

были школьного возраста – 23 (65,7%). Чаще эхинококкозом болели мальчики – 21 (60,0%). Количество сельских жителей превалировало в 6 раз.

У 16 больных двустороннее поражение легких сочеталось с эхинококкозом печени. У 22 больных встречались одиночные кисты в обоих легких, у 4 – множественные кисты, у 5 – множественные справа и одиночная киста слева, а у 4 больных – множественные слева и одиночная справа.

В 13 (37,1%) случаях выявлены осложненные кисты. Прорыв в бронх и/или плевральную полость – у 12, прорыв нагноившейся кисты – у 6, и нагноение эхинококковой кисты отмечено у 1 пациента.

При эхинококкозе легкого в последние годы чаще применяем миниторакотомия в зависимости от возраста ребенка, локализации, осложнений эхинококковой кисты. При сочетанном эхинококкозе легких и печени оперативное вмешательство производили поэтапно, в первую очередь удаляли кисту из легкого, а затем из печени.

Нами ранее установлено, что у 80 % больных с эхинококкозом имеется гипоацидное состояние. В этой связи, при выявлении гипоацидного состояния на протяжении всего лечения проводился комплекс мероприятий, повышающих кислотообразующую функцию желудка.

После эхинококкэктомии легкого встречалось нагноение остаточной полости кисты – в 3 (15,8%) случаях.

В качестве критериев оценки эффективности проводимого лечения мы использовали динамические изменения показателей, отражающих важнейшие звенья работы иммунитета.

Сроки пребывания больных в стационаре составили 18,4 суток. А послеоперационное нахождение больных – 13,5. Летальных исходов не наблюдалось.

Отдаленные результаты лечения эхинококкоза анализированы у 22 (60%) из 35 детей в сроки от 2 до 10 лет. Основное количество пациентов (87,7%) обследовано в отдаленные сроки, через 6-10 лет после операции.

У 1 (0,9%) ребенка обнаружена остаточная полость эхинококковой кисты в легком.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Р.Д. Аутова

**Казахский национальный медицинский университет,
Научный центр педиатрии и детской хирургии, Алматы, Казахстан**

С 2000 по 2008 год на клинической базе кафедры в НЦП и ДХ находились на обследовании и оперативном лечении 87 детей с эхинококкозом печени в возрасте от 5 до 14 лет. Всем детям было проведено комплексное клинко-инструментальное обследование: ОАК, ОАМ, ЭКГ, обзорная рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости. Для уточнения локализации кисты при ультразвуковом исследовании была использована схема сегментарного деления печени Коунауда-Шапкина.

По сегментарному делению эхинококковые кисты располагались преимущественно в правой доле, в V, VI, VII сегментах – 63 (73%) больных. Это объясняется анатомо-топографической особенностью сосудистой архитектуры воротной вены. В остальных 24 (27%) случаях отмечалось двухстороннее поражение. В зависимости от метода хирургического вмешательства пациенты были распределены на три группы; I-я группа составила 52 (59,8%) больных, в лечении которых были применены традиционные методы хирургического лечения; II-я группа – 24 (27,6%) больных с применением лапароскопической эхинококкэктомии печени; III-я группа – 11 (12,6%) больных с применением чрескожно-пункционно-аспирационного метода. Для оценки эффективности хирургического лечения эхинококкоза печени у детей было проведено сравнительное изучение результатов оперативного лечения. При этом оценивались длительность операции, общее состояние больных после операции, сроки нахождения в стационаре. Неудовлетворительных результатов при применении ЧПА – метода и лапароскопической эхинококкэктомии не было. Положительные результаты при традиционном методе хирургического лечения получены у 51 (98%) ребенка, неудовлетворительные результаты констатированы только в 1 (1%) в виде желчного свища, который закрылся самостоятельно на 17 сутки после операции. Наблюдение больных в катамнезе в течение двух лет после лечения чрескожно-пункционно-аспирационным способом показало отсутствие остаточной полости при ультразвуковом исследовании.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

А.У. Курбанова, М.Ф. Бегбудиев, Г.Д. Турабова

**Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ педиатрии,
Самарканд, Узбекистан**

В торакальном отделении клиники за период с 2001 по 2005 г. были госпитализированы 254 ребенка с диагнозом инородное тело дыхательных путей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Давность аспирации инородных тел в дыхательных путях колебалась от нескольких часов до 5 лет. Все 254 больных прошли клинко-лабораторное обследование, при этом у 4 (1,6%) из них были инородные тела. У 14 (5,5%) при наличии клинко-рентгенологических данных инородного тела бронхоскопически не выявлено. Эндоскопическими находками в этих случаях были: обструкция бронха гнойной пробкой – у 3, стеноз гортани – у 6, выраженный трахеобронхит – у 5.

У остальных 236 больных диагноз инородное тело был подтвержден эндоскопически. По характеру инородных тел: органические были у 191 (80,9%), неорганические – у 45 (19,1%).

В 139 (58,9%) случаях инородное тело локализовалось в правом главном бронхе, в 80 (33,9%) – в левом бронхе, у 10 (4,2%) – в трахее, у 7 (3%) – в гортани.

У 26 (11%) больных проводились повторные бронхоскопии. У пациентов были инородные тела, длительно находившиеся в дыхательных путях, прикрытые грануляциями и рубцовой тканью. Инородное тело было удалено лишь при повторных бронхоскопиях, после специальной дополнительной подготовки с учетом ошибок предыдущего исследования.

