

## **ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов,  
Б.П. Алиев, Х.Ё. Гафаров*

Самаркандский ф-л ДХ РСНПМЦ педиатрии  
г. Самарканд, Узбекистан

В настоящее время одной из актуальных проблем детской хирургии являются вопросы диагностики и хирургического лечения таких тяжёлых пороков развития центральной нервной системы, как спинномозговые грыжи у детей – выпячивание элементов спинного мозга через дефекты дужек позвонков.

В Самаркандском филиале детской хирургии РСНПМЦ педиатрии в 2004-09 гг. в отделении хирургии новорожденных находились 88 больных со спинномозговыми грыжами в возрасте от 1 до 6 мес. С грыжами поясничного отдела позвоночника было 50%; грудино-поясничного отдела – 29,5%; пояснично-крестцового отдела – 10,2%; шейного – 5,7%; грудного – 4,6% больных. Менингоцеле отмечалось у 48,9%; менингомиелоцеле – у 30,7%; менингоцистоцеле – у 17,0% детей, и у 3,4% – отмечался рахизис. Осложнения в виде разрыва оболочек и вторичного менингоэнцефалита отмечались у 13,6% новорожденных, у 37,5% наблюдались признаки гидроцефалии. В 47,9% случаях отмечалось нарушение функции тазовых органов и нижний парапарез. В 2 случаях – сочетание грыжи с другими пороками развития органов и систем (косополость верхних и нижних конечностей). Всем больным проведено общепринятые методы обследования, и целенаправленное ультразвуковое и рентгенологическое исследования. УЗИ проведено на аппарате ALOKA SSD 1400 при этом определяли толщину кожи спинномозговой грыжи, дефект дужек позвонков, грыжевое содержимое и размеры грыжевых ворот. С помощью рентгенологических исследований определены состояние позвонков вовлеченных в патологический процесс, фронтальные размеры позвонков и наличие аномальных отклонений в них. 86 больным произведена герниотомия с миофасциальной пластикой, 2 больных с рахизисом из-за несовместимости данной патологии с жизнью экзекировали. Летальные исходы наблюдались в 5,6% случаях, причинами которых явились вторичный менингоэнцефалит и прогрессирующая внутричерепная гипертензия.

Таким образом, результаты лечения показывают необходимость наиболее раннего оперативного вмешательства до развития различных осложнений у новорожденных. Примененные ультразвуковые и рентгенологические методы обследования позволили выбрать оптимальный вариант оперативного вмешательства.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ**

*А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов,*

*М.Д. Бургатов, Р.Х. Исрофилов*

Самаркандский ф-л ДХ РСНПМЦ педиатрии  
г. Самарканд, Узбекистан

Диагностика и лечение абдоминальной травмы остаётся актуальной проблемой неотложной хирургии детского возраста.

В клинике с 1995 по 2007 г. пролечено 257 детей с закрытой травмой живота в возрасте от 6 месяцев до 16 лет. Из них мальчики – 70%, девочки – 30%. Большинство травм (69%) регистрировались в летне-осенний период. В 67% случаях отмечена бытовая травма, в 17% – автотравма, в 15% – спортивная травма, «жестокое обращение с ребенком» – в 1% случаях.

У 72% диагностирован ушиб мягких тканей передней брюшной стенки; у 28% – различные повреждения органов брюшной полости. Из них у 36 (51%) пострадавших диагностированы повреждения паренхиматозных органов: у 26 повреждение селезенки; у 10 – печени. Изолированные повреждения были у 21 ребенка, множественные – у 2. У 13 пострадавших было сочетанное повреждение: у 2-х – разрыв селезенки и почки. В 7 случаях повреждение паренхиматозных органов сочетались с черепно-мозговой травмой, в 4 – с переломами костей.

Диагностика травмы основывалась на данных клинико-лабораторных, рентгенологических исследований, ультразвуковой сонографии, лапароскопии, лапароцентеза, а при сочетании с другими повреждениями – экскреторной урографии, краниографии, ЭХО-энцефалографии, при необходимости – компьютерной томографии. Основными факторами, обуславливающими тяжесть состояния ребенка после травмы явились шок и кровопотеря, причем шок диагностирован у 10 пострадавших с сочетанной травмой и у 7 с изолированной.

Оперировано 31 пострадавших детей. 12 больным с повреждением селезенки 2-3 степени и продолжающимся кровотечением произведено ушивание разрыва селезенки, в 9 случаях при повреждении селезенки 3-4 степени произведена спленэктомия, которая в 5 случаях дополнялась с имплантацией селезеночной ткани в сальник, 5 больных с повреждением селезенки 1-2 степени при стабильной гемодинамике вылечены консервативно. Ушивание разрыва печени выполнено 8 больным, дренирование гематомы печени – в 2 случаях. Летальный случай был у 1 (2,2%) ребенка с сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмой.

Таким образом, комплексный подход к диагностике, неотложная рациональная хирургическая тактика и интенсивная терапия в условиях специализированной детской хирургической клиники позволяет добиться хороших результатов в лечении данной категории больных.

