

Айбашов К.А.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ
Ошская межобластная детская клиническая больница, Кыргызстан, г. Ош

В арсенале детских хирургов имеются различные варианты хирургического лечения эхинококкоза печени (ЭП). Сам факт существования множества хирургических методов лечения указывает на отсутствие единого рационального подхода к этой важной проблеме.

Травматичность традиционных методов, частые послеоперационные осложнения, неудовлетворительные отдаленные результаты, отсутствие конкретных показаний и противопоказаний к данному перспективному методу с учетом анатомо-топографических сегментарных локализаций паразитарных кист побуждают многих хирургов искать малоинвазивные методы лечения.

Под нашим наблюдением в хирургическом отделении Ошской межобластной детской клинической больницы находились 87 детей с эхинококкозом печени, где были произведены оперативное лечение за период 2005-2012 гг.

Детям с ЭП предоперационная подготовка проводилась параллельно с диагностическим процессом. Деятельность ее зависела от выраженности сенсibilизации организма, стадии заболевания и характера осложнений. Лечебные меры при осложненных формах ЭП были направлены на ликвидацию дефицита жидкости, коррекцию водно-электролитного обмена, уменьшение интоксикации. Критерием подготовленности больного к операции являлись: улучшение показателей гемодинамики и гемостаза. Оперативное вмешательство проводилось под интубационным наркозом с ИВЛ.

Алиева М.Д., Мардинаева Р.М., Хошимова Р.Х.
ВЛИЯНИЕ СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ
Родильное отделение Центральная районная больницы района Рудаки, Республика Таджикистан

Актуальность. В акушерстве, проблема сосудистой дистонии актуальна в связи с тем, что это патологическое состояние может сопровождаться осложнениями беременности, родов, послеродового периода, а также приводить к увеличению показателей перинатальной смертности и отрицательно влиять на дальнейшее нервно-психическое развитие детей.

Цель исследования: Изучить многообразные формы дизадапционного синдрома: дизадаптация к физической нагрузке, метео- и гелиофакторам, изменению положения тела и их влияние на течение беременности и родов.

Пациенты и методы. Нами проведено обследование 100 беременной (с кардиалгическим синдромом - 23, тахикардальным - 22, респираторным - 12, астеническим - 18, церебральными ангиодистониями -21, вегетативно-сосудистыми кризами - 4).

Результаты. Одним из частых осложнений у беременных с СД был ранний токсикоз, который имел место у 37,4% пациенток. Угроза прерывания беременности встречалась у каждой второй (56,4%) женщины, причем у 9,9% - на всем протяжении. Самопроизвольный выкидыш произошел у (1,8%) пациенток. Неразвивающаяся беременность диагностирована у 1 (0,9%) пациентки в сроке 9-10 нед. При этом исключены нейроэндокринные нарушения, хромосомные и генные аномалии, инфекционные заболевания, передаваемые половым путем, антифосфолипидный синдром, которые могли бы быть причиной акушерских осложнений. В первой половине беременности осложнения выявлялись реже. Достаточно частым осложнением второй половины беременности у женщин с СД было присоединение гестоза. Водянка наблюдалась у 34 (34,7%) пациенток. Тщательное наблюдение за состоянием беременных и своевременные профилактика и лечение тяжелых форм гестоза (иммуноцитотерапия, назначение низких доз антиагрегантов) предупредили у большинства женщин переход в тяжелую форму. Однако у 7(7,2%) женщин с дистонией развился гестоз средней и тяжелой степени. У 9 (9,2%) беременных выявлена внутриутробная задержка развития плода. В 4 (4,1%) случаях произошла на фоне гестоза средней степени и тяжелого, в 5 (5,1%) случаях – на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода. В 98 (97,3%) случаях беременность закончилась родами. При анализе родов отмечено, что у 10 (9,9%) женщин произошли преждевременные роды в сроки от 28 до 37 нед. беременности. В 2 случаях досрочное родоразрешение произведено в связи с нарастанием тяжести гестоза, не поддающегося медикаментозной коррекции, путем операции кесарево сечение. При определении тактики родоразрешения было решено допустить к родам через естественные родовые пути 71 женщину, а остальных родоразрешить путем операции кесарево сечение в плановом порядке. Только 32 (45%) из 71 женщины, не имели осложнений в родах. Наиболее частым осложнением у рожениц было несвоевременное излитие околоплодных вод (25,6%). Осложнения в послеродовом периоде выявлены у 32 (32,6%) женщин с НЦД, среди них: эндометрит - у 2 (2,04%), лактостаз - у 4 (4,08%), гематометра - у (1,02%), анемия-у 22 (22,4%).

