (21,4%). В возрасте от 3 до 7 лет было 5 больных, от 8 до 14 лет – 18, от 15 до 18 лет – 19.

В результате ДТП повреждение получил 21 ребенок, в результате кататравмы – 8, уличные травмы – у 9, спортивные у 4. Детей с множественными повреждениями конечностей было 20, с «нестабильными» переломами – 7 детей, с сочетанными травмами – 15.

Предложенный нами стержневой аппарат состоит из четырёх полуколец аппарата Илизарова, восьми фиксационных (диаметром от 3 до 5мм) и девяти соединительных стержней. Соединяющим элементом между наружной опорой и фиксационным стержнем служит кронштейн с резьбовым хвостиком. Комбинирование деталей аппарата Илизарова и фиксирующих стержней в нашем аппарате даёт возможность проведения оперативных вмешательств на повреждённых конечностях без применения специальных наружных опор. Это позволяет экономить средства для приобретения зарубежных стержневых аппаратов. Проведение стержней через оба кортикальных слоя костных отломков и крестообразное расположение стержней, фиксируемых в полукольцевых металлических опорах, обеспечивает одинаково стабильную фиксацию костных отломков в двух взаимно перпендикулярных плоскостях, и создает оптимальные биомеханические условия для регенерации костной ткани в течение всего периода лечения.

При открытых переломах с тяжёлыми повреждениями мягких тканей одностороннее расположение аппарата на сегменте конечности вне очага повреждения, даёт возможность производить одновременно оперативные вмешательства на мягких тканях и сосудисто-нервных стволах повреждённой конечности несколькими операционными бригадами (травматологов, нейрохирургов, сосудистых хирургов). В послеоперационном периоде наш стержневой аппарат не затрудняет проведения лечебных манипуляций и перевязок.

Отсутствие дополнительной внешней гипсовой иммобилизации поврежденной

конечности даёт возможность проведения раннего функционального лечения травмированной конечности и создаёт условия для ранней активизации больного.

Техника выполнения малоинвазивного внеочагового остеосинтеза заключалась в следующем: под общим наркозом под контролем электронно-оптического

преобразователя производилась репозиция костных отломков, после достижения удовлетворительного положения последних осуществлялась чрескостная фиксация поврежденного сегмента выбранным аппаратом без обнажения места перелома, в связи с этим отсутствие дополнительной травматизации мягких тканей и надкостницы.

При достаточной стабилизации перелома со следующего дня после операции с применением спице-стержневых аппаратов начинали разработку движений в смежных с поврежденным сегментом суставах, а через 5-7 дней – ходьбу с помощью костылей с дозированной нагрузкой на поврежденную конечность.

Средние сроки стационарного лечения составили 7 – 10 дней в зависимости от общего состояния больного. Консолидация перелома в обычные сроки наступила у всех 42 больных. Полная функция конечности восстановилась у 93,2% детей.

Таким образом, малоинвазивность и, как правило, небольшая продолжительность вмешательства, стабильная чрескостная фиксация костных отломков при открытых переломах нижних конечностей, приводящая к отказу от традиционного скелетного вытяжения и последующей иммобилизации гипсовыми повязками и, как следствие, ранняя активизация больного позволяют считать внеочаговый чрескостный остеосинтез спице-стержневыми аппаратами нашей конструкции альтернативным методом лечения открытых переломов бедра и голени у детей.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Исаков Б.М., Мухитдинова М.К., Ташланов М.М., Курбанов С.У., Исаков К.Б.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Нетравматические субдуральные кровоизлияния являются грозным осложнением разных заболеваний детского возраста. Такие осложнения могут встречаться при пневмониях и ДВС за счет нарушения проницаемости стенок кровеносных сосудов.

В отделении неотложной педиатрии АФ РНЦЭМП в 2011 – 2013 гг. под нашим наблюдением находились 25 детей с нетравматическими субдуральными кровоизлияниями в возрасте от нескольких дней от рождения до 6 месяцев. Основной контингент составили дети до 3 месяцев – 17 (68,0%). Мальчиков было 19 (76,0 %), девочек – 6 (24,0 %). Причинами обращения в стационар во всех случаях были высокая температура, судороги и вялость или бессознательное состояние больных детей. Некоторые больные до поступления в стационар в течение нескольких дней получали амбулаторное лечение по месту жительства. При поступлении в стационар общее состояние у всех детей оценивалось как тяжелое. Кроме общеклинических методов исследования применялись дополнительные инструментальные методы обследования (нейросонография через роднички, КТ и МРТ). Причинами использования

дополнительных методов обследования больных были выявленные признаки повышения ВЧД, менингеальные симптомы.

При обследовании некоторых больных выявлены признаки ДВС – нарушение свертываемости крови: у 4 (16,1%) больных кровь не сворачивалась, у 9 (36,0%) время свертывания варьировало от 8 до 14 минут. Этим больным дополнительно назначали препараты, улучшающие свертываемость крови, и СЗП.

По данным МРТ- и КТ-исследования головного мозга у всех больных были выявлены субдуральные кровоизлияния различного объема и локализации. Чаще всего кровоизлияния локализовались в теменно-затылочной области. Объем кровоизлияния составлял от 25 до 80 см³. При малом объеме (до 25 мл) кровоизлияния больным назначали рассасывающую терапию, проводили разгрузочные люмбальные пункции. При большом объеме кровоизлияния больных перевели в нейрохирургическое отделение для оперативного лечения.

Оперативному лечению были подвергнуты 16 (64,0%) детей. Оперативное вмешательство заключалось у 12 (48,0%) больных в наложении фрезевого отверстия и пункционном удалении крови. У 4 (16,1%) детей из-за наличия кровяных сгустков фрезевое отверстие было расширено до 3 x 3 см, сгустки удаляли путем аспирации с помощью электроотсоса. У всех нших пациентов оперативное вмешательство завершалось дренированием субдурального пространства на срок от 3 до 5 дней. В течение этого времени больным проводили контрольное КТ-исследование с целью исключения повторного скопления крови.

Умерли 3 (12,0 %) ребенка. Летальные исходы мы связываем с поздним обращением, исходным тяжелым состоянием больных и большим объемом кровоизлияний.

Таким образом, при выявлении у больных признаков повышения ВЧД и менингеальных симптомов показано КТ- и МРТ- исследование головного мозга. Наличие среднего и большого объема субдурального кровоизлияния служит показанием к оперативному вмешательству. При наличии жидкой крови оптимальным способом является пункционный способ удаления через расширенное фрезевое отверстие.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ИЗОЛИРОВАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

*Исантурдиев У.И., Яхшиликов А.К., Пайзиев Х.М.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП*

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с закрытыми изолированными повреждениями почек..

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 22 больных с закрытыми повреждениями почек, находившихся на лечении в СОФ РНЦЭМП 2008 – 2013 гг. Лиц мужского пола было 15, женского 7. Возраст больных от 3 до 15 лет. В сроки до 6 часов были

доставлены 5 больных, до 12 часов – 11, спустя 12 часов – 6. 8 больных были доставлены машинами скорой помощи. Правосторонние поражения наблюдались у 9 больных, левосторонние у 13. У всех больных был посттравматический и постгеморрагический шок различной степени.

Всем больным был применен весь комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований (ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ, экскреторная урография), в числе которых была использована МСКТ с контрастированием мочевыводящих путей.

При МСКТ I степень повреждения почек по Н.А. Лопаткину (2003) обнаружена у 8 больных, II степень у 6, III степень у 3, IV степень у 3, V-степень у 2. На основании данных МСКТ 14 больным с I-II степенью повреждения получали стандартную консервативную терапию. 8 больным III-V степенью повреждения выполнены оперативные вмешательства, после кратковременной интенсивной терапии. У 3 больных восстановлена целостность ЧЛС и паренхимы почек с нефростомией, у 3 больных выполнена экономная резекция почек с нефростомией, у 2 нефрэктомия. Послеоперационный период у 2 больных осложнился пневмонией, у 2 – нагноением послеоперационной раны, у 2 лигатурным свищем.

Все больные в послеоперационном периоде получали весь необходимый комплекс интенсивной терапии. Сроки пребывания в стационаре составили 10±1,5 дня. В послеоперационном периоде летальных исходов не наблюдалось.

Отмечалась высокая диагностическая эффективность МСКТ в трудных случаях. Таким образом, нами было достигнуто улучшение результатов лечения больных с закрытыми изолированными повреждениями почек за счет ранней диагностики и более четкой локализации повреждений анатомической структуры почек.

МИНИИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Кобилев Э.Э., Раупов Ф.С., Аслонов А.А.,
Ахмедов А.Т.*

Бухарский государственный медицинский институт

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) – одно из распространенных и тяжелых заболеваний детского возраста, характеризующееся разнообразными клиническими проявлениями и требующее неотложного оперативного вмешательства.

Грөөдөно комплексное обследование и лечение 154 детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, из них 80 (52,3%) мальчиков и 74 (47,7%) девочки. Ранняя форма ОСКН наблюдалась у 55 (36,0%) больных. Длительность заболевания после первичной операции при ранней ОСКН составила от 5 до 8 суток. Поздняя форма ОСКН отмечалась у 99 (64,0%) детей. Длительность заболевания после первичной операции в этих случаях колебалась от

6 месяцев до 5 лет. Среди причин, по поводу которых была ранее выполнена первичная операция, преобладал острый аппендицит – у 74 (48,2%).

Для улучшения результатов лечения ОСКН мы использовали педиатрических модели лапароскопов фирмы Karl Storz, в качестве базового набора применяли стандартный комплект эндовидеохирургического оборудования. При ревизии оценивали степень распространённости спаечного процесса в брюшной полости, расположение кишечных петель, их подвижность, изменение серозной оболочки; изменение в сальнике и его участие в спаечном процессе, наличие и количество выпота и изменение брюшины.

Лапароскопическое разделение спаек при ОСКН преследовало две цели: отыскание места кишечной обструкции и разделение спаек. При наложении пневмоперитонеума, спайки, соединяющие париетальную брюшину передней брюшной стенки с кишечником или его брыжейкой (висцеро-париетальные), натягивались. Это создавало оптимальные условия для их пересечения. В случае одиночных спаек протяжённостью более 1 см их коагуляцию и рассечение производили с помощью инструментов, проведённых через дополнительный троакар. Пересечение межпетлевых спаек выполнялись при помощи двух манипуляторов, введённых в брюшную полость. Это позволяло захватывать мягкими щипцами кишечные петли, натягивать спайки и пересекать их эндоскопическими ножницами. Только таким образом удавалось добиться расправления «двустволок» при поздней ОСКН. Межпетлевые спайки, как правило, не требовали коагуляции. Аналогично пересекали сальник, подпаянный к кишечным петлям, органам малого таза. В этом случае обязательной была коагуляция подпаянной пряди с помощью биполярной коагуляции. После разделения спаек проводилась контрольная ревизия, осматривались петли тонкой кишки от илеоцекального угла до трейтцевой связки, участок бывшей непроходимости. Проводилась санация брюшной полости и дренирование. Операцию завершали удалением троакаров и CO_2 из брюшной полости.

В послеоперационном периоде проводилась инфузионная, антибактериальная терапия, стимуляция кишечника и местное лечение. Восстановление пассажа кишечного содержимого контролировалось рентгенологическим методом с использованием контрастного вещества.

На основании проведённых лапароскопий в соответствии с характером патологических изменений, обнаруженных при этом, все больные разделены на 4 группы: 1) диагноз кишечной непроходимости подтверждён, выполнена попытка лапароскопического разделения спаек – 116 детей; 2) диагноз кишечной непроходимости исключён, выявлена другая патология – 19 детей; 3) установлена частичная кишечная непроходимость – 6 детей; 4) диагноз кишечной непроходимости подтверждён, однако лапароскопическое разделение спаек не производилось, были показания к лапаротомии – 13 детей. Применение лапароскопии в случаях сомнительной

клиники ОСКН позволило выявить целую группу других острых хирургических заболеваний брюшной полости, симулирующих ОСКН, среди которых были заболевания гениталий (4), кишечная инвагинация (3), флегмонозный аппендицит (3), заворот кишечника (2), перекрут сальника (2), панкреатит (2) и другая патология (3). На диагностическом этапе лапароскопии диагноз ОСКН был подтверждён у 129 больных. На основании эндоскопической картины был выявлен ряд причин образования кишечной непроходимости: ущемление шترангом – у 19 (14,7%) больных, ущемление фиксированным сальником – у 22 (17,1%), деформация множественными спайками – у 25 (19,4%), ущемление в «окне» – у 13 (10,1%) больных, заворот кишки фиксированной спайкой – у 11 (8,5%), «двустволка» – у 27 (20,9%), воспалительный инфильтрат – у 12 (9,3%).

Таким образом, лапароскопия в диагностике и лечении ОСКН у детей является методом выбора при различных видах и анатомических вариантах непроходимости. Позволяет точно установить диагноз непроходимости, провести тщательную ревизию брюшной полости, в подавляющем большинстве случаев добиться разделения спаек с восстановлением проходимости кишок, обеспечивая значительное облегчение течения послеоперационного периода, уменьшения количества осложнений, сокращения сроков пребывания больных в стационаре.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Махкамов К.Э., Насимов С.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Хирургия подострых нетравматических внутричерепных гематом у детей раннего возраста основывается на пункционных методиках их эвакуации, которые применяются с диагностической и лечебной целью и нередко предшествуют более сложным нейрохирургическим вмешательствам. Для эффективности пункционного удаления используются технологии длительного наружного дренирования, так как резекционная или костнопластическая краниотомия с широким вскрытием оболочечных пространств у детей раннего возраста сопряжен с высоким риском развития гемических и гемодинамических расстройств, особенно при наличии нарушения коагуляционных свойств крови. В современной нейрохирургии все шире используются малоинвазивные методы лечения внутричерепных гематом и субдуральных образований. Очевидна и необходимость поиска новых приемов лечения острых внутричерепных кровоизлияний, позволяющих достичь ранней адекватной декомпрессии мозга с радикальным удалением гематомы.

Цель. Анализ результатов малоинвазивных методов хирургического лечения подострых субдуральных гематом и острых внутричерепных гематом у детей

раннего возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находились 133 детей раннего возраста с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями (НВЧК), получавших лечение в отделении нейрохирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2008 – 2013 гг. Больные были в возрасте 28 до 55 дней.

Результаты. У всех детей с НВЧК, кроме компримирующего фактора головного мозга различной локализации, имело место нарушение свертывающих факторов крови в виде гипокоагуляции. По результатам МСКТ-исследования у 42% пациентов встречались субдуральные кровоизлияния, у 25% – паренхиматозные кровоизлияния, у 13% – субарахноидальные кровоизлияния, у 13% – паренхиматозные кровоизлияния с прорывом крови в желудочковую систему. У 8% имело место внутримозговое кровоизлияние.

У пациентов появлялись признаки нарушения гемостаза: нарастала анемия, кровоподтеки на коже от незначительного давления, возникало длительное кровотечение из мест инъекций. Наряду с этим при наличии внутричерепного кровоизлияния развивались явления внутричерепной гипертензии: нарушения сознания, без эмоциональный крик, судороги тонико-клонического характера, срыгивания, рвота, напряжение большого родничка и расхождение швов черепа. Через короткий промежуток времени присоединялись симптомы дислокации головного мозга: тахикардия, которая сменялась брадикардией, анизокория, двигательные расстройства, нарушение дыхания. Наиболее часто клинические симптомы и признаки, выявляемые при осмотре, были обусловлены внутричерепным гипертензионно-гидроцефальным синдромом. Реже выявлялись признаки раздражения коры головного мозга – разнообразные судорожные пароксизмы, еще реже симптомы выпадения глазодвигательные расстройства, гемипарезы.

Эти больные с коагулопатией зачастую имеют противопоказания к проведению экстренного хирургического вмешательства. У 121 (90,9%) больного имело место выраженное нарушение свертываемости крови в виде снижения показателей коагулограммы. Это обстоятельство явилось одной из причин временного отсрочивания операции и вынужденного перехода к активной выжидательной тактике, основанной на проведении терапии, улучшающей свертывание крови с мониторингом неврологического статуса и КТ картины головного мозга в период наблюдения.

Операции выполняли на фоне переливания крови и при относительной стабилизации коагулограммы. У 24 (18,04%) детям с выраженной дислокацией головного мозга и грубым неврологическим дефицитом проведена декомпрессивная трепанация черепа с устранением компримирующего фактора. У 73 (54,88%) больных с НВЧК имели место минимальный неврологический дефицит и невыраженная дислокация головного мозга, которые позволили проводить активное наблюдение

с динамическим КТ-исследованием в течение 8-10 суток. Это тот срок, когда излившаяся кровь (гематома) приобретает более жидкую (лизированную) консистенцию. Это обстоятельство позволило нам более полноценно удалить лизированную внутричерепную гематому с малоинвазивным вмешательством (наружное дренирование гематомы через фрезевое отверстие или большой родничок).

У всех детей раннего возраста со сдавлением головного мозга гематомами в течение 3-4 дней после дренирования купировались симптомы внутричерепной гипертензии, а методы нейровизуализации показали уменьшение объема сдавления мозга. Контрольные исследования, выполненные через 2–3 месяца после дренирования, рецидивов сдавления мозга не выявили. Наш опыт лечения подострых субдуральных гематом, как и острых внутричерепных гематом, свидетельствует о высокой эффективности малоинвазивных методик при лечении сдавления головного мозга у детей раннего возраста. Смертность составила 13,75%.

Таким образом, применение малоинвазивной хирургической тактики лечения НВЧК у детей раннего возраста дает возможность более полноценной санации кровоизлияний, что в большинстве случаев к выздоровлению ребенка с минимализацией неврологического дефицита.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА **Назаров А.К., Каландаров И.А., Саъдуллаев У.О.** **Хорезмский филиал РНЦЭМП**

В 2012–2013 гг в отделение детской хирургии хорезмский филиала РНЦЭМП с подозрением на инородное тело ЖКТ поступили 66 детей, из них 80% были в возрасте до 3 лет. В диагностике инородных тел верхних отделов ЖКТ больше значение придавали сбору анамнеза, проводили обзорную рентгенографию грудной клетки (с захватом гортани) и брюшной полости, ЭГДС. Из просвета пищеварительного тракта у 24 (34,2%) детей были удалены монеты у 20 (28,5%) батареек у 10 (4,2%) пластмассовые детали игрушек у 6 (8,5%): монеты – 24 (34,2%), батареек – 20 (28,5%), пластмассовые детали игрушек у 5 (7,1%), металлические предметы (шурпы, булавки, магниты, наконечники отвертки и др.) – 1 (1,5%), органические (кости, орех, зерна и др.) – 5 (7,1%), неорганические (фольга, пленка, бумага) – 1 (1,5%).

Главной задачей профилактики инородных тел верхних отделов ЖКТ является повышение настороженности родителей и персонала детского дошкольного учреждения, правильная организация досуга и игровой деятельности детей до 5-летнего возраста (исключить мелкие предметы – пуговицы, винтики, детали игрушек и т.д.) диаметром до 3 см, организация профилактической работы среди населения участковым педиатром.

Выводы. 1. Лечение и обследование детей с по-

дозрением на инородное тело ЖКТ должно осуществляться в экстренном порядке и в условиях многопрофильного стационара. Любое выявленное в просвете верхних отделов пищеварительного тракта инородное тело должно быть по возможности извлечено с помощью фиброэндоскопа. 2. Особую опасность представляют аккумуляторные батарейки (плоские, круглые – служат элементом питания в игрушках). Если такая батарейка застряла в пищеводе, щелочь, которая в ней содержится, начинает разъедать окружающие ткани и может возникнуть электрохимический ожог пищевода. Иногда достаточно 2-3 часов, чтобы металлические края батареек стали пропускать щелочь! Если ребенок проглотил батарейку – необходимо срочно удалить инородное тело!!! 3. Для диагностики инородного тела и выяснения причины фиксации необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования. 4. Применение общего обезболивания при извлечении инородных тел из верхних отделов пищеварительного тракта сокращает время манипуляций и снижает риск перфорации стенки полого органа. 5. Применение гибких эндоскопов различного диаметра и различного инструментария сужает показания к применению ригидных эндоскопов при извлечении инородных тел из пищевода, позволяет избежать травматизации стенок пищевода и улучшить качество диагностики.

