



Мать и Дитя
в Кузбассе

Рецензируемый научно-практический медицинский
журнал
Основан в 2000 году

Главный редактор
Л.М. КАЗАКОВА

Учредитель:
МУЗ МДКБ

Адрес редакции:
г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
тел./факс: (384-2) 73-52-43
<http://www.m-i-d.info.kuzbass.net>
e-mail: m-i-d@mail.ru

Издатель:
НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Шеф-редактор:
А.А. Коваленко

Научный редактор:
Н.С. Черных

Макетирование:
А.А. Черных

**Руководитель
компьютерной группы:**
И.А. Коваленко

Художник:
Т.С. Ахметгалиева

Директор:
С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в
Южно-Сибирском территориальном
управлении Министерства РФ по делам
печати, телерадиовещания и средств
массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-0182 от 31.08.2000 г.

Отпечатано:
ЗАО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово,
ул. Сарыгина, 29.

Тираж: 500 экз.

Распространяется по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Баженова Л.Г.
Воронина Е.А.
Давыдов Б.И.
Копылова И.Ф.
Котович М.М.
Манеров Ф.К. (зам. главного редактора)
Перевощикова Н.К.
Прокопович Ю.Д.
Ровда Ю.И.
Сутулина И.М. (зам. главного редактора)
Ушакова Г.А. (зам. главного редактора)
Черных Н.С. (ответственный секретарь)
Шелепанов В.М.
Щепетков С.П.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Артымук Н.В. (Кемерово), Белоусова Т.В. (Новосибирск),
Казначеева Л.Ф. (Новосибирск), Коровина Н.А. (Москва),
Коськина Е.В. (Кемерово), Кравец Е.Б. (Томск), Кривцова
Л.А. (Омск), Леонтьева И.В. (Москва), Мальцев С.В.
(Казань), Михайлуц А.П. (Кемерово), Соболева М.К. (Новосибирск),
Строкольская Т.А. (Кемерово), Таранушенко Т.Е.
(Красноярск), Федоров А.В. (Барнаул), Филиппов Г.П.
(Томск), Ходакова Н.И. (Кемерово), Чупрова А.В. (Новосибирск),
Школьникова М.А. (Москва)

Мать и Дитя в Кузбассе: Спецвыпуск № 2-2005: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА. Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию Детской городской клинической больницы № 5 и 10-летию Областного перинатального центра. г. Кемерово, 9-10 июня 2005 года. - Кемерово: ИД "Медицина и Просвещение", 2005. - 112 с.

Спецвыпуск содержит материалы научно-практической конференции, посвященные актуальным проблемам охраны материнства и детства на современном этапе.

Редакционная коллегия выпуска:

Шелепанов В.М.
Сутулина И.М.
Гордеев С.М.
Баканова Т.А.
Жилинская Н.К.
Колесникова Н.Б.
Кравченко В.И.
Тулинова Р.Ф.

ШЕЛЕПАНОВ В.М.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 5

Муниципальное учреждение здравоохранения Детская городская клиническая больница № 5 открыта с 1980 году. Больница была построена на средства областных коммунистических субботников. Возглавлял строительство больницы первый главный врач В.И. Заднепровский.

Ввод больницы осуществлялся поэтапно. В апреле 1980 г. открылась территориальная поликлиника с 11 педиатрическими участками. В 1981 году поочередно вступали в строй корпуса больницы: трехэтажный корпус для детей раннего возраста, пищеблок и, к концу года, шестиэтажный корпус, где разместились отделения педиатрического и хирургического профилей. В 1988 году был построен и вошел в структуру больницы родильный дом. Для обеспечения лечебно-диагностического процесса были созданы клиническая, биохимическая, бактериологическая, иммунологическая и радиоизотопная лаборатории, отделения рентгенологическое и функциональной диагностики, физиотерапевтическое отделение.

В 1995 году на базе больницы организован Кемеровский областной перинатальный центр (КОПЦ), предназначенный для жителей г. Кемерово и Северных территорий области. Научное обоснование и руководство осуществлялось главным врачом больницы, к.м.н. В.В. Райхелем, возглавлявшим больницу с 1989 года по 2001 год. Перинатальный центр, располагая широким спектром квалифицированных кадров и современными медицинскими технологиями, оказывает помощь беременным и новорожденным с самой тяжелой патологией. В связи с открытием КОПЦ, территориальная поликлиника была реорганизована в консультативную поликлинику.

В настоящее время МУЗ ДГКБ № 5, возглавляемая с 2001 года В.М. Шелепановым, является одним из крупнейших медицинских учреждений Кузбасса, оказывающим экстренную и плановую специализированную помощь женщинам и детям.

Сегодня в структуру МУЗ ДГКБ № 5, имеющей высшую квалификационную категорию (А), входят консультативная поликлиника на 300 посещений в смену, городской детский травматологический пункт, родильный дом на 120 материнских коек и 60 коек для новорожденных, стационар на 375 коек хирургического, педиатрического и неонатологического профиля, 3 реанимационных отделения, 17 вспомогательных отделений. Функци-

онируют областной перинатальный центр с центром охраны репродуктивного здоровья, городской эпилептологический центр.

В больнице работает более 1000 сотрудников, из них 235 врачей, 389 медицинских сестер и акушерок, 246 человек младшего медицинского персонала. За 25 лет работы существенно изменился уровень квалификации специалистов. Так, в 1980 году квалификационную категорию имели менее 10 % врачей и медицинских сестер, в настоящее время этот показатель составляет около 65 %. Шесть сотрудников МУЗ ДГКБ № 5 являются главными и ведущими внештатными специалистами ДОЗН Кемеровской области и МУ УЗ г. Кемерово. Практическими врачами защищены 15 кандидатских диссертаций, опубликовано около 1000 научных работ в центральных и региональных изданиях. Специалисты больницы принимали участие, выступали с докладами на российских съездах врачей и международных конференциях. Получен 21 патент на изобретение, сделано свыше 90 рационализаторских предложений.

В научно-практической деятельности учреждение работает в тесном сотрудничестве с кафедрами факультетской педиатрии, детской хирургии, акушерства и гинекологии Кемеровской государственной медицинской академии. На базе больницы осуществляется до- и последипломная подготовка врачей кадров, совместно с Кемеровским медицинским колледжем – средним медицинским работником.

Основными задачами, стоящими перед коллективом МУЗ ДГКБ № 5 в настоящее время, являются совершенствование лечебно-диагностической помощи беременным и новорожденным из групп высокого риска по перинатальной патологии, отработка технологий оказания urgentной помощи при различных педиатрических и хирургических состояниях, алгоритмов ведения больных с «неясным диагнозом».

Внедрена и активно работает система пренатальной диагностики патологии плода, разработаны методики лечения патологических состояний плода и новорожденного. Особое внимание уделяется работе учреждения по инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». На базе поликлиники работают Школа будущих родителей и подготовки к родам, Кабинет консультирования по грудному вскармливанию.



ванию, Клуб поддержки грудного вскармливания. В родильном доме реализована система совместного пребывания матери и ребенка, поддержания и поощрения грудного вскармливания, за что родильному дому в 2004 году было присвоено Международное звание «Больница, доброжелательная к ребенку».

В специализированных неонатологических отделениях ежегодно получают помощь около 900 детей. Особое внимание уделяется выхаживанию недоношенных детей. В работу отделений внедрены современные технологии – применение экзогенных сурфактантов, протоколы ведения новорожденных с перинатальной патологией, совместное пребывание матери и ребенка, в том числе недоношенных детей. Организована реабилитация не только новорожденных, но и их матерей, имеющих соматическую и акушерско-гинекологическую патологию. Оказывается психологическая помощь матери по сохранению и поддержанию грудного вскармливания.

Транспортировка новорожденных из родильных домов г. Кемерово и Кемеровской области в МУЗ ДГКБ № 5 осуществляется неонатальной выездной консультативно-реанимационной бригадой. Это позволяет проводить в пути интенсивную терапию, включая искусственную вентиляцию легких.

Педиатрическое отделение оказывает специализированную помощь детям от 1 месяца до 18 лет с нефрологической, кардиологической и эндокринной патологией. Оказание помощи осуществляется на современном уровне с использованием международных и отечественных протоколов диагностики и лечения. Внедрены образовательные

программы для больных с сахарным диабетом и патологией мочевыделительной системы.

