

Т.В. Сабурова Г.И. Бишарова
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

ГУЗ Областной консультативно-диагностический центр для детей (Чита)

Целью нашего исследования явилось проанализировать больных с инородными телами трахеобронхиального дерева.

Материалы исследования: под нашим наблюдением находились 9 больных с инородными телами бронхов, из них 6 - раннего возраста (от 1 - 2 лет), 3 - старшего школьного возраста. Все дети находились на лечении в отделении пульмонологии Областной детской клинической больницы г. Чита (зав. отделением Гаврикова О.В.) за истекший 2004 год, что составило 2,8% от числа пульмонологических больных.

Результаты. Проведенные наблюдения показали, что не все инородные тела бронхов были успешно удалены эндоскопическим методом, двум пациентам рекомендовано плановое оперативное лечение в связи с неэффективностью консервативной терапии. Дети раннего возраста легко аспирировали мелкие предметы или кусочки пищи, находящиеся у них во рту во время еды, игры, смеха, плача.

По характеру аспирированных инородных тел выявилось преобладание органических инородных тел 55,5%, по сравнению с неорганическими 44,5%. Структура инородных тел следующая: подсолнечные семечки-2, орехи кедровые-2, кусочки морковки-1. Из неорганических инородных тел встречались пластмассовые детали игрушки-1, ластик-1, фрагмент пенопласта-1, металлическая заклепка - 1.

Локализация инородных тел в бронхах зависела от их величины, формы и возможности перемещения по трахеобронхиальному дереву.

У наблюдавшихся детей инородные тела локализовались: в бронхах правого легкого - 6, из них в главном бронхе - 3, в верхнедолевом - 2, нижнем - 1; в бронхах левого легкого - 3, том числе в нижнедолевом - 2. Наиболее частая правосторонняя локализация инородных тел связана с анатомо-физиологическими особенностями строения трахеобронхиального дерева, длительность нахождения инородных тел составила от 9 дней до 2 месяцев.

Наиболее частыми жалобами при поступлении являлись следующие: внезапно возникающий сухой приступообразный кашель, затруднение дыхания, повышение температуры тела, осиплость голоса, вялость или беспокойство.

При осмотре у подавляющего числа больных отчетливое локальное укорочение перкуторного звука отсутствовало. Наиболее характерными изменениями были ослабление дыхания и локальные сухие и влажные разнокалиберные хрипы. У 4 детей аспирация осложнилась пневмонией, у 2 - ателектаз доли легкого.

Рентгенологически проявления инородных тел разнообразны, зачастую малоинформативны и зависели от возраста ребенка, характера аспирированных инородных тел, локализации, степени обструкции просвета бронхов, наличия и характера осложнений. Среди всех инородных тел наиболее сложными в диагностике оказались рентгенонегативные тела. Точный диагноз установлен только после проведения диагностической бронхоскопии.

При эндоскопическом исследовании трахеобронхиального дерева интенсивность воспаления различной степени выраженности и распространенности зависела от сроков пребывания инородных тел в дыхательных путях, их размеров, формы и состава. После удаления инородных тел детям проведено комплексное лечение: антибактериальная, отхаркивающая, симптоматическая терапия, физиолечение, массаж грудной клетки.

Описание клинического случая: девочка Даша в возрасте 1,3 месяца поступила в детскую инфекционную больницу с жалобами на шумное дыхание, осиплость голоса, сухой приступо-

образный кашель. Из анамнеза известно, что девочка грызла кости. Только при повторной бронхоскопии удалось удалить инородное тело-фрагмент говяжьей кости размером 0,5х0,8х1см, определить наличие других фрагментов, было затруднено за счет грануляций в просвете бронха.