## **ФАКТОРЫ РИСКА У ПОЛИМОРБИДНЫХ ДЕТЕЙ**

*М.М. Юсупова, М.Р. Рустамов,  
А.А. Абдусаломов, М.Ж. Ашурова*

Самаркандский ГМИ, СФ РНЦЭМП, Узбекистан

Практический интерес представляет изучение факторов риска, способствующих развитию полиморбидности, которая растет.

Цель исследования: оценка спектра факторов риска развития критических состояний у полиморбидных детей, разработка предложений для врачей общей практики.

Материал и методы.

Проанализированы сведения о детях в возрасте от 1 месяца до 1 года, поступавших в педиатрический блок СФ РНЦЭМП с 1 января 2010 года. Истории были отобраны сплошным методом. Критерием отбора были территориальная принадлежность к Самаркандской области и наличие 3 диагнозов и более.

Результаты и обсуждение.

Каждый 7-й ребенок (73 ребенка или 14,6%) имел различной степени ятрогении, часть из этих детей была госпитализирована после безуспешного и иногда длительного лечения на уровне учреждений I-II звена здравоохранения. Для признания новорожденного ребенка здоровым необходимо исключить минимум 57 симптомов при условии, что не будет факторов риска. При определении степени риска по факторам очень часто допускаются ошибки методологического характера. Не учитываются причинно-следственные связи между факторами, индикаторы и симптомы расцениваются вместе с факторами риска.

Фигурировали следующие факторы риска (по мере убывания их частоты):

Неправильная практика кормления ребенка в возрасте после 6 месяцев, наличие экстрагенитальных заболеваний у матери, отсутствие единой концепции профилактики геморрагической болезни новорожденных витамином К. Среди полученных нами сведений было 26 указаний на позднюю геморрагическую болезнь новорожденных с серьезными внутрочерепными кровоизлияниями. Самолечение, как фактор риска, включено в список в связи с нерациональностью подходов, практиковавшихся родителями, например, длительное применение жаропонижающих средств при субфебрилитете у ребенка. Недооценка тяжести состояния ребенка врачом общей практики, некачественный патронаж, неадекватная амбулаторная терапия фигурировали в 45% случаев.

Дефекты диагностики и лечения на догоспитальном этапе, дефекты организации медицинской помощи, особенно поздняя госпитализация, не выявление осложнений основного заболевания в большинстве случаев допускались из-за субъективных причин.

Сравнение спектров факторов риска развития заболеваний у детей по данным ВОЗ и по данным, полученным нами показало существенные различия. Так, например, такие факторы, как низкая масса тела при рождении, избыточный вес или ожирение, употребление табака, алкогольных напитков, непригодная для питья вода и отсутствие средств санитарии совершенно не характерны для нашего региона. ВОЗ относит их к причинам 58 млн. случаев смерти в 40% случаев в год.

Столь существенные различия в спектрах факторов риска связаны с политикой грудного вскармлива-

ния и другими перинатальными технологиями. Социально-экономические условия в Самаркандской области и в регионах, где проводились исследования экспертов ВОЗ, несопоставимо различаются из-за социальной защищенности граждан в нашей стране. Один лишь факт, что значительная часть детей не взвешивается при рождении в регионах, обследованных экспертами ВОЗ, а в родовспомогательных учреждениях Узбекистана внедрен матричный анализ BABIES, основанный на массе тела при рождении, свидетельствует о невозможности сопоставления данных других стран с нашими.

Заключение. При внедрении рекомендаций ВОЗ необходима их адаптация к местным особенностям. Особенности эти складываются из своеобразия подготовки и переподготовки кадров для здравоохранения, различий между городом и селом, внедрения технологий, оправданных с точки зрения научно доказательной медицины.

## ИММУНОЛОГИЯ АЛЛЕРГОЛОГИЯ

### ИММУННЫЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ТАБАКОВОДЧЕСКОМ РАЙОНЕ

Н.Р. Аралов, Ш.Х. Зиядуллаев

Самаркандский ГМИ, Самарканд, Узбекистан

В настоящее время имеются убедительные данные о том, что химические вещества, применяемые, в процессе производства табака существенно влияют на состояние иммунной системы организма. С данной позиции изучение иммунного гомеостаза подростков проживающих в табачководческих районах очень важно, с одной стороны необходимостью прогнозировать состояние иммунной реактивности подростка, а с другой назначение своевременной иммунокорректирующей терапии.

Цель исследования: изучить состояние иммунореактивности подростков больных бронхиальной астмой проживающих в Ургутском табачководческом районе Самаркандского вилоята Республики Узбекистан.

Материал и методы.

Обследованы 69 подростков и юношей, страдающих БА в возрасте от 12 до 19 лет. Верификация диагноза БА проводилась согласно международной классификации ВОЗ и в соответствии с диагностическими критериями GINA 2006 года. У всех больных проводили общеклиническое, лабораторное и инструментальное исследование. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц соответствующего возраста. Иммунный статус оценивали с помощью набора моноклональных антител, определяя общий пул Т и В-лимфоцитов. Определяли содержание циркулирующих в крови Т-лимфоцитов и их субпопуляций: Т-хелперов CD4<sup>+</sup>, Т-супрессоров CD8<sup>+</sup> и NK-клеток CD16<sup>+</sup>, а так-