РОЛЬ ПАРАМЕТРОВ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОДОСТРЫМИ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Насимов С.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Выбор адекватной тактики хирургического или консервативного лечения является – актуальная проблема при нетравматических подострых субдуральных кровоизлияниях у детей раннего возраста. Возможность проведения динамического компьютерно-томографического наблюдения за трансформацией внутричерепных кровоизлияний в комплексе с клинко-неврологическим обследованием позволяет дифференцированно подходить к тактике лечения, таких больных.

Цель исследования. Анализ результатов лечения детей раннего возраста с нетравматическими подострыми субдуральными гематомами, развившимися на фоне ДВС-синдрома, в зависимости от фазы клинического течения, локализации, объема и данных КТ исследования в динамике.

Материал и методы. Комплексное клиническое обследование и дифференцированное лечение проведено у 138 детей раннего возраста с нетравматическими подострыми субдуральными гематомами, развившимися на фоне перенесенного ДВС-синдрома, находившихся в отделении нейрохирургии детского возраста РНЦЭМП в 2008–2013 гг. Большинство детей были в возрасте от 28 до 55 дней. Мальчиков было 106

(76,8%), девочек – 32 (23,2%). Обследование включала клинко-неврологические, рентгенологические, эхоэнцефалографические и КТ – исследование в динамике и офтальмоскопию.

Результаты. Компьютерно-томографические признаки «масс-эффекта» и степень сдавления мозга рассматривались с учетом фазности клинического течения НВЧК. Оценивалась степень смещения срединных структур, состояние базальных цистерн, конвексимальных субарахноидальных пространств, сдавления желудочков мозга и зоны вторичного ишемического вещества мозга. Состояние больных детей соответствовало фазам клинической субкомпенсации или умеренной компенсации. Клинко-инструментальные критерии, позволяющие воздержаться от экстренной операции: а) общее состояние ребенка компенсированное; б) ясное сознание или оглушение; в) отсутствие двигательных нарушений в конечностях; г) смещение срединных структур по данным КТ, не превышающее 5 мм; д) сохранность просвета базальных цистерн по КТ.

У 22 (15,9 %) детей на фоне проводимого консервативного лечения на 8–9 сутки наблюдалось уменьшение гематомы, а к 13–15 суткам наблюдалось полное ее рассасывание, у 8 (5,7 %) больных оставались минимальные остаточные явления. Больным назначали умеренную дегидратацию, сосудистую терапию, ноотропные препараты, антиконвульсанты и рассасывающие препараты. У 108 (78,26 %) больных детей раннего возраста с подострой субдуральной гематомой и наличием клинических проявлений дислокационного синдрома или компрессии головного мозга были выполнены различные хирургические вмешательства. У 16 (14,81%) из них произведена костно-пластическая трепанация (объем гематом составлял более 50 см³). У 92 (85,1%) больных в связи с формированием подострой субдуральной гематомы (объем гематом не более 30 см³) при отсутствии нарастания клиники сдавления головного мозга гематомы удалены через фрезевые отверстия путем наложения длительной дренажной системы. Показаниями к ним являлись: 1) появление или нарастание анисокории, пареза взора вверх, брадикардии; 2) углубление нарушения сознания в динамике; 3) не купирующийся судорожный синдром; 4) усугубление афатических нарушений, двигательной недостаточности вплоть до глубокого пареза; 5) увеличение объема гематомы по данным КТ в динамике; 6) дислокации срединных структур 5 мм и более; 7) сдавление бокового желудочка, исчезновение просвета базальных цистерн.

Летальный исход наступил у 6 (5,5%) больных вследствие массивного поражения мозга, наличия резко выраженной гипертензии и грубой дислокации мозга в сочетании с прогрессирующей симптоматикой осложнения ДВС-синдрома.

Таким образом, наши данные указывают на необходимость учета фазности клинического течения нетравматических внутричерепных гематом, проведения в динамике компьютерно-томографического исследо-

вания с целью выбора оптимальной тактики лечения, расширяющей возможности для проведения хирургических методов лечения и консервативной терапии. Хирургическое лечение должно производиться своевременно, до развития выраженных симптомов дислокации и ущемления ствола мозга.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ

Саидов Ф.Х.

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей**

Одной из основных причин развития хронических запоров в детском возрасте является органическое поражение толстой кишки, при таких пороках развития как мегаколон, долихосигма, долихоколон, болезнь Гиршпрунга, синдром Пайера, различные виды атрезии аноректальной области толстой кишки и др.

Цель исследования. Применение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике пороков развития толстой кишки у детей с хроническим колостазом.

Материал и методы. В отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП с 2006 г. по настоящее время на лечении находились 80 детей с различной патологией толстой кишки, страдающих хроническими запорами, из них 49 (61,3%) мальчиков и 31 (38,7%) девочка, в возрасте от 1 года до 14 лет. Большинство пациентов были в возрасте от 3 до 12 лет – 50 (62,5%).

МСКТ проводилось 28 детям при затруднениях в постановке недостаточной информативности других методов исследования и с целью определения уровня резекции толстой кишки при оперативном вмешательстве. Детям с длительным анамнезом запоров с целью подготовки толстой кишки к исследованию проводили сифонные клизмы с гипертоническим раствором в течение 3-4 дней. МСКТ осуществлялось на 40-срезовом компьютерном томограмме Brilliance фирмы Philips при следующих параметрах: 50-140 мАс, 80 кВ, толщина среза 1,5 мм. Сканирование осуществлялось в положении пациента на спине с предварительным введением путём клизмы 1,5 л воды с добавлением 76% 20 мл контрастного вещества тразографа или нагнетанием воздуха в просвет толстой кишки.

Результаты. С целью изучения состояния толстой кишки использовали различные программы: 3D реконструкция, двухмерные многополостные реконструкции. При этом определяли форму кишки, ее расположение, контуры, гаустрацию, ширину просвета на всем протяжении, наличие деформаций контура, стенозов, удлинённых отделов или добавочных петель толстой кишки. Трёхмерный слепок просвета толстой кишки позволял выявить цекоилеальный рефлюкс, аномалии развития (долихосигма, долихоколон, мегаколон). На аксиальных срезах и мультиплоскостных реформациях проводили

измерение и оценку толщины стенки кишки.

Выявленная по результатам МСКТ с контрастированием патология была представлена следующими формами: долихосигма – у 13 (46,4%), долихоколон или долихомегаколон – у 8 (28,6%), цекоилеальный рефлюкс – у 7 (25%), синдром мальротации – у 3 (10,7%) детей.

Критериями диагностики долихосигмы, по данным МСКТ, явилось удлинение сигмовидной кишки, с формированием двух петель и более, расположение удлинённых петель сигмовидной кишки в правых отделах брюшной полости. Долихомегаколон диагностировали на основании удлинения и расширения толстой кишки на всём её протяжении, цекоилеальный рефлюкс – на основании заполнения тонкой кишки контрастом в результате заброса его из толстой кишки.

Таким образом, в диагностике пороков развития толстой кишки при хроническом колостазе альтернативным методом является МСКТ толстой кишки. С помощью 3D реконструкции можно рассмотреть кишку в разных плоскостях, производить срезы в различных участках и с помощью этого оценить состояние кишки и определить тактику хирургического лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЁГКИХ И ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш.,

Абдусаматов Б.З., Усманов Х.С.

**Республиканский научно-практический центр
малоинвазивной и эндовизуальной хирургии
детского возраста**

Основным достижением интенсивного развития торакоскопической хирургии является адекватная, значительно лучшая визуализация органов грудной клетки. Благодаря миниинвазивности, малотравматичности современной видеоаппаратуры и специального инструментария диагностическая манипуляция превратилась в качественный высокоэффективный метод хирургического лечения торакальных больных особенно у детей. Сегодня торакоскопия – это ценный лечебно-диагностический метод в гнойной хирургии лёгких у детей.

Материал и методы. В 2007 – 2013 гг. видеоторакоскопические вмешательства на органах грудной полости выполнены у 83 детей в возрасте от 1,5 до 18 лет. Внутрилёгочные формы БДЛ; абсцессы лёгких установлены у 37 (44,6%) (дренирующиеся в бронх – 11 (29,7%), недренирующиеся – 26 (70,3%), легочно-плевральные формы – у 46 (55,4%); пиопневмоторакс – у 34 (73,9%), пиоторакс – у 12 (26,1%) больных.

Всем больным после объективного осмотра проводили рентгенологическое обследование, УЗИ, компьютерную томографию органов грудной клетки для оценки состояния плевральной полости, определения локализации внутриплеврального содержимого, вызывающего сдавление лёгкого, а также стадии клинического течения заболевания.

Показаниями к видеоторакоскопическим операциям у детей с легочно-плевральными формами острого гнойного деструктивного процесса служили пневмоторакс или пиопневмоторакс (с синдромом «внутригрудного напряжения»), обширный фиброторакс, внутриплевральные осумкования, коллапс поражённого лёгкого, поддерживаемый бронхоплевральными сращениями, массивными гнойно-некротическими наложениями в плевре и остаточными полостями с сформировавшимися бронхоплевральными свищами.

Для проведения торакоскопии использовали методику общей анестезии с раздельной интубацией бронхов, во время операции давление газа в плевральной полости поддерживали с помощью инсуффлятора на уровне 7-9 мм рт.ст., при последующих – с применением методики «открытых троакаров».

С помощью видеоторакоскопии нами выполнены: плеврорлиз, декорткация лёгкого путём удаления обширных фибринозно-гнойных пластов с его поверхности, пункция и дренирование абсцесса лёгкого. После введения торакопортов под контролем видеосистемы проводили адгезиолизис имеющихся спаек, рассечение шварт, с помощью электроотсоса удаляли содержимое плевральной полости. Гнойные и фибриновые налеты париетальной и висцеральной плевры удаляли с помощью эндоскопических инструментов. Абсцессы, гнойные осумкованные полости вскрывали и пунктировали под видеоконтролем. При выявлении мелких бронхиальных свищей проводили их санацию и коагулирование. Плевральную полость промывали раствором диоксида, затем ее дренировали с подключением к активной аспирации.

При эмпиеме плевры I стадии лечение начинали с торакоскопии, во время которой удаляли выпот, фибрин, при необходимости производили пневмоллиз. У больных со II стадией эмпиемы плевры гнойную жидкость, фибрин и некротизированные ткани удаляли электроотсосом под визуальным контролем. Особое внимание уделяли освобождению реберно-диафрагмальной борозды. После завершения плеврорлизиса и плевроэктомии плевральную полость дренировали под видеоконтролем и промывали раствором диоксида. Дренажи подключали к аппарату постоянной аспирации. Операцию заканчивали форсированным расправлением лёгкого с целью его расправления.

Время торакоскопии – в среднем 55-60 мин, послеоперационного дренирования плевры – 4-5 суток, продолжительность пребывания больных в стационаре после операции 10-13 дней.

Таким образом, наш опыт свидетельствует о преимуществах видеоторакоскопии у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями легких и плевры, которые заключаются в более низком проценте интра- и послеоперационных осложнений за счёт малоинвазивности, меньшей травматичности операционного доступа и манипуляций, а также отсутствии осложнений со стороны операционной раны.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Абдусаматов Б.З.
Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндоскопической хирургии детского возраста

Быстрое развитие эндоскопической хирургической технологии позволяет значительно расширить перечень хирургических вмешательств, выполняемых малоинвазивным способом. Закрытые и открытые травмы органов брюшной полости и грудной клетки является неотложным состоянием в хирургии детского возраста, несвоевременная их диагностика приводит к нежелательным последствиям.

Цель работы. Улучшение результатов лечения при травмах органов грудной клетки и брюшной полости у детей.

Материал и методы. В Республиканском научно-практическом центре малоинвазивной и эндоскопической хирургии детского возраста в последние 4 года (2006-2013) на лечении находилось 36 детей в возрасте от 4 до 14 лет с сочетанной травмой: с закрытой травмой органов брюшной полости и черепно-мозговой травмой.

Диагностика политравмы усложнялась наличием черепно-мозговой травмы, травматического шока и вызванного ими расстройством сознания. Состояние больных при поступлении было оценено как тяжелое и крайне тяжелое. Реанимационные мероприятия начинали проводить сразу же после поступления больного в приемное отделение, одновременно проводился объективный осмотр больного с использованием клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования с привлечением врачей смежных специальностей для уточнения масштабов травмы и выбора тактики лечения.

Результаты. При поступлении всем детям было проведено ультразвуковое сканирование органов брюшной полости.

У 26 из 36 пострадавших с закрытой травмой брюшной полости не удалось полностью исключить острую хирургическую патологию со стороны органов брюшной полости при клиническом наблюдении с использованием неинвазивных методов исследования. Ушиб передней брюшной стенки без повреждения внутренних органов выявлен у 10 детей. У 26 больных отмечалось расстройство сознания различной степени, у всех выявлен травматический шок, который обуславливал тяжесть состояния и эндоскопически повреждения органов брюшной полости, и внутрибрюшное кровотечение не было исключено. В этих случаях лапароскопия дала возможность оценить характер патологии в брюшной полости и забрюшинном пространстве (при ее наличии), установить клинический диагноз, сформулировать показания к оперативному лечению у 26 и к консервативной терапии – у 10 больных. Ограничиться эндоскопическими манипуляциями удалось у 6 боль-

ных: санация, дренированием брюшной полости, ушивание и коагуляцией места кровотечения и др.

Таким образом, наличие сочетанной черепно-мозговой травмы и вызванное ею нарушение сознания, а также травматический шок, значительно затрудняя диагностику повреждений органов брюшной полости. Комплексное использование УЗИ позволяет выявить повреждения органов брюшной полости и грудной клетки. Лапароскопия у детей является высокоинформативным методом исследования, который значительно оптимизирует диагностику и лечение травм органов брюшной полости у детей.

РОЛЬ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДЕТЕЙ

*Тожибаев А.Т., Каримбаев Ш.Т., Ашуров З.И.,
Исмоилов О.А.*

Наманганский филиал РНЦЭМП

В последнее время достигнуто значительное улучшение результатов лечения больных с нетравматическими кровоизлияниями, что напрямую связано с внедрением в лечебную практику современных неинвазивных методов визуализации патологии головного мозга, микрохирургической техники и эффективных методик интенсивной терапии в нейроанестезиологии.

Цель работы. Изучение эффективности применения мультислайсной компьютерной томографии в диагностике нетравматических кровоизлияний.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 59 больных, госпитализированных в Наманганский филиал РНЦЭМП в 2011 – 2013 гг. МСКТ проводилась всем больным.

Результаты. Дальнейшее совершенствование лечебного процесса возможно на основании МСКТ-мониторинга, диагностики возникающих осложнений, а также оценки эффективности лечебных мероприятий. С этой целью нами изучалась практическая значимость МСКТ-мониторинга в оценке динамики основных патологических процессов головного мозга и его возможность влиять на течение хирургического и медикаментозного лечения при развитии осложнений и ухудшения мониторируемой картины. При контрольных МСКТ-исследованиях оценивался объем остаточной полости, характер содержимого (кровь, ликвор, воздух) выраженность перифокального отека, локализации дренажной трубки, выявление в желудочковой системе крови и воздуха. Проводились измерение и дислокация срединных структур, выявлялись признаки отека головного мозга и объем ишемии. Полученная информация позволяет разработать тактику лечения, определить сроки удаления дренажной трубки.

Таким образом, МСКТ головного мозга при нетравматических кровоизлияниях является высокоинформативным методом диагностики, позволяющим выбрать тактику лечения и контролировать состояние головного мозга в динамике.

ВЫБОР АНЕСТЕТИКА В СХЕМЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ

*Хайрутдинова М.Х., Сатвалдиева Э.А., Васильченко В.З.,
Мамбетова Г.К., Ли Э.А., Хамраева Г.Ш.*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Лапароскопические методы оперативного вмешательства у детей завоевывают все больше признание. Параллельно с развитием эндохирургии совершенствуются методы проведения анестезии во время лапароскопических операций.

Цель. Выбор оптимального метода общей анестезии при лапароскопических вмешательствах у детей.

Материал и методы. Обследованы 38 больных в возрасте от 4 до 17 лет, оперированных по поводу экстренных абдоминальных заболеваний: острый и хронический аппендицит (20), киста яичника (8), подозрение на острое абдоминальное заболевание (10). Лапароскопические операции длительностью 60±20,5 минут были проведены 28 детям, диагностические лапароскопии длительностью 20±5,5 минут осуществлены у 10. Состояние детей до операции соответствовало I – III классу ASA.

Премедикация заключалась во внутримышечном введении за 30 минут до наркоза атропина, димедрола и промедола в возрастных дозировках. При проведении анестезии кетамин и пропофол в премедикацию добавляли сибазон 0,5% раствор из расчета 0,3 мг/кг. При лапароскопических операциях проводили комбинированную ингаляционную (эндотрахеальным методом) и внутривенную общую анестезию с добавлением фентанила и искусственной вентиляции легких с газонаркотической смесью закиси азота с кислородом (1:1 и 2:1). В зависимости от вида анестетика, используемого во время наркоза при лапароскопических операциях, дети были разделены на три группы. В 1-ю группу вошли 10 больных, у которых в схеме внутривенной анестезии использовали пропофол (индукция внутривенно из расчета 4 мг/кг; на поддержание – инфузия пропофола из расчета 12-10-8 мг/кг/ч и внутривенное болюсное введение фентанила в возрастных дозировках); 2-ю группу составили 14 детей, у которых в схему анестезии был добавлен кетамин/индукция – внутривенно кетамин из расчета 1-2 мг/кг, для поддержания внутривенная инфузия кетамина из расчета 1-1,5 мг/кг/ч и фентанила в дозе 2-4 мкг/кг/ч. В 3-й группе у 14 пациентов на всех этапах общей анестезии применяли изофлюран (ингаляция до 1,5 об.%) эндотрахеально в комбинации с внутривенным болюсным введением фентанила.

Выявлено отрицательное влияние карбоперитонеума на центральную гемодинамику и микроциркуляцию. Снижение минутного объема кровообращения, повышение общего периферического сопротивления, спазмирование артериол, сужение венул и капилляров, нарастание степени нарушения микроциркуля-

ции были более выраженными при карбоперитонеуме длительностью более 30 минут. Однако после эксуффляции углекислого газа из брюшной полости у большинства пациентов наблюдалось возвращение показателей центральной гемодинамики и периферического кровообращения к исходному уровню.

При проведении наркоза с использованием кетамина на этапах операции отмечался нормокинетический тип гемодинамики при некоторой активации симпатической нервной системы. Для сглаживания гемодинамических эффектов кетамина использовали инфузию низких доз препарата. При использовании в схеме анестезии изофлюрана нормокинетический тип гемодинамики сочетался с резким компенсаторным повышением активности симпатического отдела вегетативной нервной системы на этапах оперативного вмешательства. При введении в схему анестезии пропофола отмечался нормокинетический тип кровообращения на фоне умеренной активации симпатической нервной системы. У больных не наблюдалось выраженной циркуляторной депрессии на фоне внутривенного введения пропофола, описанной в литературе. Каких – либо осложнений со стороны гемодинамики, связанных с общей анестезией мы не наблюдали.

Таким образом, разработанные нами схемы общей анестезии, обеспечивают адекватную анестезиологическую защиту на этапах лапароскопического вмешательства. При лапароскопических операциях показано проведение комбинированной ингаляционной и внутривенной общей анестезии с инфузией пропофола или кетамина в комбинации с фентанилом, искусственной вентиляцией легких в режиме умеренной гипервентиляции.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Бургutow М.Д., Турсунов О.Д.

**Самаркандский медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ
педиатрии**

Среди нозологических форм острой хирургической инфекции по тяжести течения, трудностям диагностики и неблагоприятным исходам доминирующее место занимает острый гематогенный остеомиелит костей, образующих тазобедренный сустав (ОГО КТС). Основу успешной терапии составляет своевременная и эффективная верификация ОГО КТС, однако на сегодняшний день проблему диагностики данной патологии, особенно на ранних стадиях развития процесса, нельзя считать решенной.

