

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%).

По формам заболевания дети распределялись следующим образом: легочные формы (инфильтративно-деструктивные, очагово-деструктивные, абсцедирующие и сухие буллы) были у 18 (17,2%) детей; легочно-плевральные у 92 (86,7%) больных (в т.ч. пиоторакс у 55 (59,8%), пиопневмоторакс у 26 (27,6%), пневмоторакс у 8 (8,8%) и фиброторакс у (3,2%). Первичная (бронхогенная) ОГДП отмечалась у 96 (90,6%) больных, вторичная (метастатическая) у 10 (9,4%), у 4 (3,9%) пациентов деструкция легких была двухсторонней. За три года через отделение выписано 106 больных, умерло – 1, летальность составило – 1,4%.

Умершие дети по возрасту распределялись так: до 1 года – 1, с 1 года до 3-х лет – 4, свыше 3-х лет – 1. По формам ОГДП умерло 6 детей: от пиоторакса – 2, пиопневмоторакса – 1, пневмоторакса – 1 и абсцесса легкого – 2. Больным пиотораксом, пиопневмотораксом и пневмотораксом сделаны дренирования плевральной полости с помощью активной аспирации. Все умершие дети поступили поздно на 4-11 дни болезни в крайне тяжелом состоянии из отдаленных районов и городов области.

Нами, при разработке лечебной и хирургической тактики от ОГДП определялись возрастам ребенка, давностью заболевания, характером и сроком присоединения легочно-плевральных осложнений. Установили, что чем меньше ребенок, тем более выражены интоксикация и дыхательная недостаточность, тем больше значения имели экстренные меры: декомпрессия плевральной полости, катетеризация подключичной вены, борьба с гипертермией, парезом кишечника, нарушениями КЩС и водно-электролитного баланса, анемией и т.д.

При выборе методов лечения ОГДП с плевральными осложнениями, исходили от результата диагностической плевральной пункции и данных почасового наблюдения за ребенком. Пункционный метод лечения являлся основным при тотальных плевритах, смещении органов средостения, в других случаях пункции делали через день, вводя в плевральную полость антибиотики и протеолитические ферменты. При невозможности с помощью пункции удалить гной до создания в плевральной полости отрицательного давления, плевральную полость дренировали в режиме по Бюлау и активной аспирации с помощью водоструйного насоса.

Торокоскопическое вмешательство (2,9%) применяли при стойком коллапсе легкого, поддерживаемыми бронхоплевральными свищами и массивными гнойно-некротическими на плевральных листках.

Такая активная и вместе с тем щадящая тактика хирургического обеспечения детей с ОГДП позволила нам принципиально отказаться от радикальных операций на легких и плевре в остром периоде заболевания и значительно улучшило отдаленные результаты лечения.

Показанием к радикальной операции считаем стойкое коллабирование легкого, связанное с наличием бронхиального свища большого диаметра при отсутствии эффекта от поисковой окклюзии.

Таким образом, улучшение результатов лечения детей с ОГДП мы прежде всего связываем с дифференцированной лечебной тактикой, широким использованием плеврального лаважа, бронхоокклюзии, экстракорпоральной детоксикации и неспецифического иммуновоздействия, а главное с хорошим уходом за больными со стороны подготовленного медперсонала в специализированных детских хирургических отделений.

Анарбаева А.А.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ ЮГА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Национальный Центр охраны материнства и детства, Бишкек, Кыргызская Республика

Целью настоящего исследования было изучение пищевого статуса у детей в возрасте от 0 до 35 месяцев 29 дней. Методом кластерного исследования отобрано 1298 детей, в т.ч. 653 (50,3%) ребенка из сельской местности и 645 (49,7%) детей, проживающих в городах. В исследуемой группе одинаково представлены дети обоего пола и разных возрастных групп, средний возраст детей составил $17,8 \pm 5,3$ месяцев.

В результате проведенного исследования установлено, что у 66,3% детей показатели физического развития соответствовали $-2CO < \leftrightarrow > 2CO$ стандартам ВОЗ. При этом число детей, у которых показатели физического развития соответствовали норме, в селах ($61,1 \pm 1,9$) было ниже, чем в городах ($71,6 \pm 1,8$, $p < 0,05$).

При анализе динамики среднемесячной прибавки в весе у здоровых детей на первом году жизни установлено, что наиболее интенсивная прибавка в массе тела происходила в первые три месяца жизни ребенка. За первые месяцы жизни дети прибавляли в среднем 1112 г. При этом месячная прибавка в массе тела за первый месяц колебалась от 600г до 1500г, за второй месяц – от 700г до 1300г, за третий месяц – от 700г до 1100г. За 1-ый год жизни дети прибавляли в среднем $6399 \pm 113,5$ г.

Интенсивность прибавки в весе на втором и третьем годах жизни ребенка значительно снижалась, составляя на втором году $2128,9 \pm 213,3$ г, на третьем – $1629,5 \pm 194,9$ г.

Прибавка в длине тела у детей в первом квартале после рождения происходила более интенсивно (9,6 см), чем во втором (5,8 см), третьем (4,4 см) и четвертом (4,4 см) кварталах жизни. Итого за первый год жизни в длине тела дети прибавляли 24,2 см. Средняя длина тела/рост в возрасте 12 месяцев составила 75,0 см, в возрасте 24 месяцев – 86,1 см и в возрасте 36 месяцев – 93,5 см.