Таким образом, выявлено отрицательное влияние НЦД на гестационный процесс. Осложнения были диагностированы на всем протяжении беременности. Плодовые потери составили 4,7%. У рожениц, осложнения развивались в 55% случаев, у рожильниц - в 32,6%. Неонатальный период протекал без осложнений лишь у 56,3% новорожденных.

Алимова Х.П.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: В структуре детской смертности на первое место среди причин смерти у детей старше одного года выходит травма. Летальность при множественной и сочетанной травме у детей остается высокой - от 7,1 до 22%. При сочетанных повреждениях проявляется синдром «взаимного отягощения». Тяжесть состояния больного превышает простую арифметическую сумму тяжести полученных повреждений в силу того, что один вид повреждений осложняет течение другого. В 47,5-96 % случаев пострадавшие с сочетанной травмой поступают в стационар с явлениями шока. Диагностика затруднена из-за преобладания «доминирующего» травматического очага, скрадывающего в острый период повреждения других систем органов, которые с течением времени могут приводить к неблагоприятному исходу.

Материалы и методы: Для анализа использовались истории болезни, сопроводительные листы станции скорой и неотложной медицинской помощи, акты судебно-медицинской экспертизы 246 детей в возрасте до 15 лет, поступивших с тяжелой механической травмой за период с 2005 по 2011 г.

Результаты: У детей любого возраста ведущую роль занимают дорожно-транспортные происшествия. Катастрофа наиболее часто случается у детей в возрасте до 6 лет в период 21-22 час. Наличие нескольких очагов повреждений у детей с сочетанной травмой определяет низкий показатель диагностической эффективности (72,1%) на догоспитальном этапе, по сравнению с аналогичным показателем при изолированной травме (95%), за счет низкой диагностической чувствительности. Высокая частота черепно-мозговой травмы и повреждений опорно-двигательного аппарата при сочетанных повреждениях у детей диктует необходимость обследования и лечения в лечебно-профилактических учреждениях, располагающих всем необходимым спектром служб для оказания помощи при полисистемной патологии. При смене доминирующего очага с компенсацией второстепенных и стабильном состоянии ребенка возможен его перевод в профильный стационар.

Эффективные сроки консультаций составляют 12-24 часа, очного консультирования 1-2 суток и перевода пострадавшего - 3-7 суток.

Выводы: Решающим условием повышения эффективности лечебно-диагностического обеспечения пострадавших с тяжелыми механическими травмами становится реорганизация существующей системы лечебно-диагностического обеспечения пострадавших на всех этапах оказания медицинской помощи.

Анарбаев А.А., Айбашов К.А., Камчыбеков У.С., Маматов А.М.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Ошская межобластная детская клиническая больница, Кыргызстан, г. Ош

Острый гнойно-деструктивные пневмонии (ОГДП) до настоящего времени остаются одной из наиболее частых и тяжелых форм гнойно-септического заболевания детского возраста.

Главным условием успешного лечения этого контингента больных является раннее этиологическая диагностика, дренирование плевральной полости, активное антибактериальное и иммуноотерапия.

Опыт хирургического лечения ОГДП показал, что проведение операции в очень ранние сроки заболевания и до относительной стабилизации и ограничения процесса, может оказаться не радикальным и не всегда предотвращает прогрессирование и распространения болезни. Нами в торакальной хирургии Ошской межобластной детской клинической больницы течении ряда лет 2006-2012гг в лечении ОГДП у детей, первостепенное значение уделялось комплексной санации. Разработка и совершенствование этих методов положительно сказались на результатах лечения, о чем свидетельствует снижение летальности от 25% (1974г), 5,8% (1980г) и до 1,4% (2006г) и 0,8% (2012).

Под нашим наблюдением в 2006-2012 годах находилось 106 больных в возрасте от 20 дней до 14 лет с различными формами ОГДП. Среди них: дети первых 3-х месяцев жизни 3(1,3% 0, в возрасте от 3-х месяцев до 1 года 33(19,2%), от 1 года до 3-х лет 44(45,8%), от 3-х до 7 лет 15(18,4%), старше 7 лет 12(15,2%), т.е. дети первого года жизни составили – 37(20,4%), а младше возраста до 3-х лет 81(66,2%).