

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 эзофагокардиомиопластика по Готтштейну-Шалимову, в 1 случае эзофагокардиомиотомия с фундопликацией по Ниссену и в одном случае эзофагокардиомиотомия 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 к 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, правильного 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

его распространенность, делающая невозможным проведение оперативного вмешательства. На втором месте по распространенности составили тератомы крестцово-копчиковой области – у 10 (31,2%) больных.

Хирургическая коррекция данной патологии была произведена в 70% случаев общепринятыми методами. Причиной неоперабельности больных явилась тяжёлая родовая черепно-мозговая травма, общее тяжелое состояние больного, развившиеся гнойно - воспалительные осложнения.

Таким образом, частота встречаемости опухолей и опухолевидных образований у новорожденных не имеет тенденции к уменьшению, оставаясь на достаточно высоком уровне. Лечение данной группы больных представляет собой далеко нерешенную проблему детской хирургии, несмотря на значительные достижения в этой области.

ХАРАКТЕР МИКРОФЛОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

А.М. Шамсиев, С.С. Зайниев

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

Хронический гематогенный остеомиелит до настоящего времени представляет один из трудных разделов детской хирургии, что связано с его частыми рецидивами и обострениями. В рецидивировании заболевания немаловажную роль играет патогенная микрофлора костномозгового канала.

Материал и методы.

Нами обследованы 50 детей с хроническим рецидивирующим гематогенным остеомиелитом, лечившихся в Самаркандском филиале детской хирургии РСНПМЦ педиатрии.

У всех больных производили бактериологический анализ из очагов поражения в костномозговом канале. Взятие материала поводилось во время операции.

Результаты и обсуждение.

Изучение микрофлоры из очагов поражения выявило преобладание *St. aureus*. Из всех обследованных золотистый стафилококк выделен у 33 (66%), *E. Colli* – у 9 (18%), *Proteus vulgaris* – у 2 (4%) и ассоциативная микрофлора стафилококка с кишечной палочкой – у 4 (8%). У 2 (4%) больных из взятых на исследование материалов роста не получено.

При определении чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам выявлено, что стафилококк наиболее чувствителен (80%) к клафорану, таревиду, цефамизину, полимиксину; кишечная палочка (100%) к канамицину, клафорану, таревиду, цефамизину; протей к канамицину, клафорану, левомицитину, таревиду, цефамизину. Устойчивость всех видов выделенных микрофлор к пенициллину, ампициллину, оксациллину и гентамицину достигает до 98%.

Выводы.

Таким образом, при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей лидирующей флорой остаётся стафилококк. Бактериологический

контроль при данной патологии имеет большое значение не только в диагностическом плане, но и при выборе тактики и стратегии антибактериальной терапии.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПЕРЕДНИХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ

*А.М. Шамсиев, С.У. Ихматиллаев, Д.О. Атакулов,
Э.С. Данияров, Ф.Э. Рахимов*

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

В клинике находились на лечении 215 больных с передними формами гипоспадии (по Barcat) в возрасте от 1 года до 15 лет. Дети от 1 до 3 лет - (9,6%, с 3 до 5 – 20,4%, с 5 до 7 – 30,2%, с 7 до 12 – 31,2%, с 12 до 15 лет составили – 8,6%. До 2000 года было пролечено 56,7% детей с передней формой гипоспадии в сочетании с меатостенозом. Хирургическое лечение этих больных заключалось в меатотомии.

С 2000 года нами проведена хирургическая коррекция уретры 43,3% больным с передней формой гипоспадии без искривления полового члена по методике Mathieu. Данную методику мы применяли у больных с уретральным дефектом до 1,5 см. Больных с венечной формой было – 11,8% и переднестволовой – 88,2%.

Результаты уретропластики были изучены у всех больных в сроки от 6 мес до 8 лет после операции. У 6,4% мальчиков отмечались послеоперационные осложнения в виде одиночного уретрального свища. Все осложнения устранены хирургическим путём, который заключался в иссечение свища. Повторной пластики уретры ни в одном случае не потребовалось. У всех больных были получены хороший косметический и физиологический эффект.

Результаты лечения показали целесообразность проведения коррекции уретры при передней форме гипоспадии и высокую эффективность данного способа уретропластики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СТЕПЕНИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ БОЛЬЮ В ОБЛАСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

А.М. Шамсиев, З.М. Махмудов, А.Р. Алиев

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

Одним из основных патогенетических звеньев гнойно-воспалительных заболеваний является эндогенная интоксикация (ЭИ), обусловленная воздействием на организм токсинов возбудителя, продуктов распада собственных тканей, биологически активных ве-