

У всех новорожденных отмечалось нарушение микроциркуляции, проявившееся бледностью, цианозом, мраморным рисунком кожных покровов. Выраженность этих симптомов была больше в группе недоношенных детей. Так «мраморность» кожи в I и II группах отмечалась у 47,41% и 79,71% новорожденных, бледность покровов — у 80,17% и 85,51% детей соответственно.

Анализ электрокардиографических записей и заключений выявил следующие изменения в I и II группах соответственно: замедление внутрипредсердной проводимости — у 0,86% и 4,35% новорожденных, у 7,76% и 10,14% — замедление предсердно-желудочковой проводимости, в 14,66% и 8,70% случаев — нарушение внутрижелудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса, в 30,17% и 31,88% — удлинение сегмента QT. Синусовая тахи- и брадикардия зарегистрированы у 17,24% и 6,03% детей I группы, а также 31,88% и 10,14% — II соответственно. Синусовая тахи- и брадиаритмия — у 2,59%

и 2,59% детей I группы. В группе недоношенных синусовая брадиаритмия была в 4,35% случаев, тахиаритмия в этой группе не отмечалась. Аритмия без нарушения частоты сердечных сокращений была выявлена у 8,62% пациентов I группы и 10,14% — II. В 5,17% и 4,35% случаев соответственно зафиксирован эктопический ритм. Кроме того, в I и II группах регистрировалось смещение сегмента ST выше (21,55% и 39,13%) и ниже (8,62% и 11,59%) изолинии, изменения зубца T (42,24% и 40,58%), снижение вольтажа комплекса QRS (12,93% и 14,49%), повышение электрической активности желудочков (50,86% и 37,68%).

Вариабельность электрокардиографических показателей имела место в процессе лечения и непосредственно перед выпиской из стационара у 87,93% и 95,65% доношенных и недоношенных новорожденных соответственно. Отсутствие значительной положительной динамики свидетельствует о необходимости дополнительных мер лечения.

616-006-001

П.С. АНДРЕЕВ, А.П. СКВОРЦОВ

Центр травматологии Республиканской клинической больницы, г. Казань

Лечение обширных опухолеподобных образований длинных трубчатых костей у детей с применением чрескостного остеосинтеза по Г.А. Илизарову

При лечении обширных опухолеподобных образований длинных трубчатых костей наиболее эффективным методом лечения данного симптомокомплекса является чрескостный остеосинтез по Г.А. Илизарову.

Метод предусматривает профилактику деформации и анатомического укорочения сегмента конечности с радикальным удалением патологических тканей в пределах здоровой костной ткани с последующим замещением образовавшегося дефекта за счет перемещения здорового участка кости без нарушения ее питания.

В НИЦТ «ВТО» с 1990 г. применяется «Способ лечения доброкачественных опухолей длинных костей у детей», включающий в себя компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову, остеотомию кости на участке между здоровой и измененной костной ткани, внутрикостную резекцию патологического очага с последующим внедрением здорового костного фрагмента в костную полость и формированием дистракционного регенерата. Этот способ применен у 47 больных в возрасте от 8 до 16 лет с положительным исходом лечения. Однако при использовании данного способа лечения возникают технические затруднения, так как возникают сложности при внедрении здорового костного фрагмента в костную полость вследствие того, что на участке между здоровой и измененной костной тканью всегда имеется сужение костно-мозгового канала. Кроме того, при формировании дистракционного регенерата костная полость заполняется дистракционным костным регенератом не полностью, что объясняется наличием кортикального слоя

внедряемого здорового костного фрагмента в костную полость. Поэтому в дальнейшем указанный метод совершенствовался, и для лечения больных с данным заболеванием мы предлагаем следующее. После остеотомии кости на участке между здоровой и измененной костной тканью и формирования внутрикостного канала одновременно с резекцией патологического очага при условии сохранения кортикального слоя мы производим остеоперфорацию костной полости по ее периметру, продольное линейное рассечение кортикальных стенок патологического участка кости. В последующем производим внедрение здорового костного фрагмента с циркулярно удаленным кортикальным слоем в костную полость, компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову и формирование дистракционного регенерата. Однако большое клиническое разнообразие обширных опухолеподобных образований побудило нас к применению ещё одного технического приема при лечении обширных опухолеподобных образований методом чрескостного остеосинтеза. Так, при внедрении здорового костного фрагмента в костную полость в ряде случаев наружный диаметр здоровой кости на границе с опухолью гипертрофирован и имеет такой же наружный размер, что и патологически измененный отдел кости. Кроме того, костная полость, образовавшаяся после внутрикостной резекции опухоли, имеет суженный костномозговой канал вследствие гипертрофии своего кортикального слоя, поэтому при внедрении здорового участка кости даже после частичного удаления её кортикального слоя по окружности и линейного рассечения кортикальных стенок костной кисты



не помещается в образовавшуюся полость костной кисты или опухоли, образовавшуюся после внутрикостной резекции.