В психоневрологическом отделении для детей старшего возраста с патологией нервной системы проводится диагностическая, лечебная и консультативная помощь. Здесь, впервые в области, в детской практике начал применяться метод электроэнцефалографического мониторинга. При отделении с 2003 года функционирует городской детский эпилептологический центр.

Особые успехи достигнуты в хирургии новорожденных, одной из наиболее динамично развивающихся областей детской хирургии. Изменены подходы в сроках оперативного лечения в сторону тщательной предоперационной подготовки. В коррекции пороков применяются новейшие методики, в ряде случаев разработанные хирургами МУЗ ДГКБ № 5. Акцент сделан на полную коррекцию порока в периоде новорожденности – там, где раньше проводилось этапное лечение в течение нескольких лет. За последние 10 лет в 5 раз снижена хирургическая летальность у новорожденных. В диагностике и лечении больных используются методы эндоскопической хирургии.

На базе МУЗ ДГКБ № 5 внедрены стационарзамещающие технологии, особым направлением которых является раздел неонатальной неврологии.

Решая сложные клиничко-диагностические задачи, Детская городская клиническая больница находится в постоянном поиске новых медицинских технологий, организационных решений, которые позволят повысить качество медицинской помощи и улучшить здоровье населения г. Кемерово и Кемеровской области.

КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР: 10 ЛЕТ РАБОТЫ

Одной из самых важных задач, решаемых здравоохранением России, является укрепление и сохранение здоровья беременных женщин и детей. Создание перинатальных центров для оказания высоко квалифицированной помощи является ведущим направлением совершенствования системы охраны здоровья матери и ребенка. Перинатальный центр, располагая квалифицированными кадрами и современными технологиями, способен оказать медицинскую помощь высокого качества всем беременным и новорожденным, позволяет осуществлять реальные механизмы контроля за репродукцией. Снижение перинатальных потерь и предупреждение инвалидизации у детей оправдывают вложение материальных средств в создание перинатальных центров.

Кемеровский областной перинатальный центр (КОПЦ) был создан в 1995 году на базе многопрофильной детской клинической больницы (ныне МУЗ Детская городская клиническая больница № 5) и предназначен для оказания помощи беременным женщинам и новорожденным детям Северных территорий Кемеровской области, включающих 10 городов и 15 сельских районов.

В структуру КОПЦ входят консультативный блок на базе поликлиники, диагностический блок, акушерский блок в виде родильного дома на 120 коек и педиатрический блок, располагающий отделениями для новорожденных на базе родильного дома и детского стационара (общее количество коек 132).

Консультативный блок работает на базе поликлиники и предназначен для амбулаторной специализированной помощи беременным и детям раннего возраста с перинатальной патологией.

Ежегодно консультативную помощь получают более 8500 женщин и 8000 детей раннего возраста. Почти половина обратившихся беременных – жительницы области. Наиболее продуктивно со специалистами КОПЦ сотрудничают города Кемерово, Анжеро-Судженск, Белово, Березовский, Ленинск-Кузнецкий, Гурьевск, Полысаево, а также Кемеровский, Чебулинский, Тисульский, Крапивинский, Ленинск-Кузнецкий, Топкинский, Гурьевский, Мариинский и Яшкинский районы. Ведущей проблемой, являющейся поводом для обращения в КОПЦ, является фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Каждая третья женщина обращается по поводу невынашивания беременности, каждая пятая –

в связи с риском инфекционного поражения и врожденными пороками развития плода. После консультативного приема 10 % женщин госпитализируются в акушерский стационар КОПЦ.

Большое внимание уделяется профилактической работе с беременными, на базе поликлиники организованы и активно работают Школа будущих родителей и подготовки к родам, Кабинет консультирования по грудному вскармливанию, Клуб поддержки грудного вскармливания.

В диагностический блок КОПЦ входят клинико-диагностическая лаборатория с тремя отделами (клиническим, биохимическим, иммунологическим), бактериологическая лаборатория, отделения функциональной и ультразвуковой диагностики.

С 1998 года КОПЦ стал основным диагностическим и организационно-методическим центром по проведению пренатального ультразвукового скрининга в области. Ежегодно в рамках скрининга проводится более 12 тысяч исследований, что позволило значительно улучшить пренатальную диагностику врожденных пороков развития. За время работы отмечается увеличение числа ежегодно выявляемых врожденных пороков развития более чем в 3 раза. Случаи выявленной у плода патологии рассматриваются на пренатальном консилиуме с участием акушеров-гинекологов, неонатологов, хирургов с целью решения вопроса о прогнозе для жизни и здоровья плода, перспективах хирургической коррекции. В половине случаев врожденных пороков развития проводится консервативное и, по показаниям, оперативное лечение плода и новорожденного в условиях КОПЦ. Поступление в КОПЦ детей, нуждающихся в оперативном лечении, «in utero» позволяет проводить предоперационную подготовку с момента рождения, избегать транспортировки ребенка и значительно улучшает результаты оперативного вмешательства. В 40 % случаев пороков плода, несовместимых с жизнью, проводится элиминация плода. В случае решения родителей о пролонгировании беременности или при наличии противопоказаний для ее прерывания специалистами перинатального центра продолжается наблюдение беременной женщины и ее родоразрешение.

В настоящее время амбулаторную консультативно-диагностическую помощь в КОПЦ получают 70 % беременных г. Кемерово и 10 % беременных Северных территорий области.



В 1998 г. в состав КОПЦ вошел областной Центр охраны репродуктивного здоровья, в структуре которого с 2000 г. функционирует и аналогичная городская служба. Ежегодно более 5 тысяч юношей и девушек получают консультативную помощь по вопросам репродуктивного здоровья, методам контрацепции. Специалисты службы охраны репродуктивного здоровья проводят тренинги, беседы, видеолектории. На ее базе работает телефон доверия по вопросам экстренной контрацепции, проблемам психосексуального и репродуктивного здоровья.

Каждый год в родильном доме КОПЦ получают помощь около 3500 беременных и родильниц, более половины которых относятся к группе высокого перинатального риска плода. Удельный вес преждевременных родов составляет около 10 %, многоплодных — около 1 %.

Свыше 30 % новорожденных нуждаются в оказании реанимационной и интенсивной терапии, в том числе в проведении аппаратной ИВЛ. В большинстве случаев тяжесть состояния новорожденного определяется не одним, а комплексом патологических состояний, сочетанием церебральных расстройств или внутриутробной инфекции с задержкой внутриутробного развития или недоношенностью. В 1/3 случаев новорожденным детям в дальнейшем проводится реабилитация в условиях отделений педиатрического блока КОПЦ, в том числе на втором этапе выхаживания новорожденных родильного дома.

С момента открытия, в родильном доме велся поиск перинатальных технологий, которые позволили бы добиться улучшения качества оказания помощи родильницам и новорожденным. Одним из направлений этой работы была пропаганда грудного вскармливания, однако она не имела систематизированного подхода. После обучения ведущих специалистов КОПЦ на семинаре ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию» в августе 1999 г. работа по пропаганде, поддержанию и поощрению грудного вскармливания стала приоритетным направлением в деятельности родильного дома.

В результате работы в условиях инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» исключительно грудное вскармливание получают свыше 90 % детей, удельный вес детей, приложенных в груди в родильном зале, вырос с 34,2 % до 81 %. В палатах совместного пребывания находятся 91 % новорожденных. Отмечено снижение числа гнойно-септических заболеваний новорожденных в 14 раз. Положительное влияние работа по технологии Инициативы оказывает и на здоровье матери, практически не встречаются трещины сосков и нагрубание молочных желез, отсутствуют лактационные маститы, поздние послеродовые кровотечения, снизи-

лась частота таких послеродовых осложнений, как субинволюция матки, лохио- и гематометра. В 2004 году родильному дому КОПЦ было присвоено почетное международное звание «Больница, доброжелательная к ребенку».

В состав педиатрического блока КОПЦ входят отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных с выездной реанимационно-консультативной бригадой, отделение патологии новорожденных, психоневрологическое отделение для новорожденных. В специализированных неонатологических отделениях ежегодно получают помощь около 900 детей, имеющих тяжелую перинатальную патологию.

Ведущей проблемой в неонатологической практике остаются заболевания органов дыхания. В отделении реанимации новорожденных отмечается уменьшение летальности от дыхательных нарушений в 9 раз за счет внедрения современных неонатальных технологий — применение экзогенных сурфактантов, рациональная антибиотикотерапия, внутривенные иммуноглобулины, оптимизация пролонгированной искусственной вентиляции легких.