В зависимости от характера, локализации и размера инородного тела нами отмечены некоторые различия в клинике заболевания. Так, для инородного тела неорганического происхождения (колпачок от ручки, металлический шарик, фрагменты бижутерии и т.д.) характерно острое начало на фоне полного здоровья с явлениями дыхательной недостаточности. Органические инородные тела были небольших размеров и не давали выраженной клинику дыхательной недостаточности. В этих случаях 60 (25,4%) детей первоначально лечились у педиатров. Для органических инородных тел более крупных размеров характерно быстрое развитие вентильного механизма и ателектаза. При целостности оболочки органического инородного тела (семя арбуза, тыквы, подсолнечника) не происходит его набухание, быстрое разложение, поэтому вторичные воспалительные изменения в эндобронхе были менее выражены.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что инородные тела дыхательных путей у детей занимают значительное место в неотложной медицинской помощи.

СОЧЕТАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ У ДЕТЕЙ

Б.С. Сатаров, Ш.Ш. Юсупов, Ш.З. Шамратов, М.А. Абдусаломова
Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ педиатрии,
Самарканд, Узбекистан

В основу настоящей работы положен анализ результатов диагностики и лечения 548 больных с эхинококкозом различной локализации, находившихся на стационарном лечении за период с 1998 по 2008 год включительно. Большинство больных было школьного возраста – 427 (77,9%). Чаще эхинококкозом болели мальчики – 299 (54,6%). Количество сельских жителей превалировало в 3 раза.

В 259 (49,6%) случаях отмечалось изолированное поражение печени, в 192 (35,6%) случаях – легкого. Сочетанный эхинококкоз выявлен у 97 (17,7%) больных: поражение печени и легкого отмечено – у 77 (14,8%) детей; печени и почки – у 2; печени и поджелудочной железы – у 2; печени и селезенки – у 4, печени и головного мозга – у 3; печени, селезенки и головного мозга – у 1; печени, легкого и селезенки – у 2; печени, околоушной железы и бедренной области – у 1; печени, легкого, почки и шеи – у 1; печени, легкого и шеи – у 1, легкого и почки – у 1; легкого и селезенки – у 2.

Неосложненные кисты отмечены у 376 (68,6%) больных. Из осложнений наиболее часто встречались прорыв в бронх и/или плевральную полость – у 106 детей, из них прорыв нагноившейся кисты – у 11. Нагноение эхинококковой кисты отмечено у 65 пациентов. У 7 детей диагностирован прорыв эхинококковой кисты в брюшную полость, из них прорыв нагноившейся кисты – у 4. У 1 ребенка отмечен печеночно-бронхиальный свищ.

При сочетанном эхинококкозе оперативное вмешательство производилось поэтапно, при решении вопроса об очередности проведения оперативных вмешательств предпочтение отдавалось в первую очередь органу, где поражение эхинококкозом более выражено, и имеется потенциальная возможность развития осложнений.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли в 45 случаях. Наиболее часто отмечено нагноение остаточной полости – в 30 случаях, из них 2 – в сочетании с желчным свищем и 3 – нагноение послеоперационной раны, гнойный плеврит – у 4. Поддиафрагмальный абсцесс после эхинококкэктомии печени вскрыт у 1 больного.

Отдаленные результаты лечения эхинококкоза анализированы у 60% детей в сроки от 2 до 10 лет, основное количество пациентов (87,65%) обследовано в отдаленные сроки, через 6 - 10 лет после операции.

Наиболее часто в отдаленном периоде диагностировались солитарные эхинококковые кисты печени – 7 и рецидив эхинококкоза печени – 4, в 2 случаях обнаружен сочетанный эхинококкоз легких и печени. Эхинококкоз легкого выявлен всего в 1 случае, а также у 1 ребенка найдена остаточная полость эхинококковой кисты в легком.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ

А.Б. Алпысов, А.О. Жолумбаев
Медицинский университет Астана, Астана, Республика Казахстан

Актуальность темы. По данным различных авторов болезнь Пертеса составляет около 25,3% от всех заболеваний тазобедренного сустава, а среди ортопедических больных – от 0,17% до 1,9%. Среди всех остеохондропатий болезнь Пертеса составляет от 0,2 до 3%. Поздняя диагностика и недостаточный объем консервативной терапии приводят к нарушению функции конечности с последующим развитием деформирующего коксартроза. Цель исследования: определить эффективность лечения болезни Пертеса у детей на основе нового способа оперативного лечения.

Материал и методы. Показанием к оперативному вмешательству является болезнь Пертеса 2-3 стадии. Первым этапом производится биологическая подготовка аутооспонгиозы по М.Л. Дмитриеву с соавторами (1974): осуществляется разрез кожи, подкожной клетчатки, фасции длиной до 2 см по передней поверхности у нижнего края бугристости большеберцовой кости, затем спицей Киршнера 10 - 12 раз в разных направлениях перфорируют губчатое вещество метафиза до противоположного кортикального слоя. Рану зашивают наглухо. Второй этап вмешательства заключается в облучении зоны заготовки биологически активной аутооспонгиозы гелийнеоновым лазером. Через 2 недели производим основной этап оперативного вмешательства. Способ осуществляется следующим образом: перед оперативным вмешательством рентгенологически измеряем расстояние от наружной кортикальной пластинки межвертельной области до ростковой зоны головки бедренной кости. По компьютерным снимкам в различных срезах и плоскостях определяют расположение очага в проксимальном отделе бедренной кости. Разрезом Лангенбека обнажают межвертельную область, рассекают широкую фасцию бедра спереди и сзади, что обеспечивает уменьшение натяжения и давления в суставе. Отступая от основания большого вертела книзу на 2 см формируют костный канал при помощи сверла, вдоль оси шейки бедра до ростковой зоны, диаметром, соответствующим наружному диаметру трубки устройства, разработанного в клинике. Трубку вставляют в