Для решения этой проблемы нами произведено обследование 61 ребенка с ОГО КТС в возрасте от 4 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии Самаркандского филиала

детской хирургии РСНПМЦ педиатрии в 2004 – 2011 гг. Для дифференциальной диагностики ОГО КТС с другими воспалительными заболеваниями области тазобедренного сустава обследованы 32 больных ребенка с острым реактивным кокситом (РК). Все дети поступили в экстренном порядке с подозрением на ОГО КТС. Основной жалобой при поступлении были боли в области тазобедренного сустава, хромота или невозможность нагрузки на пораженную конечность и повышение температуры тела.

В ранние сроки 41 больному, поступившему с жалобами на острую боль в области ТБС, для дифференциальной диагностики применялась компьютерная томография. Первичный остеомиелитический очаг у 21 ребенка локализовался, в костях, образующих тазобедренный сустав, с вовлечением последнего, у 20 детей ОГО КТС был исключен и выставлен, диагноз РК. Последние благодаря проведению комплексной консервативной терапии выздоровели.

При проведении КТ исследования у больных с ОГО КТС в первые трое суток от начала заболевания наблюдался выраженный отек мягких тканей, окружающие пораженный сустав, который проявлялся нарушением нормальной структуры тканей. Мягкие ткани были увеличены в объеме. Пораженный сустав был несколько увеличен в объеме. В полости сустава и в мягких тканях вокруг сустава имелось умеренное количество жидкости. Суставная щель была несколько сужена, суставная поверхность тазовых костей негладкая, имелась шероховатость.

На 3-7 сутки от начала заболевания выявлены патогномоничные КТ-признаки ОГО. Кости таза были расположены обычно. Имелась деструкция верхней трети бедренной кости в области шейки с образованием инфильтратов в межмышечных пространствах на стороне поражения. В полости тазобедренного сустава определялся выпот, в некоторых случаях распространяющийся в межмышечные пространство, плотность снижалась. Отмечалось затушеванность, шероховатость контуров верхней стенки вертлужной впадины с деструкцией. На 3-и сутки жидкость в суставе становилась более густой, с участками разной плотности, что свидетельствовало о формировании гнойного артрита.

На поздней стадии заболевания вокруг пораженного тазобедренного сустава определялась зона перифокального отека мягких тканей с плотностью 12-37 НУ. Сам сустав был увеличен в объеме, вокруг и снаружи определялись скопления жидкости. Суставная щель в этом суставе была сужена, суставная поверхность шероховатая.

Таким образом, введение в комплекс клинико-лабораторных методов диагностики острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей компьютерной томографии повышает возможности дифференциальной диагностики гнойного поражения костей тазобедренного сустава на ранних стадиях развития.

МАЛОИНВАЗИОННОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

*Шамсиев А.М., Данияров Э.С., Шамсиев Ж.А.,
Ибрагимов Ш.Ш.*

**Самаркандский медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ
педиатрии**

В детской урологической практике постоянно расширяется диапазон эндоскопических методов лечения. Одним из альтернативных решений оперативной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) распространенность которого у детей и подростков составляет 1%, от популяции является эндоколлагенопластика.

Цель исследования. Оценка эффективности эндоскопической трансуретральной коррекции ПМР с применением коллагена.

Материал и методы. В 2009 – 2013 гг. в отделении урологии Самаркандского филиала детской хирургии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии были проведены эндоскопические коррекции ПМР 32 пациентам в возрасте от 1 года до 14 лет. Среди больных девочек было – 22 (69%). По данным микционной цистографии ПМР II степени определен у 12 детей, III степени у 15, IV степени – у 5. Двусторонний рефлюкс диагностирован у 9 больных. Показаниями к проведению эндоскопического лечения ПМР были рецидивирующее течение пиелонефрита и тяжелая степень рефлюкса.

Эндоскопическое лечение ПМР заключалось в трансуретральном подслизистом введении 7% коллагена производства фирмы «МИТ» (Россия) под устье мочеточника с формированием болюса, служащего «опорой» для мочеточника, стенки которого, прилегая друг к другу, обеспечивают клапанную антирефлюксную функцию, препятствующую обратному оттоку мочи. Эндоскопическое вмешательство проводилось под кратковременным наркозом с использованием операционного цистоскопа фирмы Рихард Вольф (Германия) диаметром 8,9 Ch по методике, разработанной в отделе урологии и нейроурологии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии (Казанская И.В., Бабанин И.Л.).

Эндоколлагенопластика уретеро-везикального сегмента мочеточника выполнена 32 пациентам на 41 мочеточнике, из них у 9 детей с обеих сторон одновременно. Длительность вмешательства составляла 10-15 минут. Осложнений не отмечалось.

Результаты. Эффективность эндоколлагенопластики оценивали через 6 и 12 месяцев после вмешательства у всех 32 больных. Обострения рецидивирующего пиелонефрита купированы у 90% больных. При контрольной цистографии отсутствие рефлюкса отмечалось у 62% детей со II и III степенью. У 18% больных диагностировано уменьшение степени рефлюксации с III до II и с IV до III степени. В целом эффективность

эндоскопического лечения составила 80%. Пациентам с отсутствием эффекта выполнена повторная эндоскопическая коррекция.

Таким образом, трансуретральная коррекция ПМР у детей является экономически целесообразным, малоинвазивным, эффективным методом лечения и реальной альтернативой традиционным хирургическим вмешательствам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МАЛОИНВАЗИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

*Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С.,
Ибрагимов Ш.Ш.*

**Самаркандский медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ
педиатрии**

В последние десятилетия малоинвазивные эндохирurgical вмешательства с успехом применяются в лечении обструктивных уропатий (ОУ) у детей.

Под нашим наблюдением находились 86 пациентов с ОУ в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Мальчиков было 49, девочек 37.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – установлен у 32 (37%) больных, камень нижней трети мочеточника – у 26 (30%), обструктивный мегауретер (ОМУ) – у 17 (20%), врожденный гидронефроз – у 11 (13%).

Эндоскопическое лечение ПМР заключалось в трансуретральном подслизистом введении под устье мочеточника коллагена с формированием коллагенового болюса. Эндоскопическое лечение ОМУ и камней нижней трети мочеточника включало в себя: ретроградную катетеризацию мочеточника с последующей установкой «низкого» трансуретрального мочеточникового стента оригинальной конфигурации. Длительность трансуретрального дренирования мочевой системы при ОМУ 1-2 месяца, у пациентов с камнем нижней трети мочеточника – 7-10 дней. Эндоскопическое лечение гидронефроза включало: ретроградную катетеризацию лоханки проводником под ультразвуковым контролем с последующей установкой трансуретрального полиуретанового мочеточникового стента с двумя «свиными хвостами».

Эффективность эндоколлагенопластики оценивали через 6 и 12 месяцев после вмешательства у всех 32 больных. Обострения рецидивирующего пиелонефрита купированы у 90% больных. При контрольной цистографии отсутствие рефлюкса отсутствовало у 62% детей со II и III степенью. У 18% больных диагностировано уменьшение степени рефлюксации с III до II и с IV до III степени. В целом эффективность эндоскопического лечения составила 80%. Пациентам с отсутствием эффекта проводилась повторная эндоскопическая коррекция.

Эффективность эндоскопического лечения ОМУ оценивали через 12 месяцев после вмешательства. При контрольной экскреторной урографии у 72% детей

с III-IV степенью ОМУ отмечалось уменьшение ретенции чашечно-лоханочной системы и мочеточника в 1,5-2 раза. У всех больных диагностировано улучшение функции почки.

В результате применения эндоскопического лечения при камнях нижней трети мочеточника болевой синдром купирован у всех 26 больного. 3 пациентам удалось выполнить эндоскопическую литоэкстракцию. У 9 детей наблюдалось самопроизвольное отхождение камней после удаления стента. У 14 больных произведена уретеролитотомия на стенте. Функция почки у всех больных восстановлена.

При контрольной экскреторной урографии уменьшение ретенции чашечно-лоханочной системы в 1,5-2 раза отмечалось у 8 детей с III-IV степенью гидронефроза.

Эндоскопические методы лечения ОУ, показавшие высокую эффективность, могут применяться у детей всех возрастных групп. Преимуществами эндоскопических операций являются сокращение длительности наркоза, снижение до минимума травматичности вмешательства, минимальный риск осложнений, короткий госпитальный период, возможность повторных эндоскопических и хирургических вмешательств.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

*Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Солиев Б.Э.,
Ходжаев Х.Б., Исхаков Н.Б., Жаббаров Б.А.*
Наманганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В Наманганском филиале РНЦЭМП в 2000–2013гг. на стационарном лечении находились 129 детей с подозрением на закрытые повреждения селезенки. Мальчиков было 88 (68,2%), девочек – 41 (31,8%) возраст больных – от 4 до 18 лет. Большинство были больные подросткового возраста от 14 до 17 лет (85; 65,9%). В первые часы после травмы поступили 75 (58,1%) детей, до 3 ч – 42 (32,6%), до 6 ч и более – 12 (9,3%). Всем больным проведены клинико-лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые исследования брюшной полости.

Результаты. Анализ причин травм показал, что при падении с высоты травму получили 39 (30,2%) пациентов, в ДТП – 68 (52,7%), в результате удара тупым предметом – 22 (17,1%).

У 24 (18,6%) детей в связи с явными признаками внутрибрюшной катастрофы и нестабильной гемодинамикой выполнены экстренные лапаротомии. У 105 (81,4%) детей со скрытой клинической картиной травмы органов брюшной полости, неопределённой ультразвуковой картиной и подозрением на повреждение внутренних органов произведена диагностическая лапароскопия.

У 15 (14,3%) пострадавших во время диагностической лапароскопии обнаружен разрыв селезенки, гемоперитонеум более 500 мл, что потребовало перехода на лапаротомию.

У 16 (15,2%) пострадавших повреждения органов

брюшной полости не выявлены, у 12 (11,4%) отмечалась забрюшинная гематома с сохранением целостности брюшины, у 9 (8,7%) – гематома брыжейки тонкой кишки.

У 29 (27,6%) больных с внутрибрюшным кровотечением до 300 мл выявлены надрывы капсулы и разрывы селезёнки от 0,6х1,5 до 1,0х3,0 см, глубиной до 0,5-1,0 см, с фиксированными сгустками крови без продолжающегося кровотечения.

У 24 (22,8%) больных с капиллярным кровотечением из капсулы селезенки гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией. Во всех случаях видеолaparоскопия была завершена удалением сгустков крови, орошением поврежденного участка селезенки холодным физиологическим раствором, ирриго-аспирацией промывных вод брюшной полости и дренированием левого поддиафрагмального пространства, полости малого таза.

В послеоперационном периоде больным проводились гемостатическая терапия и ультразвуковой скрининг. Рецидив кровотечения наблюдался у одного ребенка, которому выполнена традиционная спленэктомия. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения не наблюдались.

Таким образом, у большинства больных диагностическая лапароскопия позволила избежать лапаротомии и ограничиться лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости. Видеолaparоскопия при закрытой травме селезенки у детей позволяет повысить качество диагностики, уменьшить количество напрасных лапаротомий и послеоперационных осложнений.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ КЛИПИРОВАНИЕ ФУЗИФОРМНОЙ АНЕВРИЗМЫ СУПРАКЛИНОИДНОГО ОТДЕЛА ПРАВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ (ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ)

*Юха Х.Н.¹, Махкамов К.Э.², Насимов С.Т.²,
Кузibaев Ж.М.²*

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

¹Клиника Университета Хельсинки, Финляндия

Основной задачей в лечении детей с аневризмами сосудов головного мозга является выключение аневризмы из кровотока с целью предупреждения ее разрыва. Церебральные аневризмы являются наиболее частой причиной субарахноидального кровоизлияния. Они диагностируются в 49-50% случаев от всех субарахноидальных кровоизлияний. Аневризмы внутренней сонной артерии составляют от 21,5 до 31,5% от всех разорвавшихся аневризм. Несмотря на успехи в лечении, проблема хирургии больных с аневризмами сосудов головного до настоящего времени сохраняет свою актуальность в связи с высокой инвалидизацией и летальностью.

С целью повышения знаний и навыков специалистов по микрохирургии церебральных аневризм в Ре-

спубликанском научном центре экстренной медицинской помощи 6-10 января проводился мастер-класс с участием всемирно известного нейрохирурга профессором Юха Хернесниеме из клиники Университета Хельсинки. Произведено 5 демонстративных операций по микрохирургическому клипированию фузиформных больших аневризм различной локализации. Оперирован 1 больной 10 лет с фузиформной аневризмой супраклиноидного отдела правой внутренней сонной артерии. В анамнезе у больного в течение 6 месяцев отмечались сильные головные боли и головокружение, в связи с чем произведена МРТ головного мозга с ангиорежимом, где выявлены признаки аневризмы правой внутренней сонной артерии. В неврологическом статусе у больного очагового неврологического дефицита не наблюдалось. По данным предоперационной МСКТ ангиографии интракраниальных артерий больного размеры аневризмы составляли 21 на 15 мм, аневризма с вовлечением офтальмической артерии, проксимальных отделов правой передней и правой средней мозговой артерии, отхождение задней соединительной и перфорантных артерий.

Подход к аневризме осуществлен через латеральный супраорбитальный доступ справа. После произведенного разреза кожного покрова и краниотомии гребень основной кости сточен до основания крыши орбиты с помощью алмазного бура электрического краниотома фирмы Эскулап. Под микрохирургическим увеличением с помощью микроскопа OPMI Vario

после вскрытия твердой мозговой оболочки произведен доступ к оптикокаротидной цистерне под основанием правой лобной доли, произведено вскрытие цистерны путем диссекции микроножницами. Релаксация головного мозга достигнута путем вскрытия терминальной пластины третьего желудочка мозга. Микрохирургическим путем выделены А1 сегменты правой и левой передних мозговых артерий и на эти сосуды установлены временные клипсы. Путем микрохирургической диссекции выделена шейка аневризмы, по оси внутренней сонной артерии установлена полуизогнутая клипса. Временные клипсы сняты в обратном порядке после 1,5 мин прижимания. Наложено 9 клипс перпендикулярно к основанию аневризмы с формированием нового сосудистого русла, проходящего через просвет фузиформной аневризмы. Интраоперационно произведена церебральная ангиография, на которой отмечается адекватное состояние клипс и удовлетворительный кровоток по сосудам мозга. Твердая мозговая оболочка ушита непрерывными швами, костный фрагмент уложен на место и фиксирован краниофиксами.

Компьютерная томография головного мозга через 2 ч. после операции показала отсутствие признаков интракраниального кровоизлияния и зоны ишемии головного мозга. В послеоперационном периоде состояние больного с улучшением, больной выписан на 13 сутки после госпитализации в удовлетворительном состоянии.

V. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**Ахмедиев Т.М.****Ташкентская медицинская академия**

Под наблюдением были 424 детей с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) в возрасте от 2 месяцев до 14 лет, госпитализированных в Республиканский научный центр нейрохирургии. При определении клинической формы ЧМТ учитывались критерии адаптированной к детскому возрасту классификации ЧМТ (Артарян А. А. и др., 1998).

По возрасту дети распределены на следующие группы: грудной, ясельный, дошкольный, младший школьный, средний школьный. Мальчиков было 284 (67,0%), девочек – 140 (33,0%). Детей грудного возраста было 36 (8,5%), ясельного – 82 (19,3%), дошкольного – 76 (17,9%), младшего школьного – 155 (36,6%), среднего школьного – 75 (17,7%). У мальчиков тяжелая ЧМТ встречалась в 2 раза чаще, чем у девочек. В группе детей до 1 года мальчиков и девочек было одинаковое число – по 18 (50%). С возрастом нарастает удельный вес пострадавших мальчиков. Это мы объясняем характерологическими особенностями пола пострадавших детей: мальчики подвижные и импульсивные, девочки – более спокойные и уравновешенные.

По виду ЧМТ была разделена на бытовую, дорожно-транспортную, школьную. Бытовая ЧМТ имела место у 315 (74,2%) пострадавших, дорожно-транспортная травма – у 101 (23,9%), школьная – у 8 (1,9%). Бытовые травмы чаще встречались у детей грудного возраста. Это объясняется тем, что из-за невнимательности родителей и взрослых дети получают травмы при падении с рук, из коляски, из кровати. Дорожно-транспортная ЧМТ больше встречалась у детей дошкольного и школьного возраста, что связано с ослаблением контроля со стороны взрослых, а также повышенной активностью детей.

Повреждения мягких покровов головы при ЧМТ требуют серьезного клинического внимания в связи с их распространенностью, а также угрозой развития гнойно-воспалительных местных, а иногда черепных и внутричерепных осложнений. Тяжелая ЧМТ у 385 (90,8%) детей сопровождалась повреждением мягких покровов головы. Повреждения мягких покровов головы при очаговых ушибах головного мозга чаще встречались у детей грудного возраста, при сдавлении головного мозга – у детей ясельного возраста. Местом приложения травмирующей силы у 65 (15,3%) пострадавших была лобная область головы, у 21 (5,0%) – лобно-теменная, у 36 (8,5%) – височная, у 124 (29,3%) – теменная, у 23 (5,4%) – затылочная, у 26 (6,1%) – лобно-височная, у 81 (19,1%) – теменно-височная, у 29 (6,8%) – теменно-за-

тылочная. У 19 (4,5%) детей установить его не удалось. Закрытая ЧМТ встречалась у 229 (54,0%) пострадавших, открытая непроникающая – у 132 (31,1%), проникающая – у 63 (14,9%). Закрытая ЧМТ доминировала у детей грудного возраста, открытая ЧМТ – у детей младшего школьного возраста, проникающие повреждения – у детей ясельного и дошкольного возраста. 70 (16,5%) детей поступили в удовлетворительном состоянии, 151 (35,6%) – в средней тяжести, 203 (47,9%) случаях – в тяжелом. У 260 (61,3%) больных установлен факт первичной потери сознания. Кровотечение из носовых ходов отмечалось у 20 (4,7%) детей, из слуховых проходов – у 16 (3,8%), из ротовой полости – у 4 (0,9%), их сочетание – у 4 (0,9%), признаков наружного кровотечения не наблюдалось у 380 (89,7%) пациентов. Ликворея из носа была у 8 (1,9%) детей, ушная – у 15 (3,5%). 139 (32,8%) детей жаловались на умеренную головную боль, выраженная головная боль была у 17 (4,0%). Рвота при поступлении была у 22 (5,2%) детей, повторная наблюдалась у 112 (26,4%). В ясном сознании, были 211 (49,8%) детей, умеренном оглушении – 60 (14,1%), в глубоком оглушении – 23 (5,4%), в сопоре – 53 (12,5%), в умеренной коме – 48 (11,3%), в глубокой коме – 19 (4,5%), в запредельной коме – 10 (2,4%).

Переломы костей черепа являются фактором риска повреждения ТМО, подлежащего вещества мозга и соответствующих сосудов с развитием кровотечений и формирования внутричерепных гематом. В процессе обследования краниография у 317 (74,8%) детей выявила переломы костей черепа, переломы костей черепа отсутствовали у 102 (24,0%). Эхо-ЭГ без смещения срединных структур было у 274 (64,6%) обследованных, до 2 мм смещение было у 5 (1,2%), от 2 до 4 мм у 87 (20,5%), от 5 до 7 мм у 49 (11,5%), от 8 до 10 мм, у 5 (1,2%), более 10 мм у 4 (1,0%). Изолированная ЧМТ имела место у 351 (82,8%) ребенка, сочетанная – у 70 (16,5%), комбинированная – у 3 (0,7%). Во всех возрастных группах доминирует изолированная ЧМТ. У грудных детей наблюдалась только изолированная ЧМТ. Сочетанная и комбинированная травмы встречались только у школьников. Это обстоятельство связано с тем, что дети грудного возраста получают однотипные по механизму повреждения головы при падении с высоты кровати или пеленального столика. С увеличением возраста детей число случаев изолированной ЧМТ уменьшается, но при этом нарастает удельный вес случаев сочетанной и комбинированной ЧМТ.

