

риска заболеваемости подтверждена сравнительным анализом качественных признаков, проведенных согласно критерию χ^2 по произвольной таблице сопряженности. Наиболее значимыми для исследуемых факторов являются: внутриутробные инфекции – 23,691 ($P < 0,001$), крупный плод – 20,892 ($P < 0,001$), стремительные роды – 9,763 ($P < 0,001$), недоношенность – 18,557 ($P < 0,001$), анемии – 20,892 ($P < 0,001$), асфиксия новорожденных 13,450 ($P < 0,001$), энцефалопатии – 8,228 ($P < 0,001$), рахит – 3,339 ($P < 0,05$), и иммунодефициты – 11,960 ($P < 0,001$). У больных, ведущими модифицирующими факторами риска развития данного осложнения, выявляемыми в обоих применяемых нами методах являются: внутриутробные инфекции, анемия, энцефалопатии, асфиксия новорожденных, недоношенность. Выявленные такие факторы риска как: масса плода, стремительные роды, рахит, атопический диатез, «часто болеющие дети» и иммунодефициты, отнесены к факторам, имеющим низкий относительный риск возникновения инфекционно-токсического шока.

На развитие инфекционно-токсического шока влияют и выявленные только в одном статистическом способе факторы, такие как: масса плода, стремительные роды, атопический диатез и «часто болеющие дети», которые отнесены к факторам, имеющим низкий относительный риск возникновения инфекционно-токсического шока.

Таким образом, учет и анализ модифицирующих факторов риска позволяет выявить и конкретизировать их патогенное влияние на изменения внутренней среды организма больного ребенка с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СРЕДСТВ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

А.М. Шамсиев, Ж.А. Шамсиев, Ф.А. Абдухамидов, Д.О. Атакулов, Ш.Ш. Мухитдинов

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

Эхинококкоз является тяжелым паразитарным заболеванием, характеризующимся поражением жизненно важных органов, представляя собой серьезную медико-биологическую проблему. Наблюдается неуклонный рост заболеваемости эхинококкозом. Зародышевые элементы эхинококкоза вызывают послеоперационные рецидивы этого заболевания. В связи с этим важную роль в предотвращении повторных инвазий играет надежное обеззараживание.

Цель исследования: провести сравнительную оценку некоторых методов интраоперационной обработки остаточных полостей при эхинококкозе у детей.

В клинике за последние 4 года проанализированы результаты лечения 279 детей с эхинококкозом различной локализации. Из них эхинококкоз печени у 41,2%, эхинококкоз лёгких – у 37,3%, сочетанный эхинококкоз – у 19,4% и изолированные редкие локализа-

ции – у 2,1% больных. У 262 пациентов диагностирован первичный, а у 17 (5,9%) – резидуальный и рецидивный эхинококкоз.

Из общего числа больных, поражение лёгкого составило 158 случаев. Поражение печени 147, изолированные кисты редкой локализации, были у 9 пациентов. Всем больным в зависимости от органной локализации и видовой специфичности эхинококка, были произведены соответствующие оперативные вмешательства. В зависимости от методов обработки остаточных полостей эхинококка больные были распределены на 4 группы.

В I группу включены 70 (25,%) больных, которым в качестве антипаразитарной обработки остаточной полости использовали традиционные методы (спирт, формалин, фурациллин, хлоргексидин). II группу составили 58 (20%) человек, которым был использован 80% глицерин. В III группу вошёл 131 (47%) больной, у которых для обработки использовался подогретый до 60°C 80% р-р глицерина. 20 (8%) больным в качестве обработки использован подогретый до 60°C 80% глицерин + ультразвуковая кавитация, которые составили IV группу.

Рецидив эхинококкоза в III и IV группах в сроках от 6 мес. до 2-х лет не отмечен, тогда как в I и II группах составил (11,3%) – 8 больных.

Таким образом, использование глицерина, подогретого до 60°C в сочетании с ультразвуковой кавитацией для обработки остаточной полости эхинококка, является надежным средством профилактики рецидивирования эхинококкоза в зоне операции.

К ЛЕЧЕНИЮ АХАЛАЗИИ КАРДИИ У ДЕТЕЙ

А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, Б.Б. Базаров, В.В. Гришаев, А.Р. Алиев

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

Ахалазия кардии (АК) – заболевание заключается в стойком нарушении рефлекса раскрытия нижнего эзофагального сфинктера и дискинезии грудного отдела пищевода. Среди болезней пищевода, АК составляет от 3 до 20%.

За период с 2000 по 2010 гг. на стационарном лечении в отделении торакальной хирургии РСНПМЦ педиатрии находились 23 пациента с диагнозом АК в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. По возрасту больные распределились следующим образом: до 1 года – 2, 1-3 года – 3, 4-7 лет – 7, 8-14 лет – 11 детей. Мальчиков – 17, девочек – 6.

У всех 23 пациентов отмечалась дисфагия твердой и жидкой пищей (100%), регургитация, обусловленная сильными спастическими сокращениями стенок пищевода при его переполнении, была у 21 больного. Похудение отмечали у 13, а боли за грудиной – у 8. АК I степени отмечалась у 4, II ст. – у 9, III ст. – у 8 и IV ст. – у 2 больных.