В условиях КОПЦ оказывается хирургическая помощь детям с врожденными пороками развития, начиная с периода новорожденности. Накопленный опыт позволил в 5 раз снизить показатель послеоперационной летальности при тяжелых врожденных аномалиях.

Важным условием эффективной работы неонатологической службы является обеспечение оптимальных условий транспортировки новорожденных из родильных домов г. Кемерово и Кемеровской области. В настоящее время имеется возможность проведения интенсивной терапии в пути, сведен до минимума риск холодовой травмы, бригада работает в круглосуточном режиме, с использованием двух реанимобилей. В 2004 г. выездная реанимационно-консультативная бригада выполнила свыше 1000 выездов, из которых 25 % осуществлены в родильные дома Северных территорий области.

Особенностью работы отделения патологии новорожденных является высокий удельный вес недоношенных детей — 60 %, в т.ч. 18 % экстремально- и глубоко недоношенных. В последние годы значительно увеличилось число детей с внутриутробными инфекциями, полиорганными поражениями, патологией сердечно-сосудистой системы. Важнейшим разделом работы психоневрологического отделения является реабилитация детей с тяжелыми перинатальными поражениями нервной системы. Половина госпитализированных новорожденных поступает из акушерских стационаров области.

В отделениях неонатологического стационара активно внедряется совместное пребывание матери и ребенка, в том числе и недоношенных детей,



используются современные лекарственные препараты, проводится комплексная диагностика и лечение всех патологических состояний ребенка. В условиях детской больницы осуществляется лечение и реабилитация не только новорожденных, но и их матерей, имеющих соматическую и акушерско-гинекологическую патологию.

Взаимодействие структурных подразделений КОПЦ позволило создать систему медицинского сопровождения матери и ребенка от внутриутробного периода до разрешения имеющихся перинатальных проблем при различной патологии. После выписки из стационара дети продолжают диспансерное наблюдение в условиях консультативной поликлиники, дальнейшая реабилитация проводится в отделениях для детей более старшего возраста, работающих в системе как круглосуточного, так и дневного пребывания. При необходимости используются лечебно-диагности-

ческие возможности других медицинских учреждений областного и федерального уровня.

КОПЦ стал организационно-методическим центром перинатальной помощи в области, учебной базой для до- и последипломного образования медицинских кадров.

Эффективность работы перинатального центра отражается, прежде всего, в положительной динамике областных статистических показателей, составляющих перинатальную и младенческую смертность. Системный подход к организации перинатальной помощи в области, укрепление материально-технической базы, повышение квалификации кадров, работающих в акушерских и неонатологических стационарах, позволили в течение последнего десятилетия снизить областные показатели перинатальной смертности на 23,3 %, неонатальной смертности – на 36,1 %, младенческой смертности – на 36,8 %.



ГОРДЕЕВ С.М., КРАВЧЕНКО В.И., ШЕЛЕПАНОВ В.М.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ОРГАНИЗАЦИЯ, СТАНОВЛЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В Г. КЕМЕРОВО

В ноябре 1963 года на базе Кемеровской областной клинической больницы № 1 было открыто первое детское хирургическое отделение на 40 коек. Первым заведующим детским хирургическим отделением был назначен Каркашин В.Н. На работу в созданное отделение вскоре пришли Шин П.С. и Судья Г.П., а несколько позже Еланцева Н.В. и Шойхетман Ю.Д.

В 1971 году отделение детской хирургии было увеличено до 60 коек. Рядом размещалось детское ортопедическое отделение, которое было создано на основе общего ортопедического отделения в 1965 году. Заведовала отделением Сырмолотова З.С. Эти два отделения стали базой для организованного в этом году в Кемеровском мединституте курса детской хирургии, который на следующий год был преобразован в кафедру. Проводя обучение студентов, руководя лечебным процессом и принимая в нем самое активное участие, кафедра объединила всех сотрудников в единый коллектив — клинику детской хирургии.

Первым заведующим курсом, а затем кафедрой, был доцент, а в последующем профессор Семенов В.Н. Для работы на кафедру были приглашены опытные педагоги и врачи: к.м.н. Атаманов Ю.А., Гончаренко В.Н., Каркашин В.Н., Шойхетман Ю.Д., Сырмолотова З.С.

С этого времени в клинике уже ежедневно и круглосуточно оказывалась не только плановая, но и вся экстренная хирургическая помощь детям города, а отчасти и области, причем силами только детских хирургов. За исключением нейротравмы, нейроонкологии и плановой кардиохирургии, здесь лечились дети с различными хирургическими заболеваниями, пороками развития и травматическими повреждениями; больные с абдоминальной, торакальной, нейрохирургической, урологической, ортопедической и онкологической патологией; пациенты, госпитализированные на плановые пластические операции, и тяжелые гнойно-септические больные; новорожденные с пороками развития и подростки. Только через хирургическое отделение за год проходило 1400-1500 детей.

Оперативная активность составляла 85-87 %. И это при том, что клиника располагала тремя небольшими операционными (хирургическая, ортопедическая и экстренная) и двумя перевязочными — в хирургии и ортопедии. Следует отметить, что от-

деления всегда были переполнены; поэтому лечение проводилось в крайне стесненных условиях, что неизбежно отражалось на санитарно-эпидемиологическом режиме, а отсюда и количестве осложнений. Помимо лечебной и педагогической работы в больнице, сотрудники клиники осуществляли вылеты и выезды по санитарной авиации, и не только в северные города и районы области, а также проводили большую организационно-методическую и консультативную работу в области.

По приказу МЗ РСФСР, клиника стала межобластным центром по детской хирургии, принимая самых сложных и тяжелых больных не только из своей области, но и Алтайского края. Дети с пороками развития ЦНС поступали сюда со всех регионов Советского Союза. Москва, Ленинград, Тбилиси, Баку, Ростов, Свердловск, Белая Церковь, Владивосток — вот далеко не полный перечень городов, откуда к нам привозили этих пациентов.

Отделения реанимации для детей в областной больнице в то время еще не было. Поэтому врачи клиники оборудовали отдельную палату интенсивной терапии, сами в ней дежурили, проводя расчет инфузионной терапии, переливания компонентов крови тяжелым септическим и ожоговым больным, санационные бронхоскопии, катетеризации периферических и центральных вен, перевод на ИВЛ и т.д. Анестезиологическое обеспечение при плановых, а в дневное время — при экстренных оперативных вмешательствах и сложных медицинских манипуляциях, проводили закрепленные за клиникой опытные врачи-анестезиологи. Они же, совместно с хирургами, курировали больных в палате интенсивной терапии.

В 1973 году состоялся первый выпуск педиатрического факультета Кемеровского мединститута и в клинику пришли работать уже «свои» бывшие студенты и кружковцы, обучавшиеся детской хирургии на данной базе — Кравченко В.И., Мельниченко М.Л., Начев А.В., Хошко Е.П.

В 1976 году в областном онкологическом диспансере было открыто детское отделение, которое также стало базовым для клиники детской хирургии. Большую помощь в его организации и становлении оказали сотрудники нашей клиники — проф. Семенов В.Н., проф. Атаманов Ю.А. и к.м.н., ассистент Шойхетман Ю.Д.

Помимо лечебной работы, сотрудниками клиники разрабатывались различные научные проблемы, связанные с пороками развития и заболеваниями центральной нервной системы, гнойными заболеваниями и пороками развития легких, острым и хроническим остеомиелитом, детской онкологией и хирургией новорожденных, нарушением функции почек при скелетной травме у детей.

С открытием в 1981 году детской многопрофильной больницы, клиника детской хирургии, включая всю кафедру, основной врачевный и часть сестринского персонала, переехала на эту базу. Здесь значительно увеличился коечный фонд, выделены помещения и для кафедры, что улучшило и учебный процесс. Помимо общехирургического отделения, которым руководила Н.В. Еланцева, и ортопедо-травматологического, возглавленного Н.М. Марченковой, были открыты еще два отделения: урологическое с заведующим Кравченко В.И., и нейрохирургическое, где заведующим был назначен Тарабрин В.И. Несколько позднее было открыто отделение восстановительного лечения.