Таким образом, тяжелая ЧМТ у детей характеризуется своеобразием и тяжестью повреждений. Выявленные закономерности структуры травматизма диктуют необходимость углубленного изучения тяжелой ЧМТ у детей.

ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Исроилов Ш.Ш.

**Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский медицинский институт**

Согласно литературным данным, ожоги пищевода в 70% случаев встречаются у детей до 3 лет. У детей ожоги пищевода возникают при случайном проглатывании горячей жидкости, едких химических веществ, в состав которых входят кислота и щелочь, ожоги ротовой полости сочетаются с ожогами дыхательных путей. Тяжесть местных поражений зависит от химической природы и концентрации выпитой жидкости. Лечение такой грозной патологии представляет большую проблему.

Цель исследования. Комплексное лечение ожогов пищевода у детей, поступивших в поздние, с использованием раннего бужирования пищевода в сочетании с региональной претрахеальной лимфатической терапией, направленной на борьбу с отеком, некрозом и инфекцией.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 48 детей. Поступившие в отделение детской хирургии АФ РНЦЭМП в 2011-2013 гг. с различными ожогами пищевода, мальчиков было 29, девочек-19. Детей до 3 лет было 42 (87,5%); 3 – 5 лет – 5 (10%); 5 лет и старше – 1 (2,5%). Контрольную группу составили 20 детей, которые получали традиционное лечение по общепринятой схеме. У пациентов основной группы, в комплексном лечении использовалась региональная претрахеальная лимфатическая терапия, которую проводили через претрахеальную клетчатку один раз в сутки. В качестве лимфостимулятора использовали лидазу 8-16 ЕД, гепарин 80 ед/кг массы тела. Указанная методика дополнена нами лимфотропным введением следующих препаратов: 0,25% раствор новокаина 5-10 мл (с учётом массы тела), одноразовая доза антибиотика широкого спектра действия и суспензия гидрокортизона в дозе 1 мг/кг массы тела. В результате быстрого снижения отёка, воспаления тканей и укорочения 1-2 периодов патоморфологического течения патологии, начиная с 7-10 суток, проводили бужирование пищевода, ежедневно увеличивая диаметр бужа на один номер, до № 24.

Результаты. Все 28 больных основной группы с химическим ожогом пищевода после лечения, по предложенной методике выписаны в удовлетворительном состоянии, без признаков дисфагии. Местных осложнений лимфотропной терапии не наблюдалось.

Сочетание региональной лимфатической претрахеальной терапии с ранним бужированием в лечении химических ожогов пищевода привело к тому, что ни у одного из наблюдаемых нами больных не возникало показаний к хирургическому лечению.

В контрольной группе у 3 больных наблюдалась дисфагия и болевой синдром, у 2 – эзофагит, у 3 – пневмония, у 1 – медиастенит.

Использование в лечении химических ожогов пищевода метода сочетанной региональной лимфатической претрахеальной терапии с ранним бужированием позволило сократить расходы на медикаменты, в частности на наркотические и сильнодействующие препараты, сократить сроки пребывания больных в стационаре в среднем на 3,5 дня.

Таким образом, своевременное лечение, включающее претрахеальную лимфатическую терапию с ранним бужированием, предупреждает стенозирование и существенно улучшает результаты.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В УРГЕНТНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Исхаков Б.Р.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В 2000-2013 гг. в Наманганском филиале РНЦЭМП при неясной клинической картине острой патологии органов брюшной полости с подозрением на острый аппендицит диагностическая лапароскопия была выполнена у 373 детей в возрасте от 3 до 17 лет. Мальчиков было 198 (53,1%), девочек – 175 (46,9%).

Результаты. У 95 (25,5%) больных диагностирован острый аппендицит, по поводу которого и выполнена лапароскопическая аппендэктомия. У 17 (17,9%) детей была катаральная, у 78 (82,1%) – флегмонозная и гангренозная формы острого аппендицита.

У 46 (48,2%) оперированных количество перитонеального экссудата варьировало от 40 до 100 мл. Серозно-фибринозный характер перитонеального экссудата был у 38 (82,6%) больных, гнойный – у 6 (13%), гнойный с примесью кишечного содержимого – у 2 (4,4%).

Местный неограниченный перитонит диагностирован у 32 (69,5%) больных, местный ограниченный (абсцесс) – у 8 (17,4%), диффузный – у 5 (10,8%), разлитой перитонит – у 2 (4,3%). На диагностическом этапе лапароскопии в связи с атипичным расположением червеобразного отростка у 11 (11,6%) больных осуществлена конверсия на традиционный способ аппендэктомии.

На диагностическом этапе при лапароскопии у 278 пациентов были диагностированы следующие формы патологии: острый мезентеральный лимфаденит – у 75 (20,1%) пациентов, дивертикулит Мекелля – у 16 (4,3%), туберкулёзный полисерозит – у 12 (3,2%), илеоцекальная инвагинация – у 5 (1,3%), диплококковый перитонит – у 13 (3,5%), цирроз печени с асцитом – у 12 (3,2%), гангрена желчного пузыря – у 2 (0,5%), прорыв эхинококковой кисты печени в брюшную полость – у 1 (0,25%).

Острая гинекологическая патология выявлена у 70 (18,8%) девочек. Лапароскопическая кистэктомия выполнена 21 пациенткам, при апоплексии яичника диатермокоагуляция яичника произведена у 28, санация полости малого таза при рефлюксе менструальной крови в брюшную полость осуществлена у 12 девочек, лапароскопическая санация брюшной полости при

гноино-воспалительных заболеваниях органов малого таза – у 9.

У 6 больных диагностирована перфоративная язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, им выполнено лапароскопическое ушивание.

У 66 (17,7%) детей при диагностической лапароскопии острая хирургическая патология со стороны органов брюшной полости не выявлено.

Таким образом, применение диагностической лапароскопии при подозрении на острый аппендицит у детей позволяет улучшить диагностику ряда интеркуррентных патологий органов брюшной полости, предупреждает напрасные аппендэктомии.

ОЦЕНКА ПРОДЛЕННОЙ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ-АНАЛГЕЗИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Каримов Ж.Х.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Методика продленной блокады хорошо зарекомендовала себя при проведении операций на конечностях у взрослых пациентов, однако работ анестезиологов педиатрического профиля недостаточно.

Цель работы. улучшение качества анестезии во время операции и длительности послеоперационного обезболивания на основе внедрения продленной проводниковой анестезии при травмах верхней конечности у детей.

Материал и методы. продленная проводниковая анестезия надключичным доступом с оставлением катетера для введения местного анестетика при локальных ожоговых травмах, механических травмах верхней конечности проведена 20 пациентам в возрасте от 2 до 14 лет, находившихся на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП в период с 2013 г по февраль 2014 гг.

Преобладали термические ожоги верхней конечности II-III степени, переломы плечевой кости и повреждения локтевого сустава.

Проводниковая блокада являлась компонентом общей анестезии во время операции. Индукция в наркоз осуществлялась болюсным введением дормикума (0,3-0,5 мг/кг) с последующей блокадой нервных стволов. Блокада проводилась надключичным доступом под контролем нейростимулятора с использованием набора «Contiplex А», в качестве местного анестетика использовался маркаин с адреналином. Адекватность продленной проводниковой анестезии у детей при операциях на верхней конечности и в раннем послеоперационном периоде оценивали на основании клинических, электрофункциональных и биохимических показателей. С целью объективной оценки состояния основных органов жизнеобеспечения детского организма использован ряд электрофизиологических, биохимических, радиоиммунных методов: ЭхоКГ, ЭКГ,

КИГ, пульсовая оксиметрия, некоторые показатели гомеостаза, кожная и ректальная термометрия. В послеоперационном периоде применяли оценочные шкалы боли: визуально-аналоговую шкалу, у детей средней и старшей возрастной группы словесно-вербальную шкалу.

Результаты. Проводниковая анестезия обеспечивала адекватную аналгезию поврежденной конечности. Дополнительного введения наркотических анальгетиков не понадобилось ни одному пациенту. Перевязки и послеоперационный период протекали безболезненно благодаря длительному обезболиванию, которое осуществлялось болюсным введением в перинеуральное пространство местного анестетика. Дети находились в комфортном состоянии без седации и дополнительной аналгезии наркотическими анальгетиками. Нахождение катетера в перинеуральном пространстве, в среднем, составило 3-4 дня. Инфекционных осложнений не было.

Таким образом, продленная проводниковая анестезия надключичным доступом является методом выбора обезболивания у детей с термической и механической травмой верхней конечности.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОТЕКА МОЗГА У ДЕТЕЙ

Мамадиева В.Х.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Отек головного мозга – наиболее тяжелый синдром неспецифического поражения головного мозга, клинически характеризующийся нарушением сознания и судорожным приступами. Отек мозга возникает у детей при общих инфекциях; токсических и гипоксических состояниях; острых нейроинфекциях; черепно-мозговых травмах; эпилептическом статусе; нарушениях мозгового кровообращения; соматических заболеваниях.

Главной причиной отека мозга является гипоксия, особенно в сочетании с повышением уровня углекислоты.

Цель. Сравнительный анализ исхода отека головного мозга при различных заболеваниях.

С 2013 г. под нашим наблюдением в отделении экстренной педиатрии и детской реанимации Джизакского филиала РНЦЭМП находились 90 больных, из них с нарушением мозгового кровообращения – 19 (21,1%), с соматическими заболеваниями – 21 (23,3%), с токсическими и гипоксическими состояниями – 25 (27,7%), с эпилептическим статусом – 15 (16,6%), с черепно-мозговой травмой – 10 (11,1%).

Всем больным проводились клинические исследования (общий анализ крови, рентгенография грудной клетки, ЭхоЭГ, ЭЭГ и КТ головного мозга, исследование глазного дна). У 73 (82%) обследованных детей диагностирована анемия, у 87 (97%) застойные диски зрительных нервов, у 88 (98%) при компьютерной томографии выявлено снижение плотности мозгового вещества, у 90 (100%) детей при ЭЭГ – снижение активности го-

ловного мозга (наблюдались возникновение тета- и дельта-волн).

Лечение проводилось индивидуально с учетом этиологии, степени тяжести и клиники заболевания. Неотложная помощь заключалась в придании голове возвышенного положения под углом 30°, санации верхних дыхательных путей, интубации и ИВЛ, оксигенации. Интенсивная терапия, прежде всего, направлена на снижение внутричерепного давления, нормализацию жизненно важных функций, улучшение мозгового кровотока и энергетического обмена мозга.

1. Противоотечная и дегидратационная терапия:

– дексаметазон в дозе 0,5 2 мг/кг каждые 4 ч в/м или в/в, с целью нормализации функции клеточной мембраны, а также уменьшения проницаемости капиллярной стенки сосудов мозга;

– осмотические диуретики – маннитол. Он вызывает интенсивный диурез, используется в виде 10 30% раствора, вводится в/в быстро в дозе 1 г сухого вещества на 1 кг массы тела;

– глицерин в дозе 1-2 г/кг. Его назначают перорально вместе с фруктовыми соками, при отсутствии сознания вводят через зонд.

2. Противосудорожная терапия: 0,5% раствор седуксена в дозе 0,05-0,1 мл/кг (0,3-0,5 мл/кг) в/м или в/в на 10% глюкозе.

3. В комплекс терапии отека мозга входит гипотермия, особенно краниocereбральная. Гипертермия уменьшает потребность клеток в кислороде. Наиболее простым способом является охлаждение головы (пузырь со льдом).

4. С целью улучшения метаболизма мозга парентеральное назначают витамины группы В, аскорбиновую кислоту в возрастных дозировках, АТФ по 1,0 мл 1-2 раза/сут. в/м, кокарбоксылазу 25-100 мг в сутки в/в или в/м, ноотропы и нейропротекторы (20% раствор пирacetama, кортексин, сомазин, глиатилин).

Полное выздоровление наступило у 8 (8,8%) пациентов. Постгипоксическая энцефалопатия с нарушением высших корковых функций, легкий интеллектуально – мнестический церебральный дефект наблюдались у 24 (26,6%) больных, декортикационный синдром (исчезновение приобретенных двигательных, речевых психических навыков), появление угасших симптомов орального автоматизма (сосательного, хватательного), умственная отсталость – у 17 (18,8%), децеребрационный синдром (стойкая децеребрационная ригидность мышц, косоглазие, грубый умственный дефект) – у 13 (14,4%). Умерли 28 (31,1%) больных.

Таким образом, при декортикационном и децеребрационном синдромах летальность у детей велика. При своевременном интенсивном комбинированном лечении, направленном на отдельные звенья патогенеза, можно добиться благоприятного исхода основного заболевания.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Мутаиллаев С.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Работа основана на опыте лечения 88 детей и подростков в возрасте от 4 до 18 лет с переломами длинных трубчатых костей конечностей у детей, находившихся в отделении детской травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз в 2013-2014 гг. Среди пострадавших детей преобладали мальчики – 60 (68,2%), что связано с их повышенной активностью, а девочек было 28 (31,8%). Наибольшее число пострадавших были в возрасте 4-7 – 30 (34,1%) и 8-11 лет – 28 (31,8%). Наименьшее число пострадавших были в возрастных группах 12-15 – 26 (29,5%) и 15-18 лет – 4 (4,5%).

Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий получили 15 (17,1%) пострадавших, в результате падения с высоты – 11 (12,5%), бытовая травма имела место – у 27 (30,7%), уличная – у 35 (39,8%). 47 (53,4%) пострадавших были доставлены в сроки до 2 часов после травмы, 29 (32,9%) – от 2 до 6 часов и только 13,6% больных поступили спустя 12 часов в порядке перевода из других лечебных учреждений. В срочном порядке (до 2 суток с момента госпитализации) оперативные вмешательства произведены 76 (86,4%) пациентам, в отсроченном порядке оперированы 12 (13,6%) больных.

Всем больным произведены операции малоинвазивно закрытым путем под контролем ЭОП с помощью спицами Илизарова или Киршнера в зависимости от возраста больного и поврежденного сегмента. С помощью ЭОП появилась возможность контролировать визуальную репозицию костных отломков, стабилизировать перелом длинных трубчатых костей в первые часы после травмы закрытым способом. 15 (17,1%) пострадавших выполнена остеосинтез плечевой кости, у 39 (44,3%) – костей предплечья у 20 (22,7%) бедренной кости, у 14 (15,9%) – костей голени. Время операции в среднем составляло 25-30 минут.

Техника выполнения малоинвазивного остеосинтеза длинных трубчатых костей спицами заключалась в следующем: под общим обезболиванием, под контролем электронно-оптического преобразователя производилась ручная репозиция костных отломков. После достижения удовлетворительного положения последних осуществлялась фиксация поврежденного сегмента с помощью спиц без обнажения места перелома. Места введения спиц определяли с учетом локализации перелома: с переломах верхней и средней трети плечевой кости спица вводилась через проксимальный метафиз. При переломах нижней трети спица вводилась через дистальный метафиз антеградно. До появления первичной костной мозоли, опреде-

ляемой рентгенологически после операции конечность дополнительно иммобилизовали лонгетной гипсовой повязкой. Сроки иммобилизации гипсовой повязкой определяли с учётом характера перелома и возраста ребёнка от 2 недель до 4 недель. Реабилитация заключалась в проведении ЛФК на поврежденную конечность.

Длительность консервативного лечения больных в стационаре от 2 до 3 недель. При малоинвазивном вмешательстве больные находились на лечении от 3 до 5 дней. Таким образом, сроки пребывания больных в стационаре сократилось от 16 до 10 дней. Отсутствие послеоперационных ран, обнажение мест переломов не требовало парентерального введения антибиотиков, так как во всех случаях антибиотики назначали перорально. У всех пациентов получены хорошие и отличные результаты.

Таким образом, описанная нами методика является методом выбора оперативного лечения переломов длинных трубчатых костей у детей. Использование ЭОП позволяет улучшить контроль за ходом операции, сократить время вмешательства, снизить интраоперационную кровопотерю и риск инфекционных осложнений, сократить сроки пребывания больного в стационаре. Простота и доступность методики позволяет шире использовать ее в практике детской травматологии.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Примов Ф.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В структуре травматизма мирного времени повреждения органов брюшной полости составляют 1,5-5% от числа экстренных больных. В мирное время преобладает закрытая травма живота, которая встречается в 2 раза чаще, чем открытая. Эту группу составляют тяжелые сочетанные травмы, полученные при авариях на транспорте вследствие падения с высоты, прямых ударов в живот, производственные и быту. Не менее актуален травматизм и среди детей.

В 2006–2013 гг. в отделении детской хирургии детям с подозрением на закрытую травму живота выполнено 135 операций лапароскопии. 70% пострадавших составили мальчики, возраст больных от 1,5 до 15 лет.

В основе тактических действий детского хирурга лежит определенная последовательность действий, основанная на информации, полученной в основном после объективного осмотра, а также лабораторных и инструментальных данных. Опорным моментом при оказании помощи травмированным детям является мониторинг гемодинамических показателей. Показанием к лапароскопии служат наличие свободной крови в брюшной полости на УЗИ, неуверенность в остановке кровотечения при стабильной гемодинамике больного.

Во время диагностических лапароскопий, выполненных по поводу травм, были диагностированы по-

вреждения селезенки (38), печени (34), поджелудочной железы (11) и тонкой кишки (12). У 15 больных патологии в брюшной полости не обнаружено. У 25 пациентов значительных повреждений внутренних органов не было выявлено. Имели место различного объема гематомы забрюшинного пространства, большого сальника, повреждения капсулы печени, связочного аппарата брюшной полости без признаков продолжающегося кровотечения. Больные с повреждениями полых органов оперированы в экстренном порядке традиционным способом.

Таким образом, лапароскопия и эндовидеохирургические методы у пострадавших детей с закрытой травмой и ранениями живота позволили подтвердить, уточнить или существенно дополнить предварительный клинический диагноз, объективно оценить ситуацию и незамедлительно произвести необходимые мероприятия.

ЗАВИСИМОСТЬ ДЕБЮТА СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ОТ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Садикова Г.К., Хамидова С.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Отсутствие систематических знаний о клинических особенностях судорожного синдрома при различных формах ДЦП осложняет проведение реабилитационных мероприятий и в части случаев обуславливает неблагоприятный прогноз болезни.

Цель исследования. Изучение особенностей судорожного синдрома в зависимости от формы ДЦП.

Материал и методы. В процессе ретроспективного и проспективного исследования проанализированы встречаемости эпилептических пароксизмов у 47 детей с различными формами ДЦП (26 мальчиков и 21 девочка). Возраст пациентов на момент анализа клинических данных – 7 до 14 лет.

Согласно классификации МКБ-10 (1999), дети были распределены на 3 группы в зависимости от формы ДЦП: 27 (57,4%) детей составили группу со спастической диплегией (СД), у 13 (27,7%) наблюдалась детская гемиплегия (ДГ), с гиперкинетической формой (ГФ) было 7 (14,9%).

Результаты. У 20 (42,6%) пациентов судорожный синдром дебютировал в возрасте до года, у 17 (36,2%) — до 3 лет, у остальных 10 — от 4 до 12 лет, уменьшаясь по частоте в среднем на 3-4% каждые 2,5-3 года. По распределению дебютирования судорожного синдрома в зависимости от форм ДЦП нами было установлено, что наиболее часто до одного года дебютировали пароксизмы у пациентов с ГФ — у 5 (71,4±5,6%), с СД — у 16 (59,2±4,8%) ($p<0,05$), с ДГ — у 2 (15,4±5,7%) ($p<0,05$). В возрасте 1-3 года дебют судорожного синдрома имел место у 2 (22,2%) пациентов с ГФ, у 9 (33,3%) с СД и у 5 (45,4%) с ДГ ($p<0,05$). В 4-7 лет припадки впервые появились у одного пациента с ГФ (11,1%), у 4 (14,8%) с СД и у 3 (27,2%) с ДГ. У остальных 5 пациентов-3 (11,1%) ребенка с СД, и 2 (18,2%) ребенка с ДГ — припадки де-

бютировали после 7 лет.