Поэтому при внедрении здорового конца кости в костную полость, несмотря на то, что произведено частичное удаление кортикальных стенок здорового участка кости, происходят переломы и отрывы от надкостницы линейно рассеченных кортикальных стенок патологического участка кости. В результате этого сломанные кортикальные стенки патологически измененного участка кости, лишённые надкостницы, подворачиваются вовнутрь костной полости, препятствуют полному внедрению здорового участка кости, что приводит к нарушению формирования distractionного регенерата внутри костной полости. Поэтому перед внедрением здорового костного фрагмента в костную полость мы производим иссечение костных клиньев

вдоль оси кортикального слоя на протяжении внедряемого отдела кости и его циркулярную констрикцию (сжатие).

Таким образом, при лечении обширных опухолеподобных образований длинных трубчатых костей предлагается пользоваться следующими техническими приемами:

1. производить остеоперфорацию костной полости по ее периметру с помощью спицы или 2-мм сверла;
2. производить продольное линейное рассечение кортикальных стенок патологического участка кости;
3. производить внедрение здорового костного фрагмента с циркулярно удаленным кортикальным слоем в костную полость;
4. производить иссечение костных клиньев вдоль оси кортикального слоя на протяжении внедряемого отдела кости и его циркулярную констрикцию (сжатие).

616-072.1:616.31-07-053.2

С.Г. АНОХИНА, Н.С. ПОЛЯКОВ, П.Н. ГРЕБНЕВ

Казанский государственный медицинский университет

Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Первый опыт выполнения фибробронхоскопии у детей раннего возраста

Выполнение бронхоскопии у новорожденных и детей раннего возраста ригидным бронхоскопом достаточно травматично, осложнено специальной подготовкой и проблемой выбора анестезиологического пособия. В связи с этим возникают трудности при лечении рецидивов бронхообструкции, особенно у больных на фоне органического поражения центральной нервной системы, длительно находящихся в условиях реанимации, либо у детей после кардиохирургических операций. Использование сверхтонкого фибробронхоскопа FB XP-60 «OLYMPUS» решает многие проблемы. Аппарат с внешним диаметром тубуса 2,8 мм и внутренним каналом 1,2 мм позволяет провести качественную санацию трахеобронхиального дерева (ТБД) у детей первых месяцев жизни, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

В нашей клинике за 8 месяцев с момента приобретения сверхтонкого фибробронхоскопа выполнено 102 фибробронхоскопии (ФБС) детям в возрасте от 20 дней до 3 лет. Средний возраст — 4,2 месяца. Мальчиков было 86 (84,3%), девочек — 16 (15,7%). По возрасту больные распределились следующим образом: от 0 до 1 месяца — 7 (6,9%) больных, от 1 месяца до 6 месяцев — 66 (64,7%), от 6 месяцев до 12 месяцев — 6 (5,9%), от 1 года до 3 лет — 12 (11,8%). Показаниями к диагностической и лечебной фибробронхоскопии явились: бронхообструкция на фоне грубой неврологической патологии; ателектазы лег-

ких у детей после коррекции врожденных пороков сердца; подозрение на стеноз гортани и трахеи, трахеопищеводный свищ, инородное тело бронхов, легочное кровотечение и т.д. Диагностическая ФБС детям на спонтанном дыхании выполнялась под внутривенным наркозом либо под местной анестезией 4% р-ром лидокаина. Детям на ИВЛ и диагностическая, и санационная фибробронхоскопия выполнялась без анестезии через интубационную трубку под контролем мониторинга дыхания. При достижении уровня сатурации (SpO_2) ниже 80% манипуляция временно приостанавливалась. Во время санации забирались мокрота на бактериологический посев. У всех больных диагностирована причина обструкции, восстановлена проходимость бронхов, улучшился газообмен. Диагностическая ФБС у детей раннего возраста на фоне миорелаксации через интубационную трубку и ларингомаску позволяет выявлять инородные тела в бронхах любого калибра. Следует отметить, что фибробронхоскопия детям раннего возраста в нашей клинике во всех случаях проводится в условиях реанимации либо операционной. Осложнений не наблюдалось.

Таким образом, фибробронхоскопия является методом выбора как малотравматичный и эффективный метод диагностики и лечения обструкции ТБД различного генеза у новорожденных и детей раннего возраста.