Увеличение числа коек, разделение «чистых» плановых больных и пациентов с гнойно-септическими заболеваниями, более узкая специализация врачей позволили реально улучшить качественные показатели работы. В последние годы число выписываемых из хирургических отделений больных составляет, в среднем, 5500 человек, из них сельские и иногородние – 25-27 %. Хирурги в течение года проводят 2200-2500 различных операций. Общая летальность в отделениях хирургии составляет 0,28 %. Она включает в себя, в основном, детей, доставленных в клинику с несовместимой с жизнью черепно-мозговой и сочетанной травмой, новорожденных с тяжелыми и множественными пороками развития, пациентов со злокачественными опухолями центральной нервной системы. С момента образования клиники летальность сократилась более чем в 5 раз.

Очень важным является и тот факт, что здесь появились большие возможности госпитализировать на оперативное лечение детей не одних, а вместе с родителями, обеспечивая им тем самым круглосуточный уход и постоянное присутствие рядом близкого и родного человека. И это касается не только пациентов в возрасте до 1 года.

Если детские хирургические, ортопедо-травматологические и урологические отделения в эти годы уже имелись во многих крупных городах страны, то детское нейрохирургическое стало первым за Уралом в СССР отделением. Помимо пороков развития и последствий заболеваний ЦНС, лечением которых занимались еще в областной больнице, детские хирурги достаточно быстро освоили проблемы диагностики и лече-

ния травм центральной и периферической нервной системы, а также нейроонкологии.

Работа хирургической клиники невозможна без хорошо оснащенного реанимационно-анестезиологического отделения. Такое отделение было открыто в детской многопрофильной больнице практически одновременно с переходом клиники детской хирургии на эту базу. Основателем и первым заведующим отделением был Устюжанин В.Е. В организации и становлении этого отделения большую помощь оказал ассистент кафедры детской хирургии Гончаренко В.Н. В настоящее время это коллектив высококвалифицированных специалистов, умело проводящих анестезиологические пособия очень сложным и тяжелым больным и успешно выхаживающих детей из самых критических состояний. Ежегодно через это отделение проходят, в среднем, 330 больных, из которых иногородние и сельские пациенты составляют 58-60 %.

Учитывая острую необходимость и специфику выхаживания новорожденных детей, в 1990 году в больнице было открыто соответствующее реанимационное отделение. Заведующим этим отделением стал выпускник нашей академии, прошедший интернатуру в клинике детской хирургии, Резников О.Г. Из ежегодно пролеченных здесь 320-330 новорожденных, 10 % составляют хирургические больные, оперированные в первые часы и дни после рождения.

С 1991 года в клинике зародилась эндоскопическая служба. До этого эндоскопические исследования (бронхоскопии, эзофагоскопии, гастроскопии, цистоскопии) проводились либо лечащими врачами, либо приглашенными из других лечебных учреждений эндоскопистами. В самом начале врачом-эндоскопистом стал Вечелковский В.Ю., работавший в штате урологического отделения. Затем появилось самостоятельное отделение, которое возглавил Гончаренко М.В. Сейчас отделением руководит Лубкова Н.С. В год проводится более 650 плановых и экстренных диагностических и лечебных исследований, манипуляций и операций. В последнее время отмечается рост числа неотложных бронхоскопий по поводу инородных тел у детей раннего возраста. Надо полагать, что в будущем это реально сократит количество больных, нуждающихся в тяжелых калечащих операциях по поводу хронических бронхоэктазов.

При оказании urgentной помощи, в наиболее тяжелых и сложных случаях, в приемном покое ребенка в любое время суток сразу же осматривает целая бригада врачей: педиатр, хирург, травматолог, нейрохирург, реаниматолог. Поэтому время, необходимое для установления предварительного, а нередко и окончательного, клинического диагноза и проведения первых лечебных мероприятий, сокращено до нескольких минут.

Хирурги, нейрохирурги, реаниматологи и эндоскописты клиники ежедневно и круглосуточно осуществляют дежурства по санитарной авиации. Вылетая и выезжая в различные города и районы области, они оказывают экстренную консультативную и лечебную помощь. При необходимости, больных оперируют на месте, а при соответствующей возможности тяжелых и сложных пациентов транспортируют для лечения в клинику детской хирургии.

В 1996 году в состав клиники вошло детское ЛОР-отделение, которое возглавил Михайленко В.А. Деятельность этого подразделения отличаются высокая оперативная активность и стабильное выполнение плановых показателей.

В условиях многопрофильной больницы успешно решается важнейший вопрос всестороннего обследования и этапного лечения больных. Нередко, по мере выздоровления, ребенок переводится из одного отделения в другое, что позволяет провести более полноценное его оздоровление и реабилитацию.

С открытием в больнице перинатального центра, заметно увеличился поток новорожденных и недоношенных детей с самой разнообразной хирургической патологией. Решение вопросов дородовой диагностики и профилактики врожденных заболеваний и пороков развития у детей, а также ранней своевременной коррекции этих недугов, является новым и наиболее перспективным направлением в развитии детской хирургии. По инициативе и при непосредственном личном участии проф. Атаманова Ю.А., в клинике была введена должность и подготовлен врач хирург-неонатолог. Это Плохих Д.А. Помимо работы по профилактике врожденных пороков развития у детей, он, совместно и под руководством старших сотрудников клиники, тесно взаимодействуя с диагностическими службами больницы, а здесь, прежде всего, следует отметить усилия специалистов по ультразвуковой диагностике Фокина А.П. и Кравца Е.М., а также рентгенолога Маликову Л.Г., занимается ранним выявлением этих пороков и хирургическим лечением новорожденных.

Благодаря системному подходу к диагностике и хирургическому лечению новорожденных, летальность в этой группе детей за 20 лет снизилась с 60 % до 9,5 %.

Другим не менее важным и перспективным направлением в работе всех отделений клиники является разработка новых и внедрение в широ-

кую практику уже существующих малоинвазивных современных хирургических технологий. В этом отношении уже проведена большая работа (пункционное лечение абсцессов головного мозга, лапароскопическое лечение острого аппендицита, перитонита, кишечной непроходимости, варикоцеле и т.д.).

С самого начала своей работы сотрудники клиники детской хирургии активно занимались и занимаются научными исследованиями. Очень важно, что в последние годы в этом направлении инициативу проявляют не только работники кафедры, но и практические врачи. За все время деятельности ее сотрудниками или под их руководством, с использованием методик и материалов клиники, защищено 2 докторских и 9 кандидатских диссертаций. В настоящее время подготовлены к защите и готовятся еще одна докторская и 5 кандидатских диссертаций. Сотрудниками клиники получено 18 патентов на изобретения, опубликовано более 230 работ, как в центральной печати, так и в региональных изданиях. Результаты исследований по проблеме внутричерепной гипертензии и гидроцефалии у детей, которой постоянно в том или ином объеме занимается клиника, отмечены дипломами и награждены медалью ВДНХ СССР. Сотрудниками клиники разработаны и внедрены в практику новые диагностические и лечебные технологии при заболеваниях и пороках развития ЦНС, болезни Гишпрунга, Пертеса, травматических повреждений, кистозных поражениях костей и легких, пороках развития желудочно-кишечного тракта, мочевой и половой системы, опухолевых заболеваниях щитовидной железы и других.

Через интернатуру и клиническую ординатуру на базе клиники подготовлено более 100 квалифицированных детских хирургов, которые работают во многих регионах России и ближнего зарубежья. Большинство из них трудятся в городах и районах нашей области в качестве врачей-ординаторов, заведующих отделениями, организаторов здравоохранения.

Работа сотрудников клиники всегда была направлена на улучшение качества оказания хирургической помощи детям и развитие детской хирургии.

Наиболее острой проблемой в настоящее время является оснащение больницы необходимым современным диагностическим и лечебным оборудованием.

АНФИНОГЕНОВА О.Б., НЕЙЖМАК З.Ф., РУДАЕВА Е.Г.,
ШМАКОВА О.В., МАШТАКОВА Е.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ОПЫТ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА БАЗЕ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ «ЖУРАВЛИК»

Значительное место в реабилитации детей с патологией желудочно-кишечного тракта на сегодняшний день должно занимать восстановительное лечение в специализированных санаториях. В связи с этим, большое значение приобретают местные здравницы, лечение в которых проходит в привычных климатических условиях. Таким санаторием в г. Кемерово является «Журавлик», где восстановительное лечение получают подростки с патологией пищеварительной системы.

