

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 выраженную 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 свищом 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 Киришнера 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

канал, хвостовик устройства фиксируют к большому вертелу. Вводя трубку до заданной глубины и, развернув выходным отверстием в определенном градусе, закрепляют фиксаторами. В трубку вставляется спица Киршнера, закрепленная в дрель. По окружности сверлят туннели, последовательно поворачивая трубку на 0-90-180-240 градусов. Ослабив фиксаторы, трубку подтягивают назад на 1 см и снова сверлят туннели на 45-135-225-351 градусов. Устройство удаляется, созданный костный канал пломбируют заранее заготовленной биологически активной спонгиозой из бугристости большеберцовой кости. Аутоспонгиоза предварительно смешивается с раствором трентала и облучается в течение 10 минут гелийнеоновым лазером. Заканчивают операцию введением костно-надкостничного аутотрансплантата бедра на питающей мышечной ножке. Проведенный сравнительный анализ показал, что разработанный способ позволил уменьшить продолжительность лечения и улучшить ближайшие и отдаленные результаты.

Таким образом, учитывая полученные данные, предлагаемый способ лечения больных с болезнью Пертеса у детей может быть применен в клинической практике, поскольку уменьшает продолжительность лечения и улучшает результаты.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ СОЛЕННЫХ ОЗЕР НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

С.В. Белкина, М.В. Прутис

**Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск, Российская Федерация**

Проблема детского травматизма – достаточно актуальная тема, так как дети – это наиболее подвижная часть населения. А современные социальные условия не всегда способствуют правильному питанию, а значит – достаточному количеству минеральных веществ и пластического материала для прочности скелета и минимализации времени консолидации переломов.

Цель исследования: изучить эффективность воздействия рапы артемиевых озер Новосибирской области в условиях стационара у больных с травматическим повреждением длинных трубчатых костей.

Материал и методы: исследование проводилось у 31 пациента с травмами длинных трубчатых костей (плечевая, бедренная, кости голени), находящегося на скелетном вытяжении. Возраст больных – 4-14 лет. Мальчиков было 21, девочек – 10. На место перелома делался компресс из 20% раствора рапы соленых озер Новосибирской области, в состав которого входят кальций и фосфор. Для диффузии солей в ткани применялся 20% раствор димексида. 19 детей составляли контрольную группу. До и после эксперимента в качестве контроля брался биохимический анализ крови на кальций и фосфор. Аппликации (5 процедур) производили через день на 25-30 минут.

Результаты. При получении до начала обследования высоких показателей содержания в крови кальция ($2,78 \pm 0,45$ ммоль/л) после процедур этот уровень не менялся. Низкий же уровень кальция ($2,26 \pm 0,57$ ммоль/л) после процедур возрос до $2,73 \pm 0,24$. При определении уровня фосфора: если уровень фосфора отмечался у верхних границ нормы ($2,07 \pm 0,15$ ммоль/л), то после проведения компрессов он снижался до $1,76 \pm 0,18$, а если он отмечался у нижних границ нормы ($1,52 \pm 0,25$ ммоль/л) – оставался неизменным. В контрольной группе детей данные показатели значительно не менялись в зависимости от дня забора анализа. Показатели общего анализа крови и общего анализа мочи у основной группы не менялись от среднестатистических величин, характерных для данного возраста.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что данный материал в виде соли озер Новосибирской области обладает минералонормализующим действием, тем самым оказывая нормализующее действие на уровень кальция и фосфора, что особенно актуально у данных больных.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СУХОЖИЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ КИСТИ

В.В. Анисимова, И.Н. Герасименко, А.В. Литовкина
**Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация**

Больные дети с повреждениями поверхностных и глубоких сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти составляют в среднем 1% от всех пациентов, пролеченных за год в ортопедическом отделении КДКБ. Между тем, очень важен отдаленный результат лечения, проведенного данной категории детей, поскольку он будет влиять на дальнейшее качество жизни наших пациентов.

Цель: определение отдаленных результатов сухожильных пластик пальцев кисти у детей.

Структура исследования: ретроспективный анализ историй болезни пациентов с повреждениями сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти.

Клиническая база: ортопедическое отделение Краевой детской клинической больницы г. Ставрополя. Критерии включения в исследование: в период с 2001 по 2008 г. под нашим наблюдением находились 27 пациентов, поступивших спустя 1-1,5 месяца после получения повреждения сухожилия. Из них в возрасте до 7 лет было 8 пациентов, с 7 до 12 лет – 12, в возрастной группе с 12 до 15 лет – 7. Мальчики составляли 56% пациентов, девочки – 44%. Повреждения сухожилий разгибателей были у 15%, сгибателей – у 85%.

Описание метода: всем пациентам под общим обезболиванием проводилась пластика сухожильным швом по Кюнео “конец – в конец” – 40%, с замещением сухожильным трансплантатом – 60%. У беспокойных детей снятие швов производилось под наркозом на 10-12 сутки с последующим наложением циркулярной гипсовой повязки сроком на 3 недели с момента оперативного лечения.

Основные результаты: всем пациентам через 3 недели после оперативного лечения проведен курс кинезотерапии в условиях отделения восстановительного лечения. У 4 детей с повреждением сухожилий разгибате-