

А.Н. СМЕРНОВ, А.Ф. ДРОНОВ, А.Г. МАННАНОВ, Д.В. ЗАЛИХИН, М.А. ЧУНДКОВА, Н.А. АЛЬ-МАШАТ, П.М. ЯРУСОВСКИЙ, О.С. ДАНИЛЕНКО, В.В. ХОЛОСТОВА, Е.В. ВАСИЛЬЕВА

Российский государственный медицинский университет

616.381-072.1

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, г. Москва

Лапароскопическое лечение крестцово-копчиковых тератом III и IV типа

Данные опухоли врожденного характера, относятся к эмбрионально-клеточным, возникают вследствие миграции эмбриональных клеток вместе с гонадным гребнем в сторону гонад. В большинстве случаев эти опухоли имеют гонадальную локализацию (яичник, яичко), но иногда встречаются и в других областях, чаще всего в крестцово-копчиковой. Если оперативный доступ для удаления тератом I и II типов однозначно промежностный, то при локализации основной массы или всей опухоли в малом тазу, выделение её из промежностного доступа крайне затруднено или практически невозможно, что приводит к использованию трансабдоминального доступа. Эндоскопическая техника в таких случаях позволяет минимизировать операционную травму, проводить прецизионную диссекцию тканей. За последние два года в нашей клинике проведено оперативное лечение пятерым детям с данной патологией. Возраст детей: 5, 7, 8 мес., 1,5 года и 3 года. Все девочки. При локализации опухоли в ретроректальном пространстве и по

мере ее роста возникают явления сдавления прямой кишки, прогрессируют запоры, отмечается «лентовидный» кал, боли в животе. При пальцевом исследовании по задней стенке прямой кишки пальпируется плотное округлое неподвижное образование. Для диагностики используют УЗИ, КТ и ирригографию.

Всем детям проведено лапароскопическое удаление тератом. Использовалось 4 троакара, диссекция тканей проводилась с использованием ультразвукового скальпеля. Отсеченная опухоль извлекалась из брюшной полости с помощью эндомешка. Длительность операции в среднем составила 70 мин. Кровотери не было. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Послеоперационный период составил в среднем 3 суток.

Применение лапароскопии в хирургии тератом и других опухолевидных образований, расположенных в ретроректальном пространстве, эффективно и позволяет улучшить результаты лечения.

616.8-053.2

Е.А. СПИРИДОНОВА, Ф.Г. ШАРШОВ, С.А. РУМЯНЦЕВ, Д.В. ПРОМЕТНОЙ, В.Е. МИХАЙЛОВА, А.В. ЧЕРНОЗУБЕНКО

Областная детская больница, г. Ростов-на-Дону; НИИ детской гематологии и онкологии, г. Москва; Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва

Возрастные и этиологические особенности тяжелой черепно-мозговой травмы у детей

С целью изучения особенностей тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у детей изучены 124 истории болезни пострадавших в возрасте от 1 месяца до 18 лет, первично госпитализированных в реанимационные отделения стационаров Ростовской области в 2004-2009 годах.

Первую (основную) группу составил 61 пострадавший в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), вторую (контрольную) — 63 ребенка, получивших травму от других, не связанных с ДТП причин, в числе которых — падение с высоты — 73,1% (46 из 63), столкновение с препятствием — 9,5%

(6), побои — 4,8% (3), падение тяжелого предмета — 4,8% (3) и травма прочей этиологии — 7,9% (5).

Установлено, что ЧМТ в группе пострадавших в ДТП регистрировалась существенно чаще, чем в группе пострадавших вследствие травм иной этиологии: 96,7% и 79,4% соответственно.

Частота закрытой ЧМТ и ушиба головного мозга в этиологических группах достоверно не различалась: у 84,75% и 74,6% пострадавших в ДТП и 80% и 78% пострадавших контрольной группы.



У детей младшего возраста от 1 месяца до 3 лет распространенность ЧМТ в группе пострадавших в ДТП была значительно ($p=0,03$) выше, чем в контрольной — 100,0% и 92,00%. Закрытая ЧМТ чаще наблюдалась у пострадавших в ДТП (100% и 87%) ($p=0,000$), однако дорожно-транспортные кранио-церебральные повреждения характеризовались более лёгким течением, что достоверно подтверждено более низкой частотой случаев ушиба головного мозга (61,5% по сравнению с 87,0% в контрольной группе; $p=0,01$); кроме того, внутричерепные гематомы регистрировались исключительно у детей, получивших травму иной этиологии — в 34,8% (8 из 23 детей).