Неоднократно девочка находилась на лечении в пульмонологическом отделении Областной детской клинической больницы, Детской железнодорожной больницы, удаление других фрагментов инородных тел было безуспешно. Девочка получала антибактериальную, отхаркивающую, бронхолитическую терапию, симптоматическое лечение, на фоне которого состояние ухудшалось. Беспокоил приступообразный, продуктивный кашель со слизисто-гнойной мокротой, субфебрильная температура тела, симптомы интоксикации. В общем анализе крови сохранялась нормохромная анемия легкой степени, умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 20 мм/час. По данным эхокардиографического исследования среднее диастолическое давление в легочной артерии составило 36 мм рт.ст. На рентгенограмме органов грудной клетки в нижней доле справа, в сегментах верхней доли справа и в прикорневой зоне слева определялись множественные мелкоочаговые тени. В дальнейшем на контрольных рентгенограммах уменьшился объем нижней доли, сохранялись мелкоочаговые тени, гипоплазированы S7, S8, средостение смещено вправо.

При санационно-диагностической бронхоскопии обнаружено инородное тело левого нижнедолевого бронха (фрагмент кости), удалено. По данным сцинтиграфии легких установлено резко выраженное нарушение капиллярного кровотока в правом легком, умеренное выраженные нарушения в области верхней доли левого легкого.

После проведенной комплексной терапии в динамике состояние девочки ухудшалось за счет нарастания симптомов бронхальной обструкции, симптомов интоксикации. При аускультации над всеми полями легких выслушивались сухие свистящие, влажные разнокалиберные хрипы, одышка в покое до 48-50 в минуту, тахикардия до 145-150 в минуту, появился акцент II тона над легочной артерией. В течение 6 месяцев по данным рентгенологического обследования сохранялся ателектаз средней доли правого легкого. В дальнейшем при проведении бронхографического обследования выявлены смешанные бронхоэктазы верхней и нижней долей правого легкого, деформирующий бронхит верхней доли левого легкого.

В связи с тем, что на фоне проводимого консервативного лечения состояние девочки с отрицательной динамикой, в возрасте 2 года 5 месяцев, после осмотра детского хирурга проведено оперативное лечение - торакотомия справа, пневмонэктомия справа. Послеоперационный период протекал без осложнений.

За последний год (2004) девочка госпитализирована трехкратно в отделение пульмонологии с обострением хронического деформирующего бронхита, полисегментарной пневмонией единственного легкого. У Дашы сохраняются умеренные симптомы интоксикации, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышка в покое, которая регулярно получает антибактериальную, муколитическую, отхаркивающую терапию.

Выводы. Таким образом, диагностика инородных тел трахеобронхиального дерева должна быть своевременной, оказываемая помощь высоко квалифицированной, чтобы предотвратить осложнения инородных тел, оперативного лечения больных, которые в итоге приводят к инвалидизации и влияют на качество жизни детей.

Ткачева Е.В., Ульянова И.П., Антоненко Ф.Ф.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Дальневосточный филиал ГУ НЦ Медэкологии ВСНЦ СО РАМН
ГУ Краевой клинический центр охраны материнства и детства г. Владивосток.

Появление в клинической практике диагностической и оперативной эндоскопии в значительной мере повысило точность диагностики причин бесплодия. Медицинские аспекты этой проблемы изменяются в зависимости от прогрессивного развития медицинской науки и практики. В настоящее время разработан и рекомендован для применения в клинической практике стандартизированный алгоритм диагностики, который позволяет с помощью эндоскопических методов установить причину нарушения репродуктивной функции. Лапароскопия является не только заключительным этапом диагностики, но и первым этапом терапии женского бесплодия.

Нами обследована 101 женщина с проблемами репродукции, в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст составил 28,5-0,5 лет), которые в возрасте от 3 до 18 лет были оперированы по поводу ургентной патологии органов брюшной полости и малого таза. Лапаротомия по поводу аппендицита, осложненного гнойным перитонитом - у 70 пациенток, по поводу простого аппендицита - у 8 пациенток, 23 человека были оперированы по поводу перитонита и спаечного процесса другой этиологии. В результате комплексного обследования пациенток с помощью стандартизированного алгоритма были выявлены следующие факторы бесплодия: в 74 % случаев трубно-перитонеальное, в 27 % -

сочетанное (трубно-перитонеальное сочеталось с эндокринным фактором, эндометриозом, миомой и др.). У 17,5 % пациенток была выявлена специфическая инфекция.