Заключение. При детских церебральных параличах судороги могут возникнуть в любом возрасте. У 41,8% больных их манифестация приходится на первый год жизни, но первое появление эпилептиформных приступов возможно в подростковом возрасте. Припадки у детей с СД возникают позже, чем при ГФ и еще позже, чем при ДГ. Относительно доброкачественное течение и клинический исход с урежением судорожных пароксизмов наблюдается у больных СД и ДГ. Напротив, тяжелое со стойкими, частыми, серийными эпилептическими пароксизмами, имеющими большой риск к трансформации и усложнению клинической картины припадков, отмечается у пациентов с ДГ.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Саидов Ф.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

По мнению многих авторов, хронический колостаз развивается вследствие нарушения моторно-эвакуаторных свойств ободочной и прямой кишки, вызванного врожденными или приобретенными расстройствами сосудистой и нервной трофики стенки кишки, дисплазии нервных ганглиев толстой кишки, что приводит к снижению частоты дефекации и обуславливает возникновение хронических запоров.

Цель исследования. Хирургическая тактика лечения осложненных форм хронического колостаза у детей в ургентной хирургии.

Материал и методы. В отделении неотложной хирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2006 по настоящее время на лечении находились 80 детей с различной патологией толстой кишки, страдающих хроническими запорами на протяжении 1-5 лет. Возраст детей – от 1 года до 14 лет, мальчиков было 49 (61,3%), девочек 31 (38,7%). Все пациенты поступили с клиникой острого живота: острым аппендицитом 48(59,7%), острой кишечной непроходимостью – 29 (36,4%), перфорацией толстой кишки и перитонитом – 1 (1,3%), болевым абдоминальным синдромом – 2 (2,6%). В анамнезе все пациенты отмечали боли и вздутие живота, отсутствие самостоятельного стула от 3 до 10 дней и более.

Все больные осмотрены согласно стандарту, который включал клинический и проктологический осмотр, лабораторные исследования, фиброколоноскопию, определения пассажа контрастной массы по пищеварительному тракту, ирригоскопию, УЗИ, МСКТ – исследование толстой кишки, исследование кишечной микрофлоры, сократительной функции анальных мышц.

В ходе диагностики у 15 (18,8%) детей диагностированы долихоколон или долихомегаколон, у 39 (48,7%)

– долихосигма, у 14(17,5%) – болезнь Гиршпрунга, у 1 (1,3%) – синдром Пайра, у 1(1,3%)-врожденное сужение анального канала, у 10 (12,5%)-функциональные запоры.

Результаты. Консервативным путем разрешить клинику острой кишечной непроходимости или кишечную колику удалось у 52 (65%) больных. Дети были выписаны на дальнейшее лечение в плановом порядке у хирурга и гастроэнтеролога в зависимости от тяжести и компенсации хронического колостаза.

Показаниями к хирургическому лечению служили: декомпенсация хронического колостаза; прогрессирующие симптомы нарушения функции опорожнения кишечника; существование в течение нескольких лет хронических запоров, неудовлетворительные результаты консервативной терапии хронических запоров; постоянное образование каловых камней; симптомы длительной интоксикации; постоянный болевой синдром, отставание ребенка в психомоторном развитии, выраженные биохимические и иммунные нарушения; усиливающиеся симптомы хронической кишечной непроходимости; острая кишечная непроходимость; перфорация толстой кишки.

По ургентным показаниям оперированы 28 (35%) детей. Из них 1 (3,6%) выполнена субтотальная колэктомия с выведением одностольной асцендостомы по поводу болезни Гиршпрунга, осложненной перфорацией толстой кишки и разлитым каловым перитонитом; 11 (39,3%) – брюшно– промежностная проктопластика по Свенсону-Хиату-Исакову, 1 (3,6%) – брюшно-промежностная проктопластика по Соаве в модификации Валео по поводу болезни Гиршпрунга; левосторонняя гемиколэктомия произведена у 6 (21,4%) больных; резекция сигмовидной кишки по поводу заворота сигмы при долихосигмы – у 5 (17,9%), анопластика – у 1 (3,6%); субтотальная колэктомия – у 3 (10,7%) пациентам по поводу частичной кишечной непроходимости на фоне долихомегаколон.

В раннем послеоперационном периоде до 2-3 недель осложнений со стороны брюшной полости не было. Через 6 месяцев после операции у 2 (7,1%) больных с болезнью Гиршпрунга наблюдался стеноз межкишечного анастомоза. У 1 (3,6%) больного через год после операции была клиника спаечной кишечной непроходимости, разрешенная консервативным путем. Хорошие результаты в отдаленном периоде получены у 14 (50%) оперированных больных, удовлетворительные – у 11 (39,3%).

Таким образом, только ранняя диагностика и своевременное лечение может улучшить качество жизни этих больных и предотвратить возможные осложнения. До настоящего времени не выбран оптимальный метод оперативного лечения, позволяющий исключить неудовлетворительные результаты. Не разработаны четкие показания к оперативному лечению. Учитывая это, в хирургические стационары все чаще поступают дети с осложненными формами колостаза.

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА У
УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ГЕМАТУРИИ****Хамроев Г.А.****Самаркандский филиал РНЦЭМП**

В последнее время популярность приобрели фармакологические способы гемостаза при урологических заболеваниях, основанные на обработке гемостатическими препаратами. Однако химические гемостатические препараты, например такие, как тахокомб, оказывают отрицательное воздействие либо очень дороги. Мы считаем, что при гематурии урологического происхождения может оказаться эффективной обработка спиртовой настойкой лагохилуса.

Цель исследования. Оценка эффективности местного применения спиртовой настойки и водного настоя лагохилуса при заболеваниях верхних и нижних мочевых путей, сопровождающихся гематурией, к которым относятся опухоли мочевыводящих путей, травмы, фимозные кровотечения, геморрагический цистит, ложные аденомы после аденомэктомии, ятрогенная гематурия и др.

Обследование включало клинико-анамнестические методы, выяснение перенесенных заболеваний общего характера мочевыделительной системы; лабораторные – общий анализ крови и мочи, определение показателей свертывающей и

противосвертывающей системы, степени примеси крови в моче, количественное определение объема кровопотери; инструментальные – уретроскопия, цистоскопия, катетеризация мочевого пузыря и мочеоточников, УЗИ, КТ.

Мы определяли объемы кровопотери из ложа аденомы после аденомэктомии при гемостазе спиртовой настойкой ($n=33$) и водным настоем ($n=21$) лагохилуса. Так, во время операции при гемостазе настойкой кровопотеря составила $280,4 \pm 9,8$ мл, настоем – $136,8 \pm 5,6$; кровопотеря в 1, 4 и 7 суток после операции составляла соответственно $401,4 \pm 7,6$, $56,6 \pm 3,14$; $42,1 \pm 2,4$ при обработке настойкой и $290,2 \pm 8,1$; $36,8 \pm 2,1$; $28,4 \pm 0,8$ при обработке настоем. Общий объем кровопотери при обработке настойкой лагохилуса составил $779,5 \pm 19,5$ мл, при обработке настоем – $350,2 \pm 10,2$.

У всех 54 обследованных нами больных удалось добиться гемостаза обработкой ложа лагохилусом и гидростатическим орошением мочевого пузыря, что свидетельствует о надежном местном гемостатическом свойстве лагохилуса.

Использование фармакологических методов гемостаза при гематурии урологической этиологии, таких как обработка водным настоем или спиртовой настойкой лагохилуса, позволяет улучшить результаты лечения, сократить сроки достижения гемостаза, оптимизировать имеющиеся гемостатические методы.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Организационные аспекты оказания экстренной педиатрической помощи детям в Республике Узбекистан <i>Алимов А.В., Туйчиев Л.Н., Алимова Х.П.</i>	5
Оптимизация организационных аспектов оказания помощи детям с сочетанной травмой <i>Алимова Х.П., Мусаев Т.С.</i>	6
Medical information technologies <i>Abdumanonov A.A.</i>	8
Организация экстренной медицинской помощи детям закрытыми повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости <i>Акилов Х.А., Алимова Х.П., Урмонов Н.Т., Примов Ф.Ш., Асадуллаев Д.Р.</i>	8
Ретроспективный анализ острых отравлений у детей, находившихся на лечении в отделении токсикологии Андижанского филиала РНЦЭМП в 2009–2013 гг. <i>Атаханов Ш.М., Джумабаев Э.С., Ходжиматов Н.Б., Газизов Б.А., Имомбердиев М.У., Махмудов О.О.</i>	9
Сочетанная черепно-мозговая травма у детей и вопросы совершенствования медицинской помощи <i>Ашуров З.И., Темиров Р.И., Абдусаттаров К.А., Тожибоев А.Т., Хайдаров У.А.</i>	10
К вопросу о лечении переломов проксимального конца плечевой кости с использованием наcostных пластин у детей и подростков <i>Валиев О.Э., Тиялков Х.А., Аскарлов Ф.М.</i>	10
Особенности диагностики и оказания догоспитальной помощи при закрытой травме живота <i>Исантурдиев У.И., Соатмуродов Ш.Н., Назаров У.Х., Кунишев Ш.У., Касимов Э.К.</i>	11
Эффективность применения стандартов оказания неотложной помощи при острых расстройствах дыхания у детей на госпитальном этапе <i>Кариева Ш.А., Джубатова Р.С., Хакимов Д.П.</i>	12
Неотложная терапия фебрильных судорог у детей <i>Курамагов Ш.Ю., Холматов Х.Х., Юлчиев Х.М., Рахмонов Р.Я.</i>	12
Опыт диагностики и лечения закрытых травм живота с повреждениями двенадцатиперстной кишки у детей <i>Курбонов Ш.Ш., Рашидов Х.М., Мукимов Р.А.</i>	13
Специфика оказания экстренной медицинской помощи детям при катастрофах и массовых поражениях <i>Лим В.И., Уралов Ш.М., Шакаров Ф.Р., Алиев А.Р.</i>	13
Ятрогения и ее место в детской смертности по данным аутопсий РНЦЭМП <i>Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вerveкина Т.А.</i>	14
Анализ детской смертности по данным аутопсий РНЦЭМП <i>Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вerveкина Т.А., Ташматов С.А., Кочетов В.Е., Мадазимов Ф.С., Иноятлов У.Н.</i>	15
Навойи вилоятида болалар травматизмининг тахлили <i>Маликов Ю.Р., Сайпиев А.С., Курбонов Ф.</i>	16
Организация экстренной медицинской помощи детям с сочетанными травмами на госпитальном этапе <i>Маликов Ю.Р., Сайпиев А.С., Астанов А.И., Хужакулов У.Б., Худойбердиев П.К., Холбоев Х.</i>	16

Роль медицинской сестры в социальной адаптации детей-инвалидов в общеобразовательных учреждениях <i>Мамедова Г.Б., Махмудов Н.И., Хайдарова Б.А., Кушаков Н.Х.</i>	17
Болаларда жисмоний тарбия машғулотларида шикастланишларни олдини олиш муаммолари <i>Махмудов Н.И., Акбаров М.Н., Туйчиева М.Н.</i>	17
Лечение сочетанных травм опорно-двигательной системы у детей на современном этапе <i>Мусаев Т.С., Алимова Х.П.</i>	18
Клещевой спирохетоз при дифференциальной диагностике гипертермического синдрома в системе экстренной медицинской помощи <i>Назарова Х., Мемджанова А.Н.</i>	18
Современные аспекты организации помощи тяжелообожженным детям <i>Норкузиев Ф.Н., Нишанов Х.Т., Салимова М.С., Норкузиев Н.У., Зиедуллаев Н.Э.</i>	19
Наш опыт оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе у детей с травмами <i>Нурова З.Р., Холмурадова А.Э., Искадарова Д.Э.</i>	20
Принципы организации экстренной медицинской помощи детям с глубокими циркулярными ожогами конечностей <i>Орипов Д.У., Исаков Н.Н., Ериев А.О.</i>	20
Нейрохирургия бўлимида 2004-2013 йиллар давомида гидроцефалия билан даволанган бемор болаларнинг тахлили <i>Пирназаров Д.А., Агзамов М.К., Юлдашев Ш.С.</i>	21
Диагностические ошибки на догоспитальном этапе при остром аппендиците у детей <i>Рахимов Б.С., Мамадалиев Х.А., Абдувалиева Ч.М., Назиров Н.В., Акбаров Н.А., Косимов К.Л.</i>	21
Диагностические ошибки на догоспитальном этапе при нагноительных заболеваниях легких у детей <i>Рахимов Б.С., Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Кодиров К.З., Матисаев Д.А., Сотиволдиев З.С.</i>	22
Қабул бўлими педиатрия хизматининг 2013 йилдаги иш кўрсатгичлари ва фаолиятини такомиллаштиришнинг устувор йўллари <i>Рашидова М.В., Абдусаломов А.А., Уралов Ш.М.</i>	23
Универсальная оценочная шкала в практике экстренной медицинской помощи детям <i>Сафаров З.Ф., Шарипов А.М., Умарова З.С., Гулямов Р.О., Шоикрамов Ш.Ш.</i>	23
Оказание помощи при сочетанных черепно-мозговых травмах и повреждениях конечностей у детей <i>Тапканов Р.Х., Суяров М.Т., Жуманов З.Ш.</i>	24
Реабилитация подростков после мобилизирующих операции локтевого сустава при применении шарнирно-дистракционных аппаратов <i>Тилаков Б.Т., Тиялков Х.А.</i>	24
Особенности анестезиологического обеспечения при операциях в области верхней губы и неба у детей, получивших травму <i>Умаров О.М., Султонов Б.О., Эминов Б.Ж.</i>	26
Автохалокат ва баландликдан йиқилиш натижасида жароҳат олган болаларга малакали тиббий ёрдам кўрсатишни ташкиллаштиришда стандартларнинг аҳамияти <i>Усмонов А.Н.</i>	26

Организация экстренной медицинской помощи на госпитальном этапе при сочетанных травмах у детей <i>Хакимов Л.М., Имомкулов С.Р., Латыпов Д.А., Жумаев У.Х., Дусткобилов У.Н.</i> _____	27
Обзор современных методов улучшения качества оказания неотложной медицинской помощи детям на догоспитальном этапе <i>Хамзаев К.А., Голубина И.В.</i> _____	27
Модель оказания экстренной хирургической, травматологической помощи детям отдаленных территорий <i>Цап Н.А., Кутепов С.М., Попов В.П.</i> _____	28
Геморрагическая болезнь новорожденных в структуре внутричерепных кровоизлияний у детей грудного возраста <i>Шавази Н.М., Лим М.В., Турсунова Б.А., Лим В.И., Шавази М.Н.</i> _____	29
Организация неотложной медицинской помощи детям с острым гематогенным остеомиелитом <i>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.</i> _____	30
Современные подходы к оказанию неотложной медицинской помощи детям и оценка ее эффективности <i>Шарипов А.М., Хамзаев К.А.</i> _____	30
Организационные аспекты преемственности экстренной педиатрической службы и первичного звена здравоохранения <i>Эгамбердиев Б.Н., Ахмедов Ю.М., Рустамов М.Р., Абдусаломов А.А., Уралов Ш.М.</i> _____	32
Организация экстренной медицинской помощи детям, занимающимся спортивными единоборствами <i>Элбоева Г.И., Турсунов Н.Б.</i> _____	32

II. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Инородные тела дыхательных путей, как причина гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей <i>Абдувалиева Ч.М., Аккузиев И.К., Рахимов Б.С., Усмонов Ш.А., Мамадалиев Х.А.</i> _____	34
Странгуляционная кишечная непроходимость на почве дивертикула меккеля у детей <i>Абдувалиева Ч.М., Акбаров Н.А., Расулов Я.М., Халилов Ш.К., Кадилов К.З., Исроилов Ш.Ш.</i> _____	34
Хирургическая тактика при пищеводном кровотечении у детей на почве синдрома портальной гипертензии <i>Абдувалиева Ч.М., Косимов З.Н., Рахимов Б.С., Косимов К.Л., Матисаев Д.А., Сотволдиев З.И.</i> _____	34
Ближайшие результаты хирургического лечения врожденной обструкции пиелoureтерального сегмента у новорожденных и грудных детей <i>Абдуганиев А.А., Эгамназаров Н.К., Эргашев Б.Б.</i> _____	35
Особенности клинического течения и диагностики острой черепно-мозговой травмы у детей <i>Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т., Уринбоев Б.К., Мирзаматов Н.И., Исроилов З.Г.</i> _____	35
Механизм возникновения множественных травматических внутричерепных гематом <i>Абдурасулов Ф.Х., Кариев Ш.М., Усмонов Л.А.</i> _____	36

Особенности пищеводно-желудочных кровотечений у детей с портальной гипертензией <i>Адылова Г.С., Худайбердиев Ш.Г., Носиров М.У.</i> _____	36
Мониторинг суицидального поведения подростков с острыми отравлениями <i>Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Хонбабаева Р.Х., Туйчиев Ш.Т.</i> _____	37
Камни правого мочеточника, имитирующие «острый аппендицит» у детей <i>Акбаров Н.А., Гафуров А.А., Косимов К.Л., Исомиддинов З.Д.</i> _____	37
Хирургическая коррекция атрезии прямой кишки <i>Акбаров Н.А., Касымов К.Л., Гафуров А.А., Расулов Т.М., Исомиддинов З.Д.</i> _____	38
Визуальная оценка плевральной полости у детей с бактериальной деструкцией легких <i>Акилов Х.А., Аминов У.С.</i> _____	38
Редкое инородное тело желудочно-кишечного тракта у ребенка <i>Акилов Х.А., Урмонов Н.Т., Асадов Ш.Я.</i> _____	39
Улучшение результатов диагностики и лечения при осложненных формах дивертикула Меккеля <i>Акилов Х.А., Максумов Г.А., Асадуллаев Д.Р., Ходжиметов Ф.И.</i> _____	39
Камень парауретральной ткани (случай из практики) <i>Акилов Х.А., Хотамов Х.Н., Хидоят Ж.С., Низомов Ш.А.</i> _____	40
Морфологическая характеристика мочеточников при рефлюксирующем уретерогидронефрозе у детей раннего возраста <i>Акилов Х.А., Магруппов Б.А., Хаккулов Э.Б., Пайзиев Х.М.</i> _____	40
Причины рецидива кровотечений после аэзигопортального разобщения у детей с внепеченочной портальной гипертензией <i>Алиев М.М., Худайбердиев Ш.Г., Носиров М.У.</i> _____	41
Оценка эффективности лечения сочетанной травмы у детей <i>Аллаев Д.Х., Эрназаров Х.М., Рузиев О.Н., Нодиров Б.О., Шодмонов Б.Р.</i> _____	42
Диагностическая и лечебная тактика при закрытой травме почек у детей <i>Аллаев М.Я., Акбаров Н.А., Рахимов Б.С., Косимов З.Н., Рахмонов А.А., Халилов Ш.К.</i> _____	42
Современные подходы к диагностике и лечению травм органов брюшной полости у детей <i>Аллаев М.Я., Рахимов Б.С., Косимов З.Н., Косимов К.Л., Кодиров К.З., Усмонов Ш.А.</i> _____	43
Использование островкового лоскута при травматических дефектах пальцев кисти у детей <i>Аманкулов З.К., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.</i> _____	44
Особенности инородных тел дыхательных путей у детей <i>Аметов С.Н., Сайфуллаев Р.Н.</i> _____	44
Лечение осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки – приоритетная проблема экстренной детской хирургии <i>Атаханов А., Усманов Б.У., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Утанов З.М.</i> _____	45
Наш опыт лечения инвагинационной кишечной непроходимости у детей <i>Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Улугмуратов А.А.</i> _____	45

