

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 родильниц - 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%), 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%).