Медицинская реабилитация больных с хроническими гастродуоденитами (ХГД) предусматривает обеспечение диетическим питанием (стол № 1, 2, 5), назначение местных минеральных вод «Борисовская», «Терсинка», растительных чаев и сборов из цветов, плодов, корней экологически чистого сырья Горного Алтая с учетом типа кислотности. Всем пациентам санатория, с учетом патологического процесса, назначаются лечебная физкультура, гидротерапия, различные виды физиопроцедур (электрофорез, лазеротерапия, парафиновые и озокеритовые аппликации и др.).

Мы провели анализ эффективности восстановительного лечения детей и подростков с ХГД на примере двух групп наблюдения (по 100 пациентов в каждой группе). В первой группе детей применялись традиционные методы реабилитации, во второй – подключалось лазерное лечение (на курс 10 процедур по стандартной методике). Эффективность оздоровления оценивали, опираясь на клинические критерии, показатели местного иммунитета пищеварительного тракта (лизоцим, общий белок, секреторный иммуноглобулин А), состояние вегетативного и психоэмоционального статуса.

Основные клинические признаки характеризовались периодически возникающими болями в животе, чаще справа от пупка, иррадиирующими в поясницу. Наблюдалась склонность к запорам, громкая отрыжка. Традиционные виды реабилитации (диета, минеральные воды, физио-, гидро-, теплелечение и др.) купировали абдоминальный болевой синдром и диспептические признаки у 2/3 детей. У 32 человек из первой группы положительный результат не достигнут ($p < 0,05$). Лучшие и более стойкие

результаты получены при лазеролечении (12 %, $p < 0,05$).

Показатели местного иммунитета характеризовались положительными результатами более чем у 1/3 детей обеих групп уже через 10 дней от начала реабилитации. Однако дальнейшая динамика их была различной: среди детей, получавших лазеротерапию, стойкая нормализация лизоцима, общего белка и SJgA достигнута в 36 случаях против 52 случаев во второй группе ($p < 0,001$).

При беседах с родителями и детьми с хроническим гастродуоденитом, установлена склонность последних к психосоматическим нарушениям, невротическим реакциям, нейровегетативным дисфункциям. Психосоматические нарушения мы диагностировали в 63 % наблюдений, наиболее частыми причинами которых явились постоянные и рецидивирующие боли в животе, страхи перед их появлением, отсутствие информированности о методах самопомощи. При осмотре детей обращала внимание резкая смена настроения при малейших неблагоприятных ситуациях, аффективная лабильность, сенситивность, тревожность. Типичны астенический синдром, задержка темпов психомоторного развития, снижение работоспособности, низкая концентрация внимания. В связи с этим, дети испытывали трудности в освоении школьной программы, психическое напряжение.

Практически у всех больных, которым проведено лазеролечение (кроме 8 человек, 8 %), мы наблюдали улучшение вегетативного статуса и у 94 % ($p < 0,001$) – психоэмоционального состояния. В первой группе наблюдения число «благополучных» детей уже через месяц после окончания реабилитации уменьшилось на 1/3, что было связано с рецидивом болевого синдрома.

Был также проведен анализ медико-экономической эффективности лечения больных ХГД на примере выше предложенных схем. Оказалось, что применение второй лечебной программы эффективнее первой, так как количество детей с восстановленным здоровьем превзошло объем необходимых при этом издержек в 1,2 раза.

Таким образом, следует признать, что использование лазеротерапии оптимизирует реабилитацию

литоационное лечение больных ХГД, оказывая положительное иммуномодулирующее действие,

улучшая психоэмоциональный и вегетативный статус.

АЧКАСОВА А.А., ПРОТОПОПОВА Т.П., РОГОЛЕВИЧ О.В.,
СЕЛЕЗНЕВА М.В., ИВАНОВ В.В.

*МУЗ Детская клиническая больница № 2,
г. Кемерово*

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 2

Диспансерная работа предусматривает тесное взаимодействие между поликлинической, стационарной службами и реабилитационными центрами (санаториями). В этом плане МУЗ ДКБ № 2 представляет очень удачное сочетание амбулаторной, стационарной (дневной, круглосуточной) гастроэнтерологической помощи с последующим восстановительным лечением детей и подростков в санатории «Журавлик». Это позволяет систематизировать и обеспечить единый методологический подход к лечению и реабилитации детей с заболеваниями пищеварительной системы. В санаторий «Журавлик» поступают дети для закрепления терапевтического эффекта после выписки из стационаров (дневного и круглосуточного) и реабилитационного лечения.

Мы проанализировали работу санатория за последние три года (2002-2004 гг.). Основным направлением деятельности санатория является медицинская, социальная, учебная реабилитация детей и подростков с патологией желудочно-кишечного тракта, которые составляют более половины от поступивших. В структуре заболеваний пищеварительной системы преобладали хронические гастродуодениты (60,1 %) и дискинезии желчевыводящих путей (36,9 %).

Реабилитационное лечение предусматривает диетическое питание, гидротерапию (фитосоле-

вые ванны), закаливающие процедуры, физиолечение (электрофорез, СМТ, ультразвук, лазеротерапия), прием минеральных вод, витаминотерапию, психокорректирующие мероприятия.

По данным анализа диетического питания детей нашего санатория, в 2004 году специалистами Центра оздоровительного питания г. Кемерово, в рамках программы «Здоровое питание — здоровье нации», было рекомендовано назначение препарата новалит, являющегося корректором минерального обмена в организме. Введение препарата проводилось в соответствии с методикой, утвержденной МЗ РФ.

С целью дотации водо- и жирорастворимых витаминов в организме, помимо традиционных витаминных комплексов, мы применили биологически-активные добавки к пище, разрешенные к применению в РФ, в виде янтарь-витамин-фито и янтарь-битарон в возрастных дозировках. Наша работа в этом направлении продолжается.

Изучение эффективности медицинской реабилитации подтвердило у 87,7 % наших пациентов улучшение состояния здоровья к концу восстановительного лечения ($p < 0,01$), 12,3 % из них имели значительное улучшение.

Таким образом, использование новых технологий совершенствует возможности восстановительного лечения, уменьшает частоту рецидивов и осложнений.

БАКОВСКИЙ В.В., ВОРОБЬЕВ А.М., ГОЛОВКИН С.И.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Стабильно высоким за последние годы сохраняется количество детей с травматическим подвывихом С1 (ПС1). В травма-

толого-ортопедическом отделении (ХО-4) МУЗ ДГКБ № 5 г. Кемерово число больных с ПС1 ежегодно составляет 40-50 человек. Клиничес-

кими критериями эффективности лечения данной травмы являются исчезновение болевого синдрома и полное восстановление движений в шейном отделе позвоночника. Однако сроки лечения в каждом случае бывают различны. Одной из причин этого является, на наш взгляд, различная степень нарушения васкуляризации.

Известно, что обильная васкуляризация шейной области может серьезно осложнить течение травмы шейного отдела позвоночника. Даже легкие нарушения анатомического соотношения в атланта-аксиальном сочленении часто сопровождаются сочетанием типичного болевого синдрома с вегето-сосудистым, основой которого служат импульсы из участков сдавления позвоночных артерий, поврежденных связок, межпозвоночных хрящей.

Это подтверждают наши исследования у 162 больных с подвывихом С1 (ПС1) в возрасте 7-14 лет, у которых в 19 % случаев отмечался синдром вертебральной артерии: пульсирующая головная боль, головокружение, шум в ушах, снижение слуха и зрения. Возможность составить собственное представление о тяжести данной травмы, ее исходах, и уточнение механизмов сосудистых изменений позволили расширить круг проводимых исследований.

Лечение детей с ПС1 проводилось по различным общепринятым методикам, которые в ряде случаев видоизменялись и дополнялись. Одномоментное вправление по Рише-Гюнтеру проведено 11 пациентам. Подвывих вправлен у всех. Осложнений во время вправления не было. Сакроspинальная блокада с введением 10-15 мл 0,5 % раствора новокаина с обеих сторон и проведением плавных ротационных движений оказалась эффективной у 14 из 43 детей (32,6 %). Лечение вытяжением петель Глиссона с равными грузами на наклонной плоскости применено с положительным исходом у 56 больных. Деротационное вытяжение по В.П. Селиванову успешно использовано у 39 больных с односторонним ротационным подвывихом. Несмотря на очевидную эффективность всех видов вправления, мы отдаем предпочтение методике вытяжения с равными грузами и деротационному способу лечения.