Пути улучшение результатов лечения детей с обструктивными урпатиями, осложненными пионефрозом <i>Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Улугмуратов А.А.</i> _____ 46	Атравматичное лечение больных детского возраста с переломами костей конечностей <i>Еримбетов Д.А., Наубетов Д.Д., Торемуратов С.</i> _____ 55
Лечение инвагинации кишок в поздние сроки у детей <i>Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Мирзаев З.Х.</i> _____ 46	Хирургические методы лечения черепно-мозговых травм у детей <i>Исаков Б.М., Мухитдинова М.К., Ташланов Ф.Н., Шарипов А.А., Ташланов М.М., Курбанов С.У., Исаков К.Б.</i> _____ 56
Хирургическое лечение аппендикулярного перитонита у детей <i>Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Соаткулов Х.М., Нармурадов Д.К.</i> _____ 47	Пути снижения частоты бронхолегочных осложнений у детей с инородными телами <i>Исантурдиев У.И., Касимов Э.К., Кунишев Ш.У., Соатмуродов Ш.Н.</i> _____ 56
Закрытые травмы живота с повреждением тонкого и толстого кишечника у детей <i>Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Аллазов Х.С., Бобоев И.Д.</i> _____ 48	Трудности диагностики и особенности лечебной тактики при травмах скелета, сочетанных с повреждениями внутренних органов, у детей <i>Исантурдиев У.И., Джаббаров Д.Д., Жумаев М.Б., Тожибоев Б.А.</i> _____ 57
Интерпретация боли в животе у детей <i>Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Соаткулов Х.М., Нармурадов Д.К., Ахмедов И.Ю.</i> _____ 48	Сравнительная оценка результатов лечения повреждений монтеджи у детей <i>Исантурдиев У.И., Джаббаров Д.Д., Косимов М.А., Муссавий Б.Д., Тожибоев Б.А.</i> _____ 57
Тотальный некроз тонкого кишечника у ребенка с острой странгуляционной кишечной непроходимостью <i>Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Аллазов Х.С.</i> _____ 49	Болаларда буралган катта чарви эхинококк кистанинг ўткир оғриқли синдроми ҳолатида ўтиши <i>Искандаров Э.Р., Эшбоев А.Т., Бердиев Ў.Р.</i> _____ 58
Комплексная интенсивная терапия в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы у детей <i>Ашуров З.И., Ашуров У.А., Шарифбаев С.А., Хайдаров У.А., Исмаилов О.А.</i> _____ 49	Диагностика и лечение костно-сосудистых повреждений нижних конечностей у детей <i>Исмаилов Ж.Т., Махмудов Н.И., Усманов Б.С.</i> _____ 59
Внутричерепное нетравматическое кровоизлияние у детей грудного возраста <i>Ашуров И.С., Разаков В.В., Мирзаматов Н.И., Эминов Б.Ж., Рахмонов Д.К.</i> _____ 50	Болаларда болдир-ошиқ бўғими шикастланишларининг учраши ва уларни шошилич тиббий ёрдам тизимида даволаш тажрибалари <i>Исмоилов А.В., Насриддинов С.А., Маматкулов Ю., Тухтасинов Х.Т.</i> _____ 59
Применение пневмотампона для остановки носового кровотечения в клинической практике <i>Бахадирова И.Б., Хасанов М.М.</i> _____ 50	Опыт лечения переломов костей локтевого сустава у детей в травматологическом отделении Ферганского филиала РНЦЭМП <i>Исмоилов А.В., Тожиев М.М.</i> _____ 60
Особенности язвенной болезни у детей <i>Бекбулатова С.Т., Мамасолиев Н.С., Сайитжанов Л.С., Атаханов А.М.</i> _____ 51	Ранняя диагностика и сроки оперативного вмешательства при острой спаечной кишечной непроходимости у детей <i>Кайтазов А.И., Насыров М.М., Курбанов М.М., Алимханов Б.Ш.</i> _____ 60
Болаларда тирсак нерви жароҳатланганда жарроҳлик йўли билан даволашнинг ўзига хос хусусиятлари <i>Бойматов И.И., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.</i> _____ 51	Диагностика и выбор тактики лечения поствоспалительных абсцессов головного мозга у детей <i>Каримбаев Ш.Т., Ашуров З.И., Шарифбаев С.А., Исмаилов А.И., Ходжиев С.К.</i> _____ 61
Врожденные пороки сердца в практике врача интенсивной педиатрии <i>Гарифулина Л.М., Шакаров Ф.Р., Атаева М.С., Рустамова Ю.М.</i> _____ 52	Неотложная радикальная миниинвазивная фистулокриптэктомия при остром парапроктите у новорожденных и ее морфологическое обоснование <i>Каримов И.М., Хамраев А.Ж., Назирова М.Х.</i> _____ 61
Проявления неревматического кардита у больных отделений экстренной педиатрии <i>Гарифулина Л.М., Азимова К.Т., Шамсуддинова Д.К.</i> _____ 52	Лечебно-диагностические приемы при хроническом аппендиците у детей <i>Касымов К.Л., Гафуров А.А., Туйчиев Г.У., Мамажонов У.Ш., Исомиддинов З.Д.</i> _____ 62
Острые заболевания и травмы органов мошонки <i>Григорьева М.В., Туманова М.В., Гасанова Э.Н.</i> _____ 53	Наш опыт лечения детей с острой спаечной кишечной непроходимостью <i>Кобилев Э.Э., Раупов Ф.С., Аслонов А.А., Ахмедов А.Т.</i> _____ 62
Хирургическая тактика при сочетанных повреждениях черепа и конечности у детей <i>Джаббаров Д.Д., Жумаев М.Б., Тожибоев Б.А.</i> _____ 54	Болаларда қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиши <i>Қодиров Р.Ф., Мингжигитов Ш.С., Эргашев Б.Қ., Жуманов Н.Л., Чулибоев И.</i> _____ 63
Наш опыт лечения чрез- и надмышцелковых переломов плечевой кости у детей <i>Джаббаров Д.Д., Куйлиев М.К., Тожибоев Б.А.</i> _____ 54	
Опыт лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки у лиц детского и юношеского возраста <i>Джумабаев Э.С., Хакимов И.С., Бобаев У.Н., Мирзабаев Г.Э.</i> _____ 55	

Профилактика и лечение внутричерепной гипертензии у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой <i>Кольхалкина И.А., Амчеславский В.Г., Карасева О.В., Чернышева Т.А., Иванова Т.Ф., Коваленко М.И., Бережной Ю.Ю.</i> _____	64	Острые кровотечения в просвет пищеварительного тракта у детей <i>Наврузов М.Н., Ачилов С.Э., Файзиев А.Ш., Гелдиев Б.Д.</i> _____	73
Хирургическая тактика при изолированном повреждении двенадцатиперстной кишки у детей <i>Косимов З.Н., Абдувалиева Ч.М., Аллаев М.Я., Рахмонов А.А., Усмонов Ш.А.</i> _____	64	Лечение оскольчатых переломов бедра <i>Наубетов Д.Д., Еримбетов Д.А., Торемурастов С.</i> _____	74
Диагностические аспекты внутричерепной гипертензии травматического генеза у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой <i>Кулдашев К.А., Холматов А.А., Ташланов М.М., Тухтаев Н.М., Гафуров Б.З.</i> _____	64	Проблемы осложненного эхинококкоза легких у детей в экстренной хирургии <i>Норкузиев Ф.Н., Тожибоев М.П., Ахмедов Х.Э., Кодиров Р.Ф., Даминов Б.Н., Жуманов Н.Л.</i> _____	74
Кожная пластика при открытых повреждениях пальцев и кисти у детей <i>Мамадалиев Б.Р., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Хомиджонов И.Б.</i> _____	65	Болалар ўпка эхинококкозида аъзони сақловчи операциялар <i>Норкузиев Ф.Н., Ахмедов Х.Э., Юлдошев М.Х., Субхонкулов Р.И., Холмирзаев Б.Ф., Гофуров А.Н.</i> _____	75
Диагностическая и лечебная бронхоскопия при неотложных состояниях у детей <i>Мамаджанов А.А., Таджибаев А.Х.</i> _____	65	Преимущества оперативного лечения нетравматических внутримозговых кровоизлияний вследствие ДВС-синдрома у детей грудного возраста <i>Норкузиев Ф.Н., Рауфов Х.А., Расулов А.Э., Мухаммадиев А.Г., Ибрагимов Б.Х.</i> _____	76
Редкие осложнения острого посттравматического панкреатита у детей <i>Мансуров А.Б., Жамолов Т.А.</i> _____	66	Пути профилактики осложнений при термоингаляционной травме у детей <i>Норкузиев Ф.Н., Орзикулов У.Н., Норкузиев Н.У., Хамрокулов Б.Д.</i> _____	76
Роль клинико-неврологических проявлений в тактике хирургического лечения у детей с опухолями задней черепной ямки <i>Махкамов К.Э., Тухтабеков З.Л.</i> _____	66	Закрытые повреждения почек у детей <i>Норматов У.Э., Нуриддинов Х.Н., Умаров С.О.</i> _____	77
Болаларда чегараланган аппендикуляр перитонитни ўзига хос кечиши <i>Махмудов Н.И., Юлдашев Н.Н.</i> _____	67	Нейропротекторы в комплексном лечении очаговых повреждений головного мозга у детей <i>Норов А.У., Муминов М.Д., Мустафоев Н.К.</i> _____	77
Травмы головы у детей младшего возраста <i>Махмудов О.О., Мухитдинова М.К., Игамназаров Ж.Ж., Ташланов М.М., Рахимов Х.Х.</i> _____	67	Повреждения поджелудочной железы у детей <i>Нуриддинов Х.Н., Норматов У.Э., Каххоров А.И.</i> _____	78
Применение ранней ИВЛ для профилактики синдрома шокового легкого <i>Махмудов Х.А., Турдиев М.И., Усмонов Х.А.</i> _____	68	Болаларда кўкрак, бел ва қорин соҳалари куйиш жароҳатларини хирургик усуллар ёрдамида даволаш <i>Орипов Д.У., Азимова А.А., Исаков Н.Н.</i> _____	78
Повреждения магистральных сосудов и периферических нервов при чрез- и надмышечковых переломах плечевой кости у детей <i>Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Ахмедов Р.А.</i> _____	68	Алгоритм профилактики периоперационной регургитации у детей старшей возрастной группы <i>Пахмуринов И.Р., Ходжамбердиев А.Р., Юлдашев У.Т., Тургунов Ш.Ш.</i> _____	79
Коррекция остаточного ротационного смещения костных отломков при чрезмышечковых переломах плечевой кости у детей <i>Машарипов Ф.А.</i> _____	69	Результаты протокольного лечения детей с тяжелой черепно-мозговой травмой <i>Пахмуринов И.Р., Мухитдинова М.К., Гафуров Б.З., Нуралиева М.С.</i> _____	79
Система лечения ран в собственной жидкой среде у детей с острой ожоговой травмой и ее последствиями <i>Мензул В.А.</i> _____	70	Анестезиологическое обеспечение эндоскопических вмешательств у детей <i>Пахмуринов И.Р., Мухитдинова М.К., Нуралиева М.С., Абдужаббаров А.А.</i> _____	80
Хирургическое лечение родовой травмы плечевого сплетения у детей <i>Муминов А.К., Асланова М.А., Исмаилова Р.А.</i> _____	71	Опыт применения внутрикостного доступа в догоспитальной интенсивной терапии у детей <i>Пиковский В.Ю.</i> _____	80
The problem of intracranial hypertension traumatic genesis of the children <i>Muminov M., Mustafaev N., Norov A.</i> _____	72	Особенности лечения переломов костей предплечья у детей <i>Ражабов О.С., Машарипов К.</i> _____	81
Кефалогематомы: особенности диагностики и лечения <i>Мусаев А.К., Жуманов Л.М.</i> _____	72	Проблемы острой спаечной кишечной непроходимости у детей <i>Раупов Ф.С., Кобилов Э.Э., Аслонов А.А., Ахмедов А.Т.</i> _____	81
Обезболивание при переломах длинных трубчатых костей у детей <i>Мухитдинова М.К., Абдурасулов Ф.П., Махмудов О.О., Ташланов М.М., Хожалиев Б.Г.</i> _____	72	Лечение острых воспалительных заболеваний органов мошонки у детей <i>Рахимов Б.С., Усманов Ш.А., Кодиров К.З., Рахмонов А.А., Халилов Ш.К., Косимов К.Л.</i> _____	82

Осложненная язвенная болезнь в детском возрасте: оптимизация диагностики в условиях центра экстренной медицинской помощи <i>Рахматов Б.У., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасалиев З.Н.</i> _____	82	Хирургическое лечение высокой атрезии прямой кишки <i>Солиев Б.Э., Ходжаев Х.Б., Жураев Э.У., Зуфарханов А.М.</i> _____	90
Субъективная симптоматика язвенной болезни у подростков: особенности в экстренных хирургических ситуациях <i>Рахматов Б.У., Мамасалиев Н.С., Саитжонов Л.С., Атаханов А.</i> _____	82	Болаларда болдир соҳасидан травматик ампутацияларида хирургик даволашнинг ўзига хос хусусиятлари <i>Сувонов Ж.Н., Усмонов Б.С., Исмоилов Ж.Т.</i> _____	91
Выбор оперативного доступа при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы у детей <i>Рахматуллаев А.А., Мамашаринов Б.П., Мамажонов С.С.</i> _____	83	Пути профилактики и лечения осложнений при ожогах верхних дыхательных путей у детей <i>Суюнов Б.С.</i> _____	91
Концепция неотложной помощи детям в специализированном хирургическом стационаре <i>Рошаль Л.М., Карасева О.В., Брянецев А.В., Валиуллина С.А.</i> _____	83	Систематизация клинических и рентгенологических признаков инородных тел трахеобронхиального дерева у детей <i>Тилавов У.Х., Арифджанов Н.С., Баротов Ф.Т., Каримов Б.А.</i> _____	92
Хирургическая тактика лечения электроожогов у детей <i>Рузимуратов Д.А., Фаязов А.Д.</i> _____	84	Оценка исходов оперативного лечения застарелых повреждений локтевого сустава у детей <i>Тилаков Б.Т., Тияиков Х.А.</i> _____	92
Применение временных раневых покрытий в лечении поверхностных ожоговых ран у детей <i>Сабитов А.Т., Фаязов А.Д., Шамуталов М.Ш.</i> _____	85	Ретроперитонеал аъзоларнинг жароҳатланиши, уларда ўтказилган диагностик текширувларга клиник ёндашув <i>Тиллабоев С.В.</i> _____	93
Язвенные боли у детей: основные характеристики с учетом хеликобактериоза <i>Саидходжаева Д.Г., Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.У., Атаханов А.М.</i> _____	85	Диагностика атланта-аксиальных смещений у детей <i>Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Ашуоров И.С., Уринбоев Б.К., Разаков В.В.</i> _____	94
Особенности формирования язвы у детей: пути профилактики «язвенной нагрузки» в хирургических клиниках <i>Саидходжаева Д.Г., Усмонов Б.У., Мамасалиев Н.С., Атаханов А.М.</i> _____	85	Осложнения после бронхоскопии и при длительном нахождении инородных тел в органах дыхания у детей <i>Тоирова У.Т., Акбаров Д.А., Мамадалиев Х.М., Мамадалиев М.М., Нуралиева М.С.</i> _____	94
Диагностика и лечение травматических повреждений паренхиматозных органов брюшной полости у детей <i>Сайдалиев С.С., Ахраров Б.М., Расулов А.Ф.</i> _____	86	Применение компрессорных небулайзеров при экстренных состояниях у детей <i>Тоирова У.Т., Мухитдинова М.К., Нуралиева М.С., Хамидова Г.М., Ашуралиева М.А., Атабаева Т.А., Гапирова М.М.</i> _____	95
Лечение открытых переломов длинных костей конечностей у детей <i>Сайпиев А.С., Астанов А.И., Хужакулов У.Б., Худойбердиев П.К., Холбоев Х.</i> _____	86	Анализ результатов хирургического лечения мультиструктурных повреждений в области предплечья и кисти у детей и подростков <i>Толипов Н.Н., Мусаев Т.С.</i> _____	95
Лечение осложненных переломов дистального отдела плечевой кости у детей <i>Сайпиев А.С., Астанов А.И., Хужакулов У.Б., Худойбердиев П.К., Холбоев Х.</i> _____	87	Our experience of treatment of cortical bone fracture associated with combined and multiple injuries of children <i>Toshev B., Safarov M.</i> _____	96
The use of a single Hem-o-lok clip in securing the base of the appendix during laparoscopic appendectomy in children <i>Samir Delibegovic</i> _____	87	Практика лечения переломов бедра у детей с сочетанными травмами <i>Турсунов Н.Б., Турсунов Б.С.</i> _____	96
Открытые повреждения кисти у детей <i>Сарухания О.О., Телешов Н.В., Дорофеев А.Г., Чурсин В.А.</i> _____	88	Опыт клинического ведения детей раннего возраста с диафизарным переломом бедренной кости <i>Турсунов Н.Б., Турсунов Б.С.</i> _____	97
Кататравма у детей: медицинские и организационные аспекты проблемы <i>Сарухания О.О., Чертюк В.Б., Плякин В.А., Гасанова Э.Н.</i> _____	88	Изучение критериев риска развития бронхиальной астмы у детей, перенесших бронхообструктивный синдром <i>Турсунов Ф.О., Рустамова Ю.М., Уралов Ш.М., Умарова С.С., Казимова М.К., Тожиев Б.Х.</i> _____	98
Дифференцированное лечение перекрута гидатиды <i>Сарухания О.О., Григорьева М.В., Гасанова Э.Н.</i> _____	89	Диагностика повреждений опорно-двигательного аппарата в организации экстренной медицинской помощи детям <i>Тухтаев Ж.Ж., Тухтаев Ж.Т., Хошимов Ж.Т.</i> _____	98
Возможности ингаляционной низкотоочной анестезии на основе галогенсодержащих анестетиков 2–3-го поколения у детей <i>Сатвалдиева Э.А., Мустакимов А.А., Абдуллаев Р.Г., Сабиров Д.С.</i> _____	90	Алгоритмы экстренной медицинской помощи детям с открытыми переломами трубчатых костей <i>Тухтаев Ж.Ж., Тухтаев Ж.Т., Маъруфжонов Ф.</i> _____	99
Хроническое течение вторичного пиелонефрита у детей с исходом в сморщивание почек <i>Сатвалдиева Э.А., Мустакимов А.А., Бекназаров Д.Б.</i> _____	90	Экстренная специализированная травматологическая помощь детям с переломами костей кисти и пальцев <i>Тухтаев Ж.Т., Юлдашев В.Б., Тухтаев Ж.Ж., Турсунов К.К.</i> _____	99
		Болаларда бош мия шикастланишида кўз туби ҳолатининг диагностик аҳамияти <i>Умаров О.М., Тураева Е.М., Махмудов Н.И.</i> _____	100