Методами исследования АК являлись рентгенография с контрастным исследованием пищевода и желудка, фиброэзофагогастроскопия.

Методы проводимого лечения больных с АК были различны, и в каждом конкретном случае был индивидуальный подход. У 14 больных проводились кардиодилатация, у 9 оперативное лечение: в 6 случаях операция Геллера, в 1 случае эзофагокардимиопластика по Готтштейну-Шалимову, в 1 случае эзофагокардиомииотомия с фундопликацией по Ниссену и в одном случае эзофагокардиомииотомия по Геллеру с задней фундопликацией на 180°.

Таким образом, в диагностике и лечении ахалазии кардии необходимо использовать комплекс специальных методов исследования (рентгенологическое, фиброэзофагогастроскопию) и разработанный диагностический и лечебный алгоритм позволит своевременно и адекватно воздействовать на патологический процесс, восстановить проходимость пищевода.

КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККОЗОМ

А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, Ж.А. Шамсиев, У.Б. Гаффаров, А. Содиков

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

Эхинококкоз является тяжелым, хронически протекающим паразитарным заболеванием. Несмотря на большие успехи в борьбе с эхинококкозом многие вопросы патогенеза, диагностики остаются недостаточно решенными.

Нами анализирована кислотообразующая функция желудка у 182 детей, находившихся на стационарном лечении по поводу эхинококкоза различной локализации. Исследование кислотности произведено методом интрагастральной рН - метрии, что составляет 31,9%. Остальным 68,1% пациентам с эхинококкозом кислотность желудочного сока определялась титрационным методом.

У 23,6% отмечена нормаацидность, в то время как у 76,4% наблюдалось, либо гипоацидное, либо субацидное состояние, что подтверждается проведенными исследованиями. Гиперацидных состояний при эхинококкозе среди обследованных больных не обнаружено. Также не зарегистрировано больных с анацидным состоянием.

В рамках поставленных целей и задач исследования нами изучено состояние системы антиинфекционной резистентности (АИР) организма у 159 детей в возрасте от 3 до 15 лет. Контрольную группу составили 45 практически здоровых детей в возрасте 3-15 лет.

Нами регистрировались показатели фагоцитарной активности нейтрофилов по отношению содержанию способных к фагоцитозу клеток и их абсолютным содержанием в 1 мл крови. При этом отмечали достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня фагоцитарной активности у больных с эхинококкозом до $54,4 \pm 0,84$, в то время как у практически здоровых детей этот показа-

тель составляет в среднем $58,44 \pm 1,17\%$. При сопоставлении иммунологических показателей выявлено, что в крови у больных с гипоацидным состоянием имеется достоверно более низкое содержание IgA, IgM и ЦИК и составило $1,83 \pm 0,05$, IgM – $1,36 \pm 0,04$, ЦИК – $1,87 \pm 0,04$, тогда как при нормальном состоянии желудочной секреции эти показатели были в пределах $2,06 \pm 0,09$, $1,57 \pm 0,08$ и $2,04 \pm 0,07$ соответственно ($p < 0,05$).

Итак, проведенный анализ изменений системы АИР позволяет нам утверждать, что при пониженной кислотности желудка у детей с эхинококкозом отмечается выраженный дисбаланс содержания циркулирующих иммунных комплексов, IgA и IgM, связанный с развитием специфической иммунной реакции к антигенам внедрившегося паразита.

ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

*А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов,
В.В. Гришаев, Б.Б. Базаров*

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

На долю опухолевидных образований у детей первых месяцев жизни приходится от 1,6 до 3% среди всей хирургической патологии данного периода. Вопросы ранней диагностики и своевременного лечения опухолевидных образований являются одной из сложных и важных проблем детской хирургии. Актуальность проблемы заключается в том, что несвоевременное их диагностирование увеличивает риск неблагоприятного развития заболевания с достаточно высоким удельным весом смертельных исходов.

Под нашим наблюдением в отделении хирургии новорожденных за последние 2 года находилось 32 больных с опухолевидными образованиями, что составило 3,8% от всей патологии данного возраста. Мальчиков было 13 (40,6%), девочек – 19 (59,4%). Успешное лечение детей с опухолями и опухолевидными образованиями во многом зависело от своевременной диагностики, правильной тактики врача в выборе методов консервативного и хирургического лечения, а также рациональной предоперационной подготовки, правильности проведения хирургического вмешательства и послеоперационного лечения.

Среди опухолей и опухолевидных образований наибольший удельный вес пришелся на различные виды гемангиом и лимфангиом – 25 (78,1%): кавернозная гемангиома была диагностирована у 10 (40%) больных, капиллярная – у 5 (20%); кавернозная лимфангиома – у 6 (26,7%), смешанная лимфогемангиома – у 4 (13,3%) больных.

Лечение данной группы больных проводилось консервативно – склерозирующая терапия с введением стероидных гормонов в область поражения у 6 больных, и оперативно – путем коагуляции у 4 больных и иссечения пораженного участка – у 15.

Показанием к консервативному методу была локализация патологического процесса в области лица и