Отдаленные результаты лечения в сроки от 2-х до 15 лет изучены у 83 детей из 162 пациентов с ПС1. У 15 пациентов (18,1 %) выявлены признаки дегенеративно-дистрофического процесса в боковых суставах в сочетании с сосудистыми нарушениями на реоэнцефалографии (РЭГ). Установлено, что у 6 из них подвывих наступил повторно. Рентгенологически у этих детей подтверждены признаки нестабильности в шейном отделе.

У 30 детей с односторонним ПС1 проведен сравнительный анализ результатов клинико-рен-

тенологического обследования и РЭГ. Вправление подвывиха проводилось вытяжением петель Глиссона на наклонной плоскости. У 26 детей клиническое выздоровление было достигнуто через 2-3 дня, у 4-х — через 5-7 дней. Однако рентгенография не подтверждала полное вправление подвывиха у 7 детей. У них выявлялись минимальные остаточные признаки неустраиваемых смещений в атланта-аксиальном суставе, что первоначально расценено как варианты физиологических или возрастных особенностей строения позвонков. Но в дальнейшем все случаи клинико-рентгенологического несоответствия сопровождались на РЭГ выраженным ангиодистоническим синдромом с преобладанием венозной дисфункции в каротидном (КБ) и вертебробазилярном (ВББ) бассейнах. При этом у двух детей функциональные пробы приводили к снижению пульсового кровотока в ВББ от 15 % до 25 %, с усугублением венозной дисфункции, а еще у двух детей дополнительно выявлены РЕО-признаки спазма сосудов.

В другой группе из 6 детей после состоявшегося полного клинико-рентгенологического вправления подвывиха С1 в течение 3-5 дней на фоновой записи РЭГ наблюдалась возрастная норма величины пульсового кровотока, который при проведении позиционных проб повышался на стороне подвывиха в КБ и ВББ. Умеренно повышенное периферическое сопротивление в этих бассейнах также усугублялось при позиционных пробах. Легкий венозный застой со здоровой стороны выявлен у двух детей. РЕО-спазма сосудов не отмечалось.

Таким образом, ПС1 следует рассматривать с учетом предполагаемых серьезных последствий. Полученные данные позволяют сделать вывод, что методы вправления ПС1 в определенном смысле равнозначны. Связать частоту дегенеративно-дистрофических и сосудистых изменений с методом вправления не представляется возможным. В то же время, применяемые нами сроки фиксации шейного отдела в воротнике Шанца вероятно малы, и их необходимо увеличить до 4,5-5 недель. У детей с повторными ПС1 требуется исключить возможную нестабильность в шейном отделе.

Определяемые признаки ранней дисфункции мозгового кровотока и отсроченные дегенеративно-дистрофические изменения при ПС1 позволяют расширить комплекс лечебных мероприятий с применением препаратов, улучшающих реологию кровообращения.

Базовое рентгенологическое обследование при выявляемом клинико-рентгенологическом несоответствии на этапах восстановления анатомического соотношения в атланта-аксиальном сочленении следует считать неокончательным. Наблюда-

ние детей с такой симптоматикой следует проводить совместно с неврологом и, при необходимости,

обследовать больных в специализированной неврологической клинике.

БАЛАШОВА Е.В., КУРЗАНЦЕВА О.М.
Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

НЕЙРОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ

В 1994 году в областном клиническом родильном доме, силами кабинета ультразвуковой диагностики, был внедрен в повседневную практику метод обследования новорожденных — нейросонография.

Первоначально (в течение года) она применялась по показаниям, впоследствии — как скрининговое исследование для выявления патологических состояний и аномалий головного мозга, а затем и для динамического наблюдения пациентов с перинатальной патологией центральной нервной системы в палате интенсивной терапии отделения новорожденных.

Так, в 1994 г. было проведено 610 исследований, что составило 51 % от всех родившихся малышей, а в 2002-2004 гг. это соотношение выросло до 102-105 % (превышение ста процентов — за счет эхографического контроля в динамике). Наиболее часто встречаемой группой эхографических изменений оказались (приблизительно поровну) хориоидальные и субэпендимальные кисты, чаще одиночные, небольших размеров 2-4 мм, реже множественные и всего в пяти случаях — крупные, до 10-12 мм, многокамерные.

Процент их встречаемости у обследованных детей в разные годы составил от 2,7 % до 3,7 %, за исключением двух лет (1997 г. и 2003 г.), когда частота выявления этих кист оказалась 7 % и 6,8 %, соответственно. Пики выявления отмечены в сентябре-октябре 1997 года, и в октябре-ноябре 2003 года. По литературным данным, возникновение кист сосудистых сплетений объясняется, прежде всего, влиянием на эмбрион и плод инфекционных агентов. Отсюда напрашивается интересный вывод, способный послужить основой для серьезного эмбриологического и иммунологического исследования, что следует искать связь между закладкой кист желудочковой системы головного мозга и специфическим нейротропизмом вируса, наиболее часто вызывавшего в эти годы респираторные инфекции в общей популяции.

Другая группа выявленных аномальных состояний — расширение боковых желудочков головного мозга. Вентрикуломегалия от 5 мм до 13-14 мм была выявлена у 1,3-2,2 % обследованных детей без существенных колебаний по годам.

Частота выявления признаков незрелости головного мозга зависела, в основном, от частоты преждевременных родов и составила 0,1-0,5 %.

Такое грозное осложнение, как внутрижелудочковые кровоизлияния, чаще встречается у недоношенных новорожденных. Частота эхографической диагностики ВЖК различной степени тяжести по разным годам составила 0,1-0,2 %. Отек головного мозга, как проявление тяжелого поражения центральной нервной системы, выявлен у 0,1-0,3 % обследованных. Обнаружение эхопризнаков внутрижелудочковых кровотечений или отека головного мозга требовало во всех случаях динамического эхографического наблюдения через 2-3 суток, а при утяжелении состояния больного ребенка — и через сутки.

Большая и разнородная группа редко встретившихся за 11 лет осложнений и аномалий со стороны головного мозга включала в себя:

- в четырех случаях изолированное расширение у доношенных детей полости прозрачной перегородки и полости Верге более 10 мм;
- четыре случая внутренней гидроцефалии с шириной боковых желудочков более 15 мм без возможности эхографического уточнения причины;
- четыре случая порэнцефалических кист; в одном случае крупная киста, почти на весь объем правого полушария, в двух случаях единичные кисты 10 мм и 13 мм в диаметре, в одном случае множество мелких кист в левом полушарии с перивентрикулярными кальцинатами и односторонней пассивной гидроцефалией;
- один случай множественных перивентрикулярных кальцинатов в сочетании с множественными субэпендимальными кистами;
- два случая перивентрикулярной лейкомаляции как исход тяжелого гипоксически-ишемического поражения головного мозга у детей в возрасте 11 и 13 суток;
- по одному случаю таких трудно выявляемых при нейросонографии внутричерепных родовых травм, как разрыв намета мозжечка и субарахноидальное кровоизлияние в область затылочной доли;
- папилломы сосудистых сплетений боковых желудочков, в двух случаях — односторонние

- мелкие, в одном случае — двусторонние крупные у ребенка с синдромом Дауна;
- голопрозэнцефалию, в одном случае — полу-долевая, осложненная гидроцефалией, в двух случаях — минимальные формы долевой (лобарной) голопрозэнцефалии;
- полимикрогирию в сочетании с гипоплазией полушарий мозжечка;

- изолированную агенезию мозолистого тела;
- изолированную аплазию прозрачной перегородки.

Таким образом, использование в неонатологической практике ультразвуковых методов исследования призвано помочь клиницистам в правильной и своевременной диагностике, что, в свою очередь, определяет дальнейшую тактику лечения ребенка.

БЕЛОВ С.А., БЕЛОВА Н.П.

*МУЗ Центральная районная больница Тисульского района,
г. Тисуль*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЛОТНЫМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ

Известно, что плотный аппендикулярный инфильтрат у детей встречается редко из-за недостаточной способности детского организма к демаркации воспалительного процесса.

В течение 1995-2004 гг. в хирургическом отделении Центральной районной больницы Тисульского района прооперированы 526 детей 1-15 лет с диагнозом острого аппендицита. У 6 детей выявлен аппендикулярный инфильтрат, у двух детей наблюдались осложнения, потребовавшие оперативного лечения.

Параллельно были прооперированы 705 взрослых. Аппендикулярный инфильтрат определен у 18 больных, только в одном случае развился аппендикулярный абсцесс.

Среди детей было 5 девочек, от 11 до 15 лет, и мальчик 12 лет. Четверем детям проводилась стандартная терапия, средний койко-день составил 13. Двое детей через 3 месяца были прооперированы в плановом порядке, двое от операции воздержались.

