

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 аутоспонгиозы 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 аутоспонгиозы 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