Лечение тяжелых сочетанных травм у детей <i>Умаров О.М., Тожиев М.М., Дехконов К.М.</i> _____ 100	Хирургическая тактика при критических стриктурах пищевода у детей <i>Хаджибаев А.М., Акилов Х.А., Янгиев Р.А., Урмонов Н.Т., Асадуллаев Д.Р.</i> _____ 112
Функциональный метод лечения разгибательных чрезмышечковых переломов плечевой кости у детей <i>Умаров О.М., Дехканов К.М., Мухаммадиев А.Б., Омонов Н.Н.</i> _____ 101	Наш опыт лечения сочетанных костно-сосудистых повреждений конечностей у детей <i>Хаджибаев А.М., Юлдашев А.А., Ахмедов Р.А., Низов О.Н., Мусаев Т.С., Машарипов Ф.А.</i> _____ 113
Диагностика сочетанной челюстно-лицевой травмы у детей <i>Умаров О.М., Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т.</i> _____ 101	Диагностика и лечение врожденных кистозных трансформаций желчевыводящих путей у детей <i>Хаджибаев Ф.А., Матякубов Х.Н.</i> _____ 115
Опыт лечения обширных травматических дефектов покровных тканей у детей <i>Умаров О.М., Машрапов О.Г.</i> _____ 102	Принципы лечения кефалогематом у новорожденных <i>Хайдаров М.Х., Жумаев М.Б., Эргашев Р.Х., Шукуров Ш.Р., Шаимов З.С.</i> _____ 115
Случай успешного лечения сочетанного обширного травматического дефекта мягких тканей у ребенка <i>Умаров О.М., Дадабаев Х.Р., Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С.</i> _____ 102	Ранняя некрэктомия в комплексном лечении детей с глубокими ожогами <i>Хакимов Э.А., Шакиров Б.М., Карабаев Х.К., Бердимуродов М.У., Карабаев Ж.Ш., Некбаев Х.С.</i> _____ 116
Особенности лечения травмы у детей <i>Уринов У.Б., Мухаммадиев А.Б., Исаков Х.А.</i> _____ 102	Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта у обожженных больных <i>Халиков В.К., Гиясов У.М.</i> _____ 116
Спортивные травмы у детей <i>Уринов У.Б., Мухаммадиев А.Б., Махмудов Н.И., Исаков Х.А.</i> _____ 104	Тактика лечения при закрытых повреждениях органов мошонки у детей <i>Хамраев А.Ж., Восиев Ж.Ж., Каримов И.М., Акротов Ф.А.</i> _____ 117
Нейрососудистые повреждения при травме верхних конечностей у детей <i>Усманов А.К., Маматкулов У.Э.</i> _____ 104	Хирургическое лечение некротического энтероколита, осложненного перитонитом, у грудных детей <i>Хамраев А.Ж., Назирова М.Х., Шамсиев А.Ф., Каримова И.М.</i> _____ 117
Болалардаги билак нерви жароҳатланганда жарроҳлик даволаш натижаларига таъсир этувчи омиллар <i>Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Уринов Б.А., Хомиджонов И.Б.</i> _____ 105	Диагностика эпифизарного остеомиелита у грудных детей <i>Хамраев А.Ж., Каримов И.М., Шамсиев А.Ф., Тураева Н.П., Акротов Ф.А.</i> _____ 118
Углубленный анализ осложнений язвенной болезни у детей: клинико-диагностические аспекты в экстренной хирургии <i>Усманов Б.У., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Утанов З.М.</i> _____ 106	Результаты лечения кишечной инвагинации у детей <i>Ходжаев Х.Б., Ишанходжаев Я.Н., Карабаев Б.Э.</i> _____ 118
Оптимизация методов лечения при закрытых травмы живота и забрюшинного пространства у детей <i>Файзиев А.Ш., Наврузов М.Н., Ачилов С.</i> _____ 106	Случаи вентрально расположенных спинномозговых грыж малого таза у детей, симулировавшие острую кишечную непроходимость <i>Ходжаев Х.Б., Ашуоров З., Жиянов И.</i> _____ 119
Хирургическое лечение эхинококкоза печени у детей <i>Файзиев А.Ш., Наврузов М.Н., Гелдиев Б.Д., Ачилов С.Э.</i> _____ 107	Ущемленные диафрагмальные грыжи у детей <i>Ходжаев Х.Б., Ишанходжаев Я.Н., Карабаев Б.Э., Арсланов Г.Я.</i> _____ 119
Значение показателей фундоскопии глаза в косвенной оценке внутричерепного давления у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой <i>Файзуллаев Ф.Ф., Кузибаев Ж.М.</i> _____ 107	Хирургическое лечение новорожденных с некротическим энтероколитом <i>Ходжаев Х.Б., Халилов А.Т., Жураев Э.У.</i> _____ 120
Современные аспекты лечения обожженных детей с термоингаляционной травмой <i>Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Акалаев Р.Н., Абдуллаев У.Х., Убайдуллаев З.Ш.</i> _____ 108	Лечения детей с глубокими ожогами <i>Ходжакулов Ч.Р., Телиров Ф.О.</i> _____ 120
Ожоговый травматизм у пострадавших детского возраста <i>Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Ажиниязов Р.С.</i> _____ 109	Остеосинтез эластичными титановыми стержнями при переломах длинных костей нижних конечностей у детей <i>Ходжанов И.Ю., Байимбетов Г.Дж., Шоматов Х.Ш.</i> _____ 121
Новые подходы к снижению частоты гнойно-септических осложнений у обожженных детского возраста <i>Фаязов А.Д., Уразметова М.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Ахмедова Р.К., Сабитов А.Т.</i> _____ 109	Ранние послеоперационные осложнения при хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки у детей и подростков <i>Ходжанов И.Ю., Хакимов Ш.К., Касымов Х.А., Шаматов Х.Ш.</i> _____ 121
Особенности инфузионной терапии у детей в периоде острой ожоговой токсемии <i>Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Камилов У.Р., Абдуллаев У.Х.</i> _____ 110	Оперативное лечение свежих переломов костей предплечья по типу монтеджи у детей <i>Ходжанов И.Ю., Шаматов Х.Ш., Хакимов Ш.К.</i> _____ 122
Новые аспекты антибактериальной терапии при ожоговой болезни детского возраста <i>Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Камилов У.Р.</i> _____ 111	Лечебная тактика при множественных переломах нижних конечностей у детей <i>Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Каримов Х.М.</i> _____ 122
Хирургическая тактика лечения электроожогов детского возраста <i>Рузимурадов Д.А., Фаязов А.Д.</i> _____ 112	

Ранние осложнения и операции при кровоточащих дуоденальных язвах у больных юношеского возраста <i>Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Пахмурин И.Р., Тен Д.О., Эгамбердиев Б.А.</i> _____	123	Хирургическое лечение омфалоцеле у новорожденных <i>Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д., Рузметов И.Б.</i> _____	132
Ранние осложнения после операций по поводу прободной язвы двенадцатиперстной кишки у больных юношеского возраста <i>Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Пахмурин И.Р., Тен Д.О., Косимов Н.А.</i> _____	123	Хирургическая коррекция врожденной дуоденальной непроходимости у новорожденных <i>Эргашев Б.Б., Абдуганиев А.А., Мухтаров Ж.У., Ихтиеров Т.В.</i> _____	132
К вопросу лечения синдрома жировой эмболии при сочетанных и политравмах у детей <i>Хожибоев А.М., Карабаев О.В.</i> _____	124	Лечебная тактика при гастрошизисе у новорожденных <i>Эргашев Б.Б., Камолов Ш.Б., Эгамназаров Н.К.</i> _____	133
Профилактика ликвореи и вторичных гнойных осложнений при краниофациальной травме у детей <i>Хожибоев А.М., Карабаев О.В.</i> _____	124	Анатомические формы и виды хирургической коррекции аноректальных аномалий у детей <i>Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М.</i> _____	133
Ўткир аппендицит билан касалланган болаларнинг шифохонига кеч тушишлари сабаблари таҳлили <i>Хожикурбонов Р.Т., Махмудов Н.И.</i> _____	125	Аномалии ротации и фиксации кишечника у детей <i>Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б.</i> _____	134
Клинико-диагностические аспекты черепно-мозговых травм, сочетанных с повреждениями опорно-двигательного аппарата <i>Холматов А.А., Кулдашев К.А., Ташланов М.М., Юлдашев В.Б., Джаббаров С.К.</i> _____	125	Крестцово-копчиковая тератома у детей <i>Эргашев Н.Ш., Дияров Н.А., Хуррамов Ф.М., Саидов М.Х.</i> _____	134
Изменение свертывающей системы крови у детей с черепно-мозговыми травмами <i>Холматов А.А., Кулдашев К.А., Ташланов М.М., Косимов Б.О., Гафурова М.Ш.</i> _____	126	Наш опыт лечения инородных тел дыхательных путей у детей <i>Эрметов А.Т., Ходжаев Х.Б., Таджибаев А.Х., Акбаров В.</i> _____	135
Лечение открытых переломов костей <i>Холматов А.А., Юлдашев В.Б., Кулдашев К.А., Муйдинов М.М., Тухтаев Ж.Ж., Исмоилов О.О., Уринбоев О.А., Кодиров А.У.</i> _____	126	Эндоскопическое лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода портального генеза у детей <i>Эрметов А.Т., Мамаджанов А.А., Солиев Б.Э., Тожибоев А.Х., Рузиматов А.Э.</i> _____	135
Роль лучевых методов в определении травмы поясничного отдела позвоночника у детей <i>Холматов А.А., Дадажонов Р.Ш., Тухтаев Н.М., Ташланов М.М.</i> _____	127	Лечебная аналгезия при почечной колике у детей старшего возраста <i>Эсонов Н.Г., Пахмурин И.Р., Тургунов Ш.Ш.</i> _____	136
Декомпрессионная фасциотомия при туннельных синдромах у детей <i>Хомиджонов И.Б., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.</i> _____	127	Новый способ хирургической коррекции свищевых форм атрезии пищевода у новорожденных <i>Эшкабилов Ш.Д., Эргашев Б.Б.</i> _____	136
Дивертикул Меккеля, осложненный кровотечением с переходом в инвагинацию кишечника <i>Худоёров Р.С., Худоеров К.Р., Акрамова Н.Ш.</i> _____	128	Методика определения параметров шунтирующей системы при лечении гидроцефалии <i>Югай И.А., Ахмедиев М.М.</i> _____	137
Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у детей до одного года <i>Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш., Норов М.М.</i> _____	129	Выбор метода лечения переломов костей голени у детей <i>Юлдашев В.Б., Холматов А.А., Тухтаев Ж.Ж., Муйдинов М.М., Уринбоев О.А.</i> _____	138
Хирургическая тактика при ущемленных паховых грыжах у новорожденных <i>Шамсиев Ж.А., Муталибов И.А., Муталибов А.И., Алиев Б.П.</i> _____	129	Болаларда травматологик операциядан кейинги йирингли асоратлар профилактикаси <i>Юлдашев З.Ш., Абдумасидов А.А.</i> _____	138
Некоторые особенности анестезии и интенсивной терапии у новорожденных с острой абдоминальной патологии <i>Шамсиев Ж.А., Рязанцев В.А., Бобоеров К.Р., Абдуллаева Р.А.</i> _____	130	Выбор метода хирургического вмешательства на высоте кровотечения у детей с внепеченочной портальной гипертензией <i>Юлдашев Р.З., Алиев М.М., Адылова Г.С.</i> _____	139
Оперативное лечение осложненных чрезмышечковых переломов плечевой кости у детей в условиях травматологического отделения Ферганского филиала РНЦЭМП <i>Шерматов С.А., Топволдиев С.А., Юлдашев З.Ш., Насриддинов С.А.</i> _____	131	Ранняя декомпрессия спинного мозга и стабилизация позвоночного сегмента при осложненных повреждениях тел шейных позвонков у детей <i>Юлдашев Ш.С., Махмудов С.Ф., Бахромов А.А., Рахматов Х.Х.</i> _____	139
Болаларда билак ва тирсак суяклари диафизидан синиб силжишларини оператив усулда даволаш <i>Шодмонов Б.Р., Эрназаров Х.М., Нуруллаев Д.Я., Аллаев Д.Х.</i> _____	131	Патологические переломы у детей с дисхондроплазией <i>Юсупов Н.А., Юлдашев А.К., Мамадалиев А.А.</i> _____	140
		Способ остеосинтеза плечевой кости фиксаторами с «памятью формы» у детей <i>Юсупов Н.А., Мамадалиев А.А., Юлдашев А.А.</i> _____	140
		Пути уменьшения диагностических ошибок при инвагинации кишечника у детей <i>Юсупов Ш.Б., Каландаров И.О., Назаров А.К.</i> _____	141
		Стратегия тактики при сочетанной травме в детской хирургии <i>Юсупов Ш.Б., Тангриберганов К.Т., Каландаров И.А., Назаров А.К., Эсамов Б.</i> _____	142
		Оценка инструментальной диагностики кистозных трансформаций внепеченочных желчных протоков у детей <i>Якубов Э.А.</i> _____	142

III. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ И ОТРАВЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Интенсивная терапия больных при сочетанных травмах и их эвакуация <i>Аббасхонов Г.Х., Мамадалиев С.А.</i> _____	144
Смешанное питание у детей с диагнозом сепсис в отделении детской реанимации <i>Абдурахимова Н.А., Эминов Б.Ж., Эшонкулов А.Ю.</i> _____	144
Современные методы диагностики и лечения ретенции клыков у детей в пубертатном периоде <i>Абилов П.М., Махкамова Ф.Т., Пулатов О.А.</i> _____	145
Гемодинамические и вегетативные изменения при урологических операциях у детей в период индукции в наркоз <i>Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О.Я., Махмудов А.С.</i> _____	146
Выбор оптимальной скорости перфузии при кардиохирургических операциях у детей <i>Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Тохиров Ш.М., Маматкулов И.А., Абдурахмонов Х.А.</i> _____	147
Аллергические реакции при кардиохирургических операциях у детей <i>Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Тохиров Ш.М., Абдурахмонов Х.А., Файзиев О.Я., Алиходжаев Б.М.</i> _____	147
Влияние центральной аналгезии на показатели гемодинамики при хирургических вмешательствах у детей <i>Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А.</i> _____	148
Сравнительная оценка гемодинамики в условиях комбинированной эпидуральной анестезии у детей с травмами селезенки при операциях спленэктомии <i>Агзамходжаев Т.С., Файзиев О.Я., Юсупов А.С., Номозов М.Ш.</i> _____	149
Сравнительная характеристика герметиков при лечении кариеса у детей и подростков <i>Азизов К.Т., Пулатов О.А.</i> _____	149
Лечение бронхиальной астмы у детей с метаболическим синдромом <i>Азизова Н.Д.</i> _____	150
Результаты ориентированной эмпирической антибиотикотерапии внебольничной пневмонии у детей раннего возраста <i>Азимова Г.А., Абдуллаева З.Х., Ахмедова Д.Ю., Уралов Ш.М., Турсунов Ф.О., Жалилов А.Х.</i> _____	150
Токсическая пневмония при острых отравлениях нефтепродуктами у детей <i>Акалаев Р.Н., Алимова Х.П., Мухитдинова Х.Н., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш., Ширинбаева Ш.Ш., Турсунбаев О.Ф.</i> _____	151
Диагностика и принципы интенсивной терапии острых отравлений психофармакологическими препаратами у пациентов детского возраста <i>Акалаев Р.Н., Сатвалдиева Э.А., Стопницкий А.А., Юсупов О.П., Хожиев Х.Ш., Ишбаев Н.А., Собиров Д.Х., Шарипов И.О.</i> _____	152
Пневмонии, осложнившиеся эмпиемой плевры, у детей и их лечение <i>Акилов Х.А., Аминов У.С., Асадов Ш.Я.</i> _____	153

Алгоритм диагностики и лечения больных детей с осложненными формами пневмонии <i>Алибекова М.Б., Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Ходжаева М.Х.</i> _____	153
Микробиологический мониторинг осложненных форм пневмонии у детей раннего возраста <i>Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Сатвалдиева Э.А., Алибекова М.Б., Мирзаева Н.Р.</i> _____	154
Дифференцированный подход к терапии осложненных форм пневмонии у детей <i>Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Баходирова А.Н., Аминов У.С.</i> _____	154
Применение сейвцефа (цефиксима) у детей с острым обструктивным бронхитом <i>Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Алибекова М.Б., Баходирова А.Н., Мирзаева А.Д.</i> _____	155
Острые респираторные инфекции с осложненным течением у детей раннего возраста <i>Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Нуралиева Г.С., Рахимов А.Х., Мусаева К.Б.</i> _____	155
Лимфотропное введение антибактериальных препаратов в лечении аппендикулярных перитонитов у детей <i>Аскарлов Д.А., Улмасов К.Э., Каххоров А.И., Холматжонов С.С.</i> _____	156
Электрокардиографическая диагностика транзиторной (постгипоксической) ишемии миокарда у доношенных и недоношенных новорожденных <i>Ахмадалиев Б.К., Туйчиев А.Х., Холмирзаева А.З., Нишонбоева С.М.</i> _____	157
Клинические проявления острой вертебро-медуллярной патологии у детей <i>Ахмедиев М.М., Ахмедиев Т.М., Ваккасов Н.Й.</i> _____	157
Атопик бронхит астма билан хаста болаларда жойли имунотерапиянинг эффективлиги <i>Ахмедова М.М., Хакулова Р.Р.</i> _____	158
Диагностика и алерговакцинация больных детей с бронхиальной астмой грибковой этиологии <i>Ахмедова М.М., Ким К.А., Юльчибаева Д.М., Хакулова Р.Р.</i> _____	158
Применение современных галогенсодержащих ингаляционных анестетиков в педиатрической практике <i>Бабаев Б.Д., Острейков И.Ф., Штатнов М.К., Мельникова Н.И., Петрова Ж.И., Толасов К.Р., Шишков М.В.</i> _____	159
К диагностике осложненных форм пневмонии у детей <i>Баходирова А.Н., Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Бабаджанова З.О.</i> _____	159
Иммунологические аспекты при осложненной форме пневмоний у детей <i>Баходирова А.Н., Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Алибекова М.Б., Рахимова С.Р.</i> _____	160
Особенности этиопатогенетической структуры гиперкинетических синдромов в подростковом возрасте <i>Гафуров Б.Г., Абдужамилова Р.М.</i> _____	160
Роль сопутствующего судорожного синдрома в генезе интеллектуальных нарушений при детском церебральном параличе <i>Гафуров Б.Г., Артыкова М.А.</i> _____	161
Характеристика клинических проявлений при кардиомиопатиях у детей <i>Голубина И.В., Джубатова Р.С., Хамзаев К.А.</i> _____	161