Больная К., 11 лет, обратилась в больницу 28.10.98 года, на 10-е сутки от начала заболевания с клиникой абсцедирующего инфильтрата. После предоперационной подготовки, гнойник был вскрыт через переднюю брюшную стенку. После стабилизации состояния 5.11.98 года про-

ведена ревизия полости гнойника, обнаружен купол слепой кишки с культей червеобразного отростка, которая удалена с обработкой обычным способом. Наступило выздоровление.

Вторая больная, 15 лет, поступила в отделение на 5-е сутки от начала заболевания с клиникой плотного инфильтрата, проводилось обычное лечение. На 7-е сутки с момента госпитализации, при нормальной температуре, отсутствии жалоб, нормальных лабораторных показателях, ночью возникли сильные боли в животе, сопровождавшиеся клиникой бактериального шока. После предоперационной подготовки выполнена операция, на которой выявлен прорыв периаппендикулярного абсцесса в брюшную полость. Остатки отростка удалены, стенки абсцесса частично иссечены, лапаростомия. В послеоперационном периоде проводилась массивная антибактериальная терапия, продленная ИВЛ, для борьбы с тканевой гипоксией проведена инфузия 200 мл перфторана. Через 36 часов туалет брюшной полости, иссечение остатков абсцесса, ушивание брюшной стенки, дренирование правой повздошной ямки через отдельный разрез. Наступило выздоровление.

Таким образом, аппендикулярный инфильтрат у детей склонен к осложнениям и требует более активной хирургической тактики, чем у взрослых.

БУЙМОВ С.А.

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Острые хирургические заболевания, требующие неотложной коррекции, встречаются в практике детской хирургии на-

иболее часто. Разнообразие их клинических проявлений в различных возрастных группах дает повод к многочисленным диагностическим

ошибкам. Анатомо-физиологические особенности детского возраста определяют врачебную тактику при обследовании ребенка. Все это обуславливает значительный практический интерес широкого круга врачей к вопросам детской хирургии.

Изучение этой сложной проблемы далеко выходит за рамки одной какой-либо клинической или теоретической дисциплины. Улучшение результатов лечения может быть достигнуто только при четком взаимодействии врачей педиатрических бригад скорой медицинской помощи и специалистов хирургических отделений детских больниц, а также анализа взаимосвязи между «поводом» вызова педиатрической бригады и поставленного врачом диагноза.

Одним из поводов для вызова бригады скорой помощи детям является «болит живот» (шифр «71Г»). За 2004 год педиатрическими бригадами станции скорой медицинской помощи города Кемерово было обслужено 2387 вызовов с поводом «болит живот». Из них, 1081 случай пришелся на острую хирургическую патологию; 539 случаев — на инфекционные и паразитарные болезни; 207 случаев — на болезни органов дыхания; 560 случаев — на другие виды заболеваний.

В возрастном аспекте наименьшее количество случаев хирургических заболеваний приходится

на детей в возрасте до одного года. С увеличением возраста детей, растет количество случаев хирургической патологии, достигая своего максимума в 11-14 лет, что связано с возрастными особенностями организма, наиболее частыми в этом возрасте нарушениями диеты и режима питания, увеличением физической и умственной нагрузки в школе, влиянием социально-экономических факторов.

Из 1081 случая подозрений на острую хирургическую патологию, в 611 случаях больные были направлены на госпитализацию. Из них, госпитализировано 414 больных, 197 пациентов наблюдались в приемно-диагностическом отделении МУЗ ДГКБ № 5 для уточнения диагноза и решения вопроса о дальнейшем лечении. Тесное сотрудничество врачей приемно-диагностического отделения этой больницы с врачами педиатрических бригад станции скорой медицинской помощи обеспечивает повышение качества диагностики на догоспитальном этапе, своевременную доставку больного в профильное медицинское учреждение для оказания квалифицированной помощи. В течение 2004 года всего в двух случаях подозрения на острую хирургическую патологию наблюдалось расхождение диагноза, поставленного врачом педиатрической бригады скорой помощи, и врачом приемно-диагностического отделения МДБ № 5.

БУЛДАКОВ В.Ф., ШЕРМАН С.В., ГАЛЯТИНА Е.А., ГАВРИЛОВ А.В.
*ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
г. Ленинск-Кузнецкий*

МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ КИСТА У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ

Мезентериальные кисты — редкая патология брюшной полости. Частота встречаемости 1 : 10000 всех детей, поступивших в клинику. По локализации кисты могут располагаться между листками брыжейки, в центре, у корня брыжейки или у стенки кишки. Среди первичных опухолей брыжейки различают кистоидные и солидные. Кисты могут иметь многокамерное и однокамерное строение, быть одиночными и множественными.

Клинические проявления мезентериальных кист вариабельны. Диагностика кист при возникших осложнениях бывает затруднена. Из-за редкости данной патологии диагноз часто устанавливается во время оперативного вмешательства.

Больной Ш., 8 лет, доставлен в отделение детской хирургии ФГЛПУ НКЦОЗШ 19.12.2004 г. в 19.45 с подозрением на острый аппендицит, хронический гастроуденит, обострение.

Жалобы на боль в животе, тошноту, рвоту до 4-х раз. Со слов, болен в течение 5 часов. Факт травмы отрицают, инфекционных заболеваний не было.

Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны четкие, ритмичные с частотой 78 ударов в минуту. Живот не вздут, правильной формы, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области, в эпигастрии. Над лоном и в правой подвздошной области определяется опухолевидное образование размером 10 × 6 см, малоподвижное, безболезненное, мягко-эластичное, с ровными контурами. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень по краю реберной дуги, край ровный, безболезненный, селезенка



не пальпируется. Стул самостоятельный, оформленный, 19.12.04 г. утром. Мочеиспускание не нарушено. Ректальный осмотр: ампула прямой кишки свободна, болезненности нет, при бимануальном осмотре определяется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции.

После проведенного лечения (папаверин 2 % 1,5 мл, церукал 2 мл в/м, очистительная клизма), болевой синдром уменьшился, улучшилось самочувствие. Однако при пальпации сохраняется опухолевидное образование в брюшной полости прежних размеров.

Общий анализ крови при поступлении: лейкоциты – $11,9 \times 10^9/\text{л}$, п – 8, с – 73, м – 4, л – 15, СОЭ – 5 мм в час. Общий анализ мочи без патологии.

20.12.2004 г. проведено УЗИ: в брюшной полости над лоном лоцируются расширенные жидким содержимым петли кишечника, наблюдается перистальтика.

Обзорная рентгенография брюшной полости – признаки тонкокишечной непроходимости. Пассаж бария по ЖКТ – отмечается задержка бария в петлях тощей кишки, петли тонкого кишечника раздуты, оттеснены кверху, имеется «симптом пустоты».

После предоперационной подготовки выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости выпот серозно-геморрагического характера до 100 мл, взят посев, выпот удален. При ревизии: петли тонкой кишки раздуты на протяжении до 100 см от связки Трейца. В 70 см от илеоцекального угла в брыжейке тонкой кишки объемное образование, расположенное в малом тазу, размером $15 \times 12 \times 12$ см, темно-багрового цвета, содержит жидкость, эластичной консистенции, интимно спаяна с брыжеечной стенкой, сосудами тонкой киш-

ки. Прходимость кишки, прилежащей к объемному образованию, не нарушена. Произведено удаление объемного образования с резекцией тонкой кишки, наложение кишечного анастомоза «конец в конец». Послойное ушивание раны.

Послеоперационный диагноз: «Киста брыжейки подвздошной кишки».

Макропрепарат: размер $15 \times 12 \times 12$ см, багрового цвета, в просвете жидкость темно-вишневого цвета в объеме около 600 мл, полость кисты многокамерная, с тонкими стенками, сообщения с кишечной трубкой нет.

Гистологическое заключение: в резецированном участке в брыжейке стенка кистозной полости представлена мышечно-фиброзной тканью без эпителиальной выстилки. Вокруг воспалительная инфильтрация, мелкие лимфоузлы. В слизистой резецированной кишки картина катарального воспаления.

Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 9-10 сутки. Заживление первичным натяжением. Из клиники ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 12 сутки.