Всем женщинам была произведена лапароскопия по бесплодию в комплексе с гистероскопией и проведением трубного лаважа. Лапароскопически было оценено состояние маточных труб, произведено разделение спаек, миомэктомия, удаление кист и кистом яичников, коагуляция очагов эндометриоза. Во время гистероскопии оценено состояние эндометрия, состояние полости матки, произведена биопсия эндометрия, прицельное удаление полипов, инородных тел.

После проведенной лапароскопии, в анализируемой нами группе пациенток, беременность наступила в 21,6 % случаев. Вышеизложенные сведения демонстрируют достаточно высокий процент наступления беременностей даже после применения новых, прогрессивных технологий.

При отсутствии положительного эффекта от проведенного лечения и сохраняющегося нарушения проходимости маточ-

ных труб у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием повторное эндоскопическое лечение или физиотерапевтическое лечение как правило, бесперспективно. Пациенткам должно быть рекомендовано ЭКО.

Выводы. Таким образом, данные проведенного исследования свидетельствуют о том, что 74 % пациенток оперированных по поводу перитонита имеют в последствии трубно-перитонеальное бесплодие.

Оперируя девочек по поводу ургентной патологии органов брюшной полости и малого таза целесообразно использовать лапароскопию как метод, который позволяет проводить малотравматичную микрохирургическую коррекцию практически любых изменений органов малого таза без последующего образования спаечного процесса.

В случае произведенной лапаротомии, в целях профилактики нарушений репродуктивной функции, целесообразно проводить программированную лапароскопию с целью адгезиолиза через 1,5-2 месяца после операции.

Тулупова М.С., Морозова И.И., Лещанкина С.Н.

УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства,

Дальневосточный филиал ГУНЦ Медэкологии ВСНЦ СО РАМН г. Владивосток

Целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости урогенитальной и вирусной инфекции у женщин с проблемой невынашивания беременности.

Нами было обследовано 160 женщин, обратившихся в Краевой клинический центр охраны материнства и детства за период 2003 - 2004 года с наличием в анамнезе спорадического прерывания или привычного невынашивания беременности. Все женщины были разделены на 2 подгруппы. Подгруппу А составили женщины со спорадическим прерыванием беременности — 92 человека (57,5%), подгруппу В — женщины с привычным невынашиванием беременности — 68 человек (42,5%). Подгруппы сопоставимы по возрасту, наличию в анамнезе генитальной и экстрагенитальной патологии.

Данной группе пациенток проводилось исследование, согласно разработанного нами алгоритма, включающего исследование гормонального, иммунного статуса, исследование системы гемостаза, обследование на аутоиммунные состояния, на наличие экстрагенитальных заболеваний, медико-генетическое консультирование.

Диагноз урогенитального инфицирования устанавливался на основании клинко-микробиологического исследования, включая соскобы слизистой оболочки цервикального канала, влагалища, уретры. С данной целью использовались: метод прямой иммунофлуоресценции, полимеразно-цепной реакции, культуральное выделение возбудителя. Для выявления антител классов IgG, IgA, IgM к хламидиям, вирусу герпеса I и II типов, цитомегаловирусу использовался метод непрямой иммунофлуоресценции.