Причины возникновения осложнений пневмонии у детей <i>Джубатова Р.С., Алимова Х.П., Алибекова М.Б.</i> _____	162	Ступенчатая противосудорожная терапия у детей старшего возраста <i>Каримахунова Н.Ф., Пахмурин И.Р., Нуралиева М.С., Гафуров Б.З.</i> _____	172
Значение цитокинов TNF-α и ИЛ-1b при осложненных формах пневмонии у детей <i>Джубатова Р.С., Сатвалдиева Э.А., Алибекова М.Б., Мансурова Ф.З., Исмагилова Г.Х.</i> _____	162	Анализ диагностических и тактических ошибок при мальротациях кишечника у детей <i>Касымов К.Л., Гафуров А.А., Туйчиев Г.У., Вохидов Т.В., Исомиддинов З.Д.</i> _____	173
Оптимизация рациональной антибактериальной терапии пневмонии, осложненной вторичным менингоэнцефалитом, у детей <i>Джубатова Р.С., Алимова Х.П., Бабаджанова З.О., Баходирова А.Н.</i> _____	163	Клинический случай синдрома Бругада в детской кардиологической практике <i>Кенжаев М.Л., Ганиев У.Ш., Кенжаев С.Р., Хаитов С.Ш., Холов Г.А.</i> _____	173
Течение пневмонии, осложненной вторичным менингоэнцефалитом <i>Джубатова Р.С., Алимова Х.П., Бабаджанова З.О., Баходирова А.Н.</i> _____	163	Клинический случай аритмогенной дисплазии правого желудочка в детской кардиологической практике <i>Кенжаев М.Л., Ганиев У.Ш., Кенжаев С.Р., Хаитов С.Ш., Холов Г.А.</i> _____	174
Течение внебольничной пневмонии у детей раннего возраста в зависимости от вида вскармливания и преморбидного фона <i>Джубатова Р.С., Алибекова М.Б., Нуралиева Г.С., Мусаева К.Б.</i> _____	164	Острые медикаментозные отравления у детей: диагностика, неотложная помощь <i>Кенжемуратова К.С., Камалов Б.Т., Карабаев Х.К., Джуроева З.А.</i> _____	174
Апноэ у новорожденных в послеоперационном периоде <i>Джумабаев Э.С., Тоирова У.Т., Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К., Ходжиматов Х.Э.</i> _____	164	Особенности проявлений биологических ядов при анафилактическом шоке <i>Кучаров Х.У., Намозов С. Б.</i> _____	175
Ступенчатая лимфотропно-оральная антибактериальная терапия у детей <i>Джумабаев Э.С., Хакимов В.А., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.А.</i> _____	165	Расстройства тромбоцитарно-сосудистого гемостаза у детей при нефротическом синдроме <i>Маматкулов Б.Б., Шарипов А.М., Ахматалиева М.А., Шоикрамов Ш.Ш., Хамзаев К.А.</i> _____	175
Парентерально-энтеральное питание у новорожденных с атрезией пищевода в периоперационном периоде <i>Джуроева Ф.У., Сатвалдиева Э.А.</i> _____	166	Особенности развития острой дыхательной недостаточности у детей различного возраста с острой респираторной инфекцией <i>Мамедов Б.К., Зокиров Т.Ш., Жабборов З.И., Каримов Ж.Х.</i> _____	175
Регионарная блокада верхней конечности бупивакаином при травмах у детей <i>Закиров Т.Ш., Сатвалдиева Э.А.</i> _____	166	Особенности отравления фос у детей <i>Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М., Эминов Б.Ж.</i> _____	176
Интенсивная терапия госпитальных пневмоний у детей в условиях ОРИТ <i>Зияев О.Х., Мансуров Н.Н., Жураева Г.С., Баратова Д.Т.</i> _____	167	Инфузионная терапия с рефортаном п плюс у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой <i>Махмудов Х.А., Аббосхонов Г.Х., Гафуров А.К.</i> _____	177
Боаларда замбуруғли стоматитларни комплекс даволашда лазеротерапияни қўллаш самарадорлиги <i>Зохидова С.Х., Азимова Г.А., Нажмиддинова Н.К., Уралов Ш.М.</i> _____	167	Трудности диагностики и лечения при отравлении клещевой у детей <i>Махмудов А.Ф., Эминов Б.Ж., Юсупова Д.М.</i> _____	177
Состояния гипотермии в педиатрической практике <i>Ибрагимов Ф.А., Ибрагимов Д.Ф.</i> _____	168	Факторы, влияющие на развитие энцефалической реакции <i>Мирзаева А.Д., Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Алибекова М.Б.</i> _____	178
Сравнительная оценка эффективности различных методов анестезии у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой <i>Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Сабиров О.А., Сапаев З.Т.</i> _____	169	Оказание неотложной медицинской помощи детям с судорожным синдромом <i>Мирзаева Н.К., Хакимова Н.Х., Мамадиева В.Х.</i> _____	179
Использование пеногасителей при эндоскопических исследованиях у детей <i>Исантурдиев У.И., Касимов Э.К., Кунишев Ш.У., Соатмуродов Ш.Н.</i> _____	170	Уровень индивидуальной гигиены полости рта у детей 5-8 лет <i>Миродилов А.М., Махкамова Ф.Т.</i> _____	179
Боаларда ўткир пневмонияни комплекс даволашда замонавий стандарт антибиотик (лемаксол)ни қўллаш натижаси <i>Искандаров Э.Р., Бердиев У.Р., Бобомуродова О.М.</i> _____	170	Формирование факторов риска, приводящих к развитию внутрибольничной пневмонии у детей раннего возраста <i>Мовланова Ш.С.</i> _____	180
Некоторые особенности тактики лечения больных детей с острыми отравлениями прижигающими ядами <i>Калназаров Т.Ж., Тагаев П.Ж.</i> _____	171	Коррекция кишечного дисбактериоза у детей с ожоговой болезнью <i>Мухитдинова М.К., Пахмурин И.Р., Нуралиева М.С., Касымова И.К.</i> _____	180
Эффективность энерготропной терапии у детей с дефицитом питания <i>Камилова А.Т., Гайфутдинова Г.Р., Сатвалдиева Э.А.</i> _____	171	Влияние тяжелой пневмонии на циркадные ритмы гемодинамики у детей первого года жизни <i>Мухитдинова Х.Н., Хамраева Г.Ш., Сабиров Д.С., Турсунов Д.К.</i> _____	181

Динамика волемического статуса при синдроме полиорганной недостаточности у детей реанимационного профиля <i>Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Мамбетова Г.К., Холбаева Д.С.</i> _____	181	Эффективность инфульгана в послеоперационном периоде после кардиохирургических операций у детей <i>Солиходжаев Ш.Н., Нурмухамедов Х.К., Юсупов А.С., Душамов З.Б., Туйчиев Д.Б., Толипов М.Г.</i> _____	190
Антибиотикочувствительность микрофлоры при заболеваниях респираторного тракта у детей грудного возраста <i>Мухитдинова Х.Н., Рахимова С.Р., Мирзаева А.Д., Ходжаева М.Х., Мирзаева Н.Р.</i> _____	182	Токсический гепатит при острых экзогенных отравлениях у детей <i>Сабиров Д.М., Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н., Алимова Х.П., Хамраева Г.Ш., Хожиев Х.Ш., Сабиров Д.Х., Шарипов И.О.</i> _____	191
Гигиенический статус полости рта у детей 4-6-летнего возраста <i>Никбаева Д.А., Махкамова Ф.Т.</i> _____	183	Антибактериальная терапия у детей с острыми отравлениями прижигающими ядами <i>Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н., Сатвалдиева Э.А., Хайдарова С.Э., Шарипов Э.О., Сабиров Д.Х., Рашидов Д.Б.</i> _____	192
Интенсивная терапия тяжелых черепно-мозговых травм у детей <i>Норкузиев Ф.Н., Зияев О.Х., Мансуров Н.Н., Жураева Г.С., Баратова Д.Т.</i> _____	183	Заместительная почечная терапия у детей с острой и хронической почечной недостаточностью <i>Таджибаев А.Т., Шоабсаров А.А., Жалилов З.Н.</i> _____	193
Особенности интенсивной терапии тяжелообожженных детей в критических состояниях <i>Норкузиев Ф.Н., Нишанов Х.Т., Норкузиев Н.У., Исаев Р.И., Намазов А.Н.</i> _____	184	Поликистоз почек и гематурическая форма хронического гломерулонефрита у детей <i>Таджибаев А.Т., Шоабсаров А.А., Турсунбаев О.Ф.</i> _____	193
Анализ случаев отравлений нафтизином у детей <i>Норматова Б.А., Хакимова Н.Х., Мирзаева Н.К., Холмурзаева М.Ф.</i> _____	184	Нефрогенная гипертензия у детей и подростков <i>Таджибаев А.Т., Шоабсаров А.А., Турсунбаев О.Ф.</i> _____	194
Применение нестероидных противовоспалительных препаратов в терапии гипертермического синдрома у детей <i>Нуралиева Г.С., Джубатова Р.С., Алибекова М.Б., Назарова Н.З.</i> _____	185	Лечение острой почечной недостаточности у детей <i>Таджибаев А.Т., Шоабсаров А.А., Жалилов З.Н.</i> _____	194
Эффективность парентерального питания после абдоминальных операций у детей <i>Нурмухамедов Х.К., Маматкулов И.А., Кодиров З.С., Абдукодиров А.А.</i> _____	186	Инфекцион яллигланиш касалликларига бўлган чакалоқларда ноинвазив даволаш усули <i>Ташмухамедова Б.Э., Турдиева Д.Э., Мухамедова Х.Т., Алимов А.В., Турсунова Н.Э., Алимова З.А.</i> _____	195
Особенности течения фебрильных судорог у детей на госпитальном этапе <i>Олимов А.Р., Ахматалиева М.А.</i> _____	186	Эффективность применения аппарата АЛТ «Восток» у детей грудного возраста с острыми респираторными заболеваниями <i>Ташмухамедова Б.Э., Мухамедова Х.Т., Турсунова Н.Э., Турдиева Д.Э., Алимов А.В., Алимова З.А.</i> _____	195
Седация изофлюраном в отделении реанимации у детей <i>Острейков И.Ф., Апостолиди Е.Ю., Бабаев Б.Д., Штатнов М.К., Мельникова Н.И., Никитин В.В.</i> _____	186	Пути снижения частоты гнойно-септических осложнений обожженных детского возраста <i>Тожибоев Х.Л., Сайфиддинов К.О., Махмудов И.Д., Тожибоев И.Н.</i> _____	196
Перевод на самостоятельное дыхание детей в отделении реанимации <i>Острейков И.Ф., Бабаев Б.Д., Штатнов М.К., Мельникова Н.И., Черных А.С., Никитин В.В.</i> _____	187	Действие электролитов батареек на детский организм <i>Тоирова У.Т., Косимов З.Н., Мухитдинова М.К., Оккузиев И.А., Акбаров Д.Э., Хошимов Т.Н., Рахимов Х.Х.</i> _____	196
Результаты лечения химических ожогов пищевода у детей <i>Рахматуллаев А.А., Мамажонов С.С., Мамашарипов Б.П.</i> _____	187	Отравление парацетамолом и меры его предотвращения <i>Тоирова У.Т., Мухитдинова М.К., Турсунов Э.И., Нуралиева М.С., Ходжалиев Б.Г.</i> _____	197
О комплексном лечении острого гнойного плеврита у детей <i>Сайдалиев С.С., Нуритдинов Х.Н., Махмудов Н.И.</i> _____	188	Анестезия у детей с черепно-мозговыми травмами при проведении диагностических исследований <i>Тулаев У.Б., Тулаев Н.Б.</i> _____	197
Респираторные фторхинолоны в лечении жизнеугрожающих состояний у детей <i>Сатвалдиева Э.А., Мустакимов А.А., Абдуллаев Р.Т.</i> _____	189	Анестезия у детей раннего возраста при внутричерепных гематомах и гидромах <i>Тулаев У.Б., Тулаев Н.Б.</i> _____	198
Результаты лечения нетравматичных инсультов у детей раннего возраста на фоне тяжелого ДВС-синдрома <i>Сатвалдиева Э.А., Абдуллаев Р.Т., Мустакимов А.А., Хайрутдинова М.Х.</i> _____	189	К причине геморрагического инсульта у детей раннего возраста <i>Туляганова Н.М., Шамансуров Ш.Ш., Саидазизова Ш.Х.</i> _____	198
Интенсивная терапия кетоацидотической комы у детей <i>Сатвалдиева Э.А., Мустакимов А.А., Холбаева Д.</i> _____	190	Использование иммунотерапии для профилактики острой респираторной инфекции у часто болеющих детей <i>Тургунова О.Т., Мухитдинова М.Л., Хасанова Х.Х.</i> _____	199
		Синдром Ледда у новорожденных: хирургическое лечение <i>Тухтаев Ф.Р., Эргашев Б.Б., Мухтаров Ж.У.</i> _____	199
		Нарушения кальциевого гомеостаза при судорожном синдроме у детей и их коррекция <i>Уралов Ш.М., Лим В.И., Шакаров Ф.Р., Алиев А.Р., Турсунов Ф.О.</i> _____	199

Диареяга чалинган болаларда минераллар алмашинуви коррекцияси ва организмдаги функционал ўзгаришлар <i>Усманов С.Т., Саидахмедов Ш.А.,</i> <i>Султанов Б.О., Шерматов Р.М.</i> _____	200
Региональная лимфатическая антибиотикотерапия в комплексе лечения острого аппендицита у детей <i>Усманов Ш.А., Рахимов Б.С., Кодиров К.З.,</i> <i>Халилов Ш.К., Курбанов Х.Т., Акбаров Н.А.</i> _____	200
10ценка способов обезболивания трамadolом после экс- тренных операций у детей <i>Усманова Г.М., Файзиев О.Я., Юсупов А.С.,</i> <i>Бекназаров А.Б., Нурмухамедов Х.К.</i> _____	201
Результаты применения неинвазивной вентиляции легких у больных с острой дыхательной недостаточностью при тяжелом ушибе легких <i>Фаттоев Н.Б., Заманов Ю.Р.</i> _____	202
Особенности инфузионной терапии у детей в периоде острой ожоговой токсемии <i>Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Камилов У.Р.,</i> <i>Абдуллаев У.Х., Убайдуллаев З.Ш.</i> _____	202
Новые подходы к снижению частоты гнойно-септических осложнений у обожженных детского возраста <i>Фаязов А.Д., Уразметова М.Д., Камилов У.Р.,</i> <i>Шукуров С.И., Ахмедова Р.К., Сабитов А.Т.</i> _____	203
Новые аспекты антибактериальной терапии при ожоговой болезни у детей <i>Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Камилов У.Р.</i> _____	204
Роль хронического эмоционального дистресса в развитии ларингостеноза при ларинготрахеитах у детей <i>Хакимов Д.П., Умарова З.С., Джубатова Р.С.,</i> <i>Гулямов Р.О., Касымов Н.А.</i> _____	204
Оптимизация применения ингаляционных глюкокортикоидов в лечении бронхиальной астмы у детей <i>Хакимова Н.Х., Холмирзаева М.Ф.,</i> <i>Мирзаева Н.К., Исаев Р.</i> _____	205
Нутритивная терапия у обожженных детей <i>Ходжакулов Ч.Р., Хайдаров Ф.Н., Ганиев А.А.</i> _____	205
Инородные тела дыхательных путей у детей <i>Худойкулов Б.К., Киличев Ш.К., Хатамова Р.</i> _____	206
Оценка факторов риска развития поражения сердечно- сосудистой системы при пневмониях у детей раннего возраста <i>Шаваз Н.М., Закирова Б.И., Азимова К.Т.,</i> <i>Ибрагимов М.Ф., Карджавова Г.А.</i> _____	206
Эхокардиографические критерии инфекционно- токсического шока при пневмонии у детей раннего возраста <i>Шаваз Н.М., Лим М.В., Турсункулова Д.А.,</i> <i>Казимова М.К., Гайбуллаев Ж.Ш., Каримова Г.М.</i> _____	207
Тактические и патогенетические подходы к лечению отека и набухания головного мозга у детей <i>Шакаров Ф.Р., Абдусаломов А.А., Уралов Ш.М.,</i> <i>Кудратов О.Б., Тожиев Б.Х.</i> _____	207
Анализ осложнений, развившихся при проведении длительной искусственной вентиляции легких, у детей <i>Шакаров Ф.Р., Кудратов О.Б., Тожиев Б.Х.,</i> <i>Турсунов Ф.О., Алиев А.Р.</i> _____	208
Реабилитации детей с ожогами верхних и нижних конечностей <i>Шакиров Б.М., Хакимов Э.А., Некбаев Х.С., Карабаев Ж.Ш.</i> _____	209

Клинико-метаболические особенности ожирения у детей и подростков при бронхиальной астме <i>Шамсиев Ф.М., Азимова Н.Д.</i> _____	209
Состояние процессов всасывания углеводов у детей с пищевой аллергией <i>Эшмуродов У.Н., Шодиев Б.М., Урокова Г.Р., Рузиев Ф.Т.</i> _____	210
Эффективность использования фторсодержащих пломбировочных материалов для лечения вторичного кариеса зубов у детей в возрасте от 6 до 8 лет <i>Юлдашев А.О., Азизов К.Т., Пулатов О.А.</i> _____	211
Интенсивная терапия некротического энтероколита у новорожденных <i>Юлдашев С.У., Исаев Р.А., Ахмедов Ш.П., Бегматов Г.С.</i> _____	212
Эффективность тотальной внутривенной анестезии при урологических операциях у детей <i>Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А.,</i> <i>Мукинова К.В.</i> _____	212
Состояние центральной гемодинамики и вегетативной реактивности при экстренных абдоминальных операциях у детей в период индукции в наркоз <i>Юсупов А.С.</i> _____	213
Анестезиологическая защита при экстренных малых травматологических операциях у детей <i>Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Бердиев З.М.</i> _____	213

IV. ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

De novo and recurrent cerebral aneurysms in pediatric patients <i>Makhkamov M., Hernesniemi J., Makhkamov K., Kuzibaev J.</i> _____	214
Minimally invasive techniques in pediatric emergencies and trauma <i>Sanjay S.N., Daminov O.U.</i> _____	214
К вопросу минимально инвазивного удаления травматических субдуральных гематом у детей <i>Аззамов М.К., Аззамов К.А., Файзиев М.</i> _____	215
Сравнительный анализ эндоскопической коррекции ликворных путей при опухолях головного мозга у детей <i>Асадуллаев У.М.</i> _____	216
Экстренная лапароскопия при абдоминальных травмах у детей <i>Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Улугмуратов А.А.,</i> <i>Мирзаев З.Х.</i> _____	216
Роль МСКТ в лечении сложных переломов дистального отдела плечевой кости у детей <i>Баратов Ж.А., Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б.</i> _____	217
Малоинвазивный остеосинтез комбинированным стержневым аппаратом при открытых переломах нижних конечностей у детей <i>Дехканов К.М., Мухаммадиев А.Б., Тожиев М.М.</i> _____	217
Малоинвазивные хирургические методы лечения нетравматических субдуральных кровоизлияний у детей <i>Исаков Б.М., Мухитдинова М.К., Ташиланов М.М.,</i> <i>Курбанов С.У., Исаков К.Б.</i> _____	218
Роль компьютерной томографии при закрытых изолированных повреждениях почек у детей <i>Исантурдиев У.И., Яхшиликов А.К., Пайзиев Х.М.</i> _____	219
Миниинвазивный метод лечения детей с острой спаечной кишечной непроходимостью <i>Кобилев Э.Э., Раупов Ф.С., Аслонов А.А., Ахмедов А.Т.</i> _____	219

Малоинвазивные методы хирургического лечения у детей раннего возраста с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями
Махкамов К.Э., Насимов С.Т. _____ 220

Эндоскопическая диагностика и лечение детей с инородными телами верхних отделов желудочно-кишечного тракта
Назаров А.К., Каландаров И.А., Саъдуллаев У.О. _____ 221

Роль параметров компьютерной томографии при выборе тактики ведения детей раннего возраста с нетравматическими подострыми субдуральными гематомами
Насимов С.Т. _____ 222

Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике пороков развития толстой кишки у детей с хроническим колостазом
Саидов Ф.Х. _____ 223

Эффективность видеоторакоскопии при гнойно-воспалительных заболеваниях легких и плевры у детей
Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Абдусаматов Б.З., Усманов Х.С. _____ 223

Диагностическая лапароскопия при сочетанной травме у детей
Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Абдусаматов Б.З. _____ 224

Роль МСКТ в диагностике нетравматических кровоизлияний у детей
Тожибаев А.Т., Каримбаев Ш.Т., Ашуоров З.И., Исмоилов О.А. _____ 225

Выбор анестетика в схеме общей анестезии при лапароскопических вмешательствах у детей
Хайрутдинова М.Х., Сатвалдиева Э.А., Васильченко В.З., Мамбетова Г.К., Ли Э.А., Хамраева Г.Ш. _____ 225

Роль компьютерной томографии в ранней диагностике острого гематогенного остеомиелита у детей
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Бургутов М.Д., Турсунов О.Д. _____ 226

Малоинвазионное эндоскопическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей
Шамсиев А.М., Данияров Э.С., Шамсиев Ж.А., Ибрагимов Ш.Ш. _____ 227

Эффективность эндохирургических малоинвазионных методов лечения обструктивных уropатий у детей
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Ибрагимов Ш.Ш. _____ 227

Лапароскопия в диагностике и лечении закрытой травмы селезенки у детей
Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Солиев Б.Э., Ходжаев Х.Б., Исхаков Н.Б., Жаббаров Б.А. _____ 228

Микрохирургическое клипирование фузиформной аневризмы супраклиноидного отдела правой внутренней сонной артерии (особенности техники)
Юха Х.Н., Махкамов К.Э., Насимов С.Т., Кузибаев Ж.М. _____ 228

V. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Возрастные особенности тяжелой черепно-мозговой травмы
Ахмедиев Т.М. _____ 230

Ожоги пищевода у детей
Исроилов Ш.Ш. _____ 231

Диагностическая ценность лапароскопии в ургентной детской хирургии
Исхаков Б.Р. _____ 231

Оценка продленной проводниковой анестезии-аналгезии верхней конечности у детей
Каримов Ж.Х. _____ 232

Рациональный подход к лечению отека мозга у детей
Мамадиева В.Х. _____ 232

Малоинвазивный остеосинтез при переломах длинных трубчатых костей конечностей у детей
Мутаиллаев С.Ш. _____ 233

Эндовидеохирургия при закрытых травмах живота у детей
Примов Ф.Ш. _____ 234

Зависимость дебюта судорожного синдрома от формы детского церебрального паралича
Садикова Г.К., Хамидова С.М. _____ 234

Хирургическая тактика лечения осложненных форм хронического колостазы у детей в ургентной хирургии
Саидов Ф.Х. _____ 235

Оптимизация методов гемостаза у урологических больных при гематурии
Хамроев Г.А. _____ 236