В группе пострадавших дошкольного возраста (от 4 до 6 лет) ЧМТ достоверно чаще ($p=0,03$) отмечалась у пострадавших

в ДТП: 100,0% по сравнению с 72,7%. Существенных различий в структуре ЧМТ в основной и контрольной группах не обнаружено: закрытая ЧМТ — в 69,2% и 75,0%, ушиб головного мозга — в 84,6% и 87,5% соответственно.

Среди пациентов школьного возраста (от 7 до 18 лет) сохранялась выявленная в младших возрастных группах достоверно большая распространенность ЧМТ у пострадавших в ДТП (94,3% по сравнению с 70,4%, $p=0,000$) без значимых различий в её структуре: закрытая ЧМТ диагностирована у 84,85% первой и 73,7% второй группы, ушиб головного мозга — в 75,8% и 63,2% соответственно.

Таким образом, всё изложенное выше позволяет сделать вывод о наличии возрастных и этиологических особенностей тяжелой черепно-мозговой травмы у детей.

616.21-053.2

Е.А. СПИРИДОНОВА, Л.В. ФЕКЛИСОВА, И.П. ЛОБУШКОВА

Учебно-научный центр Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

Московский областной научно-исследовательский клинический институт

Поликлиника консультативно-диагностическая Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

Неотложная терапия острого стенозирующего ларинготрахеита у детей раннего возраста на догоспитальном этапе

Острый стенозирующий ларинготрахеит при респираторных заболеваниях является одной из основных причин, ведущих к развитию синдрома острой дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе. Наиболее часто ОСЛТ встречается у детей от 6 месяцев до 3 лет, что связано с их анатомо-физиологическими особенностями, способствующими быстрому развитию отёка слизистой оболочки гортани, приводя к её выраженному сужению.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности неотложной терапии острой дыхательной недостаточности, обусловленной течением ОСЛТ, у детей раннего возраста на догоспитальном этапе.

Бригадой скорой медицинской помощи ФГУ «Поликлиника консультативно-диагностическая» УД ПРФ за период 2007-2008 г. было выполнено 55 вызовов к детям в возрасте от 1 до 3 лет, острая дыхательная недостаточность у которых была обусловлена ОСЛТ.

Для оценки динамики состояния пациентов с различной тяжестью заболевания и эффективности проводимой неотложной терапии был разработан протокол ведения детей с ОСЛТ на догоспитальном этапе, включавший проведение базовой и дополнительной терапии путём небулирования ингаляционного глюкокортикоида будесонида. В случае выраженного беспокойства ребёнка, отказе от проведения ингаляции или при необходимости введения жаропонижающих препаратов первоначально парентерально вводился преднизолон. Дина-

мическое наблюдение за состоянием пациента определяло дальнейшую тактику ведения: при купировании симптомов дыхательной недостаточности и объективном улучшении состояния ребёнка лечение заболевания проводилось в амбулаторных условиях, с активным наблюдением бригады СМП в течение 6-8 часов после первичного вызова, при сохранении симптомов дыхательной недостаточности дети были госпитализированы в стационар.

В группе детей от 1 до 3 лет ОСЛТ сопровождался дыхательной недостаточностью в 94,5% случаев, причём ОДН I в 47,2% ($n=26$), ОДН II — 40% ($n=22$), а ОДН II-III степени в 7,3% ($n=4$). Клинически это проявлялось увеличением ЧДД (в среднем $30,9 \pm 0,8$), ЧСС ($120,4 \pm 1,6$), наличием одышки в 61,8% ($n=34$) случаев с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры у 32 больных (58,2%). Изменение сознания характеризовалось возбуждением. Цианоз регистрировался у 6 детей (10,9%).

Базовая терапия включала: проведение ингаляции будесонида в 78,2% ($n=43$), внутримышечное введение преднизолона в 21,8% ($n=12$) случаев, сочетаясь с жаропонижающей терапией.

Эффективность неотложной терапии оценивалась по динамическим изменениям клинических проявлений ОДН.

Уменьшились ЧДД (в среднем $27,3 \pm 0,7$, $p < 0,001$), ЧСС (в среднем $114,7 \pm 0,8$, $p < 0,001$), в среднем приближаясь к возрастной норме, снизилось число детей с проявлениями одышки