По результатам микробиологического и вирусологического исследований достоверных различий по бактериально-вирусному инфицированию в сравниваемых подгруппах не было выявлено. Урогенитальные инфекции имели место практически у 100% женщин, причем в 87,5% случаев отмечались сочетанные варианты. Наиболее часто встречались следующие ассоциации инфекций: в 33,7% случаев - хламидийной и уреоплазменной

инфекции, в 26,4% - трихомониаза, хламидиоза, уреоплазмоза, в 17,2% - микоплазмоз, уреоплазмоз, кандидоз, в 12% - хламидиоз, цитомегаловирусная инфекция, в 9,5% - сочетание цитомегаловирусной инфекции с герпетической инфекцией II — го типа, в 1,2% случаев — другие сочетания. У 30,3% женщин из влагалища высевалась сопутствующая бактериальная аэробная флора в диагностическом титре: Staphylococcus Aureus, Staphylococcus Epidermidis, Escherichia coli, Enterococcus, Streptococcus haemolyticus, Proteus. Гарднерелла была выделена из влагалища у 4,5% пациенток

Кроме того, у женщин с привычным невынашиванием беременности в 82,7% случаев наряду с урогенитальной инфекцией имели место сочетания различных причин потери плода. В подгруппе со спорадическим прерыванием беременности только у 17% пациенток.

Причем гормональные нарушения встречались у каждой третьей женщины.

В терапии урогенитальной инфекции использовались курсы антибактериальной терапии с учетом возбудителя. Препараты вводились системно и местно. Применялись фторхинолоны, производные тетрациклина, макролидов. В комплексе лечения использовались иммуномодуляторы, антимикотическая терапия. С учетом возможных побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта применялись гепатопротекторы, эубиотики. Все пациентки получали фитоадаптогены, поливитамины, системная энзимотерапия.

Выводы. Таким образом, урогенитальная инфекция встречалась практически у 100% женщин как со спорадическим, так и с привычным невынашиванием беременности, причём моноинфицирование отмечалось только у 12,5% пациенток.

В связи с чем проведение обследования на наличие бактериально-вирусного инфицирования необходимо всем женщинам с наличием в анамнезе невынашивания беременности, не зависимо от кратности самопроизвольных выкидышей

Е.В. Тихонова, Г.И. Бишарова

ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗОБНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. БАЛЕЙ.

ГУЗ Областной Консультативно-диагностический центр для детей (Чита)

Нами обследовано 103 ребенка дошкольного возраста в г. Бале. Частота эндемического зоба составила 51,4%, в предыдущие годы процент заболевших был выше и составил 71%. Снижение числа заболевших связано с проведением в последнее время йодной профилактики в группах риска и с положительным эффектом. Данная группа детей выбрана, для оценки возможных причин увеличения щитовидной железы с исключением влияния гормональной перестройки в период пубертата на функцию щитовидной железы.

Территория г. Бaley характеризуется рядом неблагоприятных факторов, которые могут оказывать негативное влияние на эндокринную систему человека, которой принадлежит ведущая роль в приспособлении организма к действию многообразных экзогенных причин: повышенный радиационный фон техногенного и естественного генеза, повышенное пылевыделение, открытый рудный карьер. На территории города в течении 20 лет функционировало закрытое предприятие Минатома, в результате чего было развернуто широкое строительство и эксплуатация зданий на радоноопасных грунтах, использовался в качестве

строительного материала песок из карьера, содержащий радиоактивные элементы. Уровень радиоактивности на отдельных участках города составлял 400-1000 микрорентген в час, а были точки с уровнем 2,5 тыс. микрорентген в час. За истекший период проведены работы по дезактивации. Размещение карьеров в городской черте привело к накоплению в воздушном бассейне целого ряда химических компонентов, металлов. В настоящее время человек в условиях небольших населенных пунктов находится в постоянном контакте с рядом химических веществ, в том числе и высокотоксичных. Большинство химических веществ вызывает изменения щитовидной железы функционального характера, при длительном воздействии угнетают ее функцию. Уровень пыли в 0,7 раз выше 7,5ПДК (содержание оксида кремния составляет в среднем 12,1%). Примером негативного влияния на тиреоидную систему можно рассмотреть длительное действие вибрации и шума, электро-магнитных волн, радиационных влияний. Было доказано, что ферментные гипоксические яды ослабляют функцию оксидаз, участвующую в окисление йода до элементарного йода и в окислительной кондекса-