

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, левомецитину, 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-

ществ и медиаторов воспалительной реакции. Лейкоциты в частности нейтрофилы в развитии воспалительного процесса, играют роль микрофагов, являясь первой линией обороны. Именно поэтому любая нозологическая форма, в основе которого лежит воспалительная реакция, сопровождается лейкоцитозом. Однако качественные сдвиги лейкоцитарной формулы могут нести в себе более достоверную специфическую информацию. В основе патогенезе острого гематогенного остеомиелита лежит образование гнойного очага, который при достижении критических параметров, приводит к развитию интоксикационного синдрома всего организма. Поэтому больным острым гематогенным остеомиелитом костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) с целью оценки тяжести состояния и проведения дифференциальной диагностики с другими воспалительными заболеваниями тазобедренного сустава, в частности с реактивным кокситом (РК), мы исследовали ЭИ.

Степень ЭИ определяли по показателю токсичности крови (ПТК), и лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ). Так, в норме ПТК составляет в среднем $28,0 \pm 0,5$ ед. Во всех клинических группах при поступлении выявлено повышение показателей ЭИ, по сравнению с нормой. У детей с РК данный показатель составил $37,9 \pm 1,74$ ед. Наиболее высокий уровень токсичности крови был зарегистрирован в группе ОГО КТС – $61,22 \pm 1,13$ ед, что свидетельствует о запущенности процесса. Такие же различия показателей отмечены и при оценке параметров ЛИИ. Во всех нозологических формах ЛИИ было выше значения здоровых детей. Так, если в норме ЛИИ составляет $1,09 \pm 0,04$ ед., то в группе больных с ОГО наивысший показатель был, и он составил $2,68 \pm 0,65$ ед. В группе детей с РК, ЛИИ составил $1,77 \pm 0,29$ ед.

Следовательно, больные с ОГО КТС характеризуются более высокой степенью ЭИ, по сравнению с РК. Приведенные данные позволяют заключить, что при всей простоте определения исследуемые показатели являются ценными и достоверными параметрами для проведения дифференциальной диагностики у детей, обращающихся в медицинские учреждения с жалобами на острую боль в области тазобедренного сустава. Изложенное выше позволяет использовать указанные параметры в качестве объективных критериев диагностики, дифференциальной диагностики, а также оценки тяжести патологического процесса и выбора рациональной тактики оперативного и медикаментозного лечения.

ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, Ж.А. Шамсиев,
Э.С. Данияров, У.Т. Суванкулов, Р.Х. Исрофилов

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

ки» являются одной из распространенных патологий детской уроandroлогии.

В отделении урологии Самаркандского филиала детской хирургии Республиканского НПМЦ педиатрии за период с 2001 по 2010 гг. было пролечено 266 мальчика с синдромом отежной мошонки в возрасте от 1 года до 15 лет. Больных в возрасте от 1 года до 3 лет было – 11%, 3-6 лет – 13,5%, 7-15 лет – 75,5%. Всем больным наряду с общеклиническими исследованиями при поступлении было произведено УЗИ мошонки. У 1,9% больных с клиникой острого неспецифического орхидэпидидимита болезненность и отек были невыраженными, а при УЗИ выпот был незначительным, эти дети получили консервативное лечение. Во всех остальных случаях (98%) мы придерживались активной хирургической тактики. Оперативный доступ осуществлялся через мошоночный разрез. Перекрут и некроз гидатиды был обнаружен у 67,3% больных, чаще данная патология отмечалась у детей в возрасте 7-15 лет (84,4%). С неспецифическим гнойным орхидэпидидимитом было прооперировано 13,5% больных, среди них также преобладали дети старшей возрастной группы (72,2%). Перекрут яичка выявлен у 12,8% детей, большинство из них так же было в возрасте 7-15 лет (58,8%). Посттравматическая гематома мошонки обнаружена у 2,6%, травма яичка с разрывом оболочки – у 1,5% детей.

У больных с перекрутом и некрозом гидатиды производилась гидатидэктомия. При обнаружении мутного выпота полость мошонки дренировалась на 24 часа. При остром гнойном неспецифическом орхидэпидидимите операция заключалась в санации и дренировании полости мошонки, обязательно проводили блокаду семенного канатика р-ром новокаина с антибиотиком. Больным с перекрутом яичка после устранения заворота, яичко согревалось теплым раствором изотонического раствора хлорида натрия, в семенной канатик вводился 0,25% р-р новокаина. У 6 детей в возрасте до 3-х лет перекрут яичка происходил вместе с его оболочками. Для предупреждения рецидива после деторсии яичко фиксировалось к слоям мошонки. В 2-х случаях при перекруте яичка на 360° с давностью заболевания более 24 часов яичко было некротизировано, что послужило показанием к орхидэктомии. Больным с разрывом яичка производилось его ушивание. В случаях, когда имелась гематома, последняя эвакуировалась.

В послеоперационном периоде консервативное лечение включало десенсибилизирующую и витаминотерапию, антибиотикотерапию назначали по показаниям. Всем больным после выписки из стационара назначался курс физиотерапии (УВЧ), а также было рекомендовано контрольное ультразвуковое исследование через 1 месяц.

Таким образом, при острых хирургических заболеваниях яичка целесообразно придерживаться активной хирургической тактики.

Острые хирургические заболевания яичек, объединенные общим термином «синдром отежной мошон-