Таким образом, кисты брыжейки – заболевание, протекающее часто с клиникой острого аппендицита, кишечной непроходимости, кишечной инфекции, инвагинации кишечника. Диагностика этой патологии брюшной полости заключается в тщательном сборе анамнеза, ультразвуковом исследовании брюшной полости, рентгенологическом исследовании. При необходимости, как метод дополнительного исследования, возможно проведение компьютерной томографии. Дифференцировать данную патологию необходимо с опухолями забрюшинного пространства. Лечение данной патологии заключается только в хирургическом иссечении.

ВАЙХЕЛЬ И.К., АРТЫМУК Н.В., КУРЗАНЦЕВА О.М., ШАКИРОВА Е.А.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
МУЗ Городская клиническая больница № 11,
г. Кемерово*

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Гипоталамический синдром, по данным литературы, встречается у 17,9-25 % женщин репродуктивного возраста (Терещенко И.В., 1992; Сутурина Л.В., 2002). Среди гинекологических заболеваний у данной категории больных преобладают гормонально-зависимые «пролиферативные» заболевания (миома матки, гиперпла-

стические процессы эндометрия, аденомиоз). Дисгормональное происхождение обуславливает высокую частоту сочетания этой патологии.

Цель исследования – изучить эхографические особенности миомы матки у пациенток с гипоталамическим синдромом (ГС) и гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ).

Материалы и методы: I-ю группу (основную) составили 85 больных с миомой матки, страдающих ГС и ГПЭ в течение $28,5 \pm 9,9$ лет. Во II-ю группу (группа сравнения) вошли 57 женщин с миомой матки и ГПЭ без ГС. Возраст пациенток I-й группы был старше, чем во II-й, и составлял $48,3 \pm 8,3$ лет и $45,2 \pm 4,3$ лет, соответственно ($p < 0,001$). В I-й группе большее количество женщин были в постменопаузе – 40 % и 10,5 %, соответственно ($p < 0,01$). Всем пациенткам проводилась ультразвукография органов малого таза (УЗИ) на аппарате «Алока-630», работающем в реальном масштабе времени, с использованием линейного датчика частотой 3,5 МГц и трансвагинального датчика, при сохраненном менструальном цикле, на 5-6 день менструального цикла.

Результаты исследования: Результаты УЗИ матки у обследованных женщин представлены в таблице.

Таблица
Размеры матки у пациенток с миомой матки

Показатель	I группа (n = 85)	II группа (n = 57)	p
Длина, см	$9,64 \pm 3,23$	$14,9 \pm 5,81$	$< 0,001$
Ширина, см	$6,50 \pm 2,04$	$9,8 \pm 4,46$	$< 0,001$
Толщина, см	$7,18 \pm 2,33$	$10,4 \pm 6,62$	$< 0,001$
Объем матки, см ³	$257,1 \pm 217,8$	$711,4 \pm 426,8$	$< 0,001$
Толщина эндометрия, см	$0,71 \pm 0,46$	$0,68 \pm 0,42$	0,694

Все размеры матки и, соответственно, объем матки у пациенток с ГС были достоверно меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). Толщина эндометрия у пациенток обеих групп превышала

норму и статистически значимо не различалась между группами ($p = 0,694$).

У большинства пациенток обеих групп имела место многоузловая миома – у 63 (74,1 %) и 42 (73,7 %) ($p = 0,484$). Субсерозная миома встречалась в обеих группах с одинаковой частотой – у 3 (3,5 %) и 2 (3,5 %); интерстициальная миома в I-й группе отмечалась достоверно чаще, чем во II-й – у 11 (12,9 %) и 1 (1,8 %) ($p = 0,011$); субмукозная миома в I-й группе встречалась реже, чем во II-й – у 8 (9,4 %) и 12 (21,1 %) ($p = 0,026$).

Всем пациенткам проведена гистерэктомия. Во всех случаях наличие миомы матки и ГПЭ подтверждено результатами гистологического исследования. Среди показаний к гистерэктомии при миоме матки у больных с ГС преобладало сочетание с ГПЭ в постменопаузе – у 28 (32,9 %), во II-й группе такие показания отсутствовали ($p < 0,001$). В I-й группе среди показаний к операции достоверно реже отмечались рост опухоли, большие ее размеры, выраженный болевой синдром, субмукозное расположение узла, нарушение функции смежных органов.

Таким образом, эхографическими особенностями миомы матки у женщин с гипоталамическим синдромом и гиперпластическими процессами эндометрия являлись значительно меньшие размеры опухоли, более частая интерстициальная локализация узлов и, реже, субмукозное их расположение, что обусловлено, по-видимому, особенностями гормонального статуса, состоянием цитозольных рецепторов, паритета беременностей и родов, а также различием возрастного распределения пациенток.

ВЕРТЯЧИХ Т.Г., СУТУЛИНА И.М.
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ – ЭТО АКТУАЛЬНО

Создание эффективной инфраструктуры лекарственного обеспечения – одна из самых сложных проблем здравоохранения. Рациональное использование лекарственных препаратов является составной частью этой программы.

Внедрение фармакологического менеджмента в МУЗ ДГКБ № 5 начато в 1997 г., тогда же была введена должность клинического фармаколога. Первым большим этапом стало создание больничного формуляра и формирование на его основе микроформуляров отделений. Для этого были проведены «АВС»-анализ (предполагает распределение лекарственных средств по классам в соответствии с их годовым потреблением) и «VEN»-

анализ (учитывает распределение лекарств на жизненно важные, необходимые и второстепенные) всех закупленных за предшествующий год лекарственных средств.

Полученные данные были неутешительные, на группу «А» (наиболее затратная группа) расходовалось лишь 45 % финансовых средств, идущих на закупку лекарственных препаратов. Группы «В» и «С» были практически одинаковы по затратности. При этом, ассортимент таких жизненно необходимых лекарственных препаратов, как антибиотики, ограничивался полтора десятками наименований. Закупаемое количество растворов значительно превышало их потребность, на что указывал процент их использова-



ния. В зависимости от вида раствора он составлял по отделениям от 0 % (раствор Рингера) до 35 % (40 % раствор глюкозы). Противосудорожные препараты были представлены, в основном, люминалом. Чрезмерно большой объем финансовых средств уходил на второстепенные, нежизненно важные препараты (витамины, антигистаминные и т.п.).

При отборе лечебных препаратов в формуляр руководствовались:

- имеющейся нозологией в больнице;
- терапевтической активностью лекарственных средств, их переносимостью и безопасностью;
- соотношением стоимости и эффективности лекарственных средств;
- расчет количества закупаемых препаратов производился, исходя из структуры пролеченных больных.

Первоначально разработанный формуляр включал 112 лекарственных препаратов.

В течение последующих 7 лет формуляр претерпел значительные изменения:

- за счет включения новых препаратов с доказанной эффективностью;
- исключались из формуляра невостребованные отделениями препараты;
- адаптировался, в соответствии с формуляром лекарственных средств для ЛПУ, созданным ТФОМС.

Наибольшие изменения претерпел раздел антибиотиков. Так, были исключены такие препараты как ампиокс, аминогликозиды 1-го поколения, левомицетин. Активно, по показаниям, стали использоваться цефалоспорины 3-го и 4-го поколений, гликопептиды, карбапенемы, фторхинолоны. Изменился перечень лекарственных препаратов и в других разделах (противосудорожные, препараты парентерального питания, препараты иммунокоррекции и др.).

Назначение лекарственной терапии контролируется контрольно-экспертной комиссией, включающей научно-практических руководителей клиники, заместителей директора больницы по педиатрической и хирургической службам, клинического фармаколога (консультации у постели больного, ретроспективный анализ истории болезни).

Создание формуляра позволило лучше анализировать обоснованность назначений дорогостоящих препаратов, препаратов «резерва»; устранить полипрагмазию, тем самым снизить частоту нежелательных побочных реакций от назначений лекарственных средств; повысить эффективность лечения и снизить его стоимость.

Проведение фармако-экономического анализа методом «случай — контроль» позволило прийти к выводу о целесообразности закупок оригинальных препаратов или качественных (хотя и дорогих) дженериков европейских производителей,

клиническая эффективность которых доказана на практике.

Востребованность клинического фармаколога за последние три года возросла, количество консультаций больных в отделениях увеличилось с 92-х в 1998 г. до 892-х в 2004 г. Клинический фармаколог является связующим звеном между лечащими врачами, с одной стороны, и провизором аптечно-распределительного пункта, с другой стороны.

Контроль эпидемиологических возбудителей в хирургических отделениях позволил разработать, совместно с сотрудниками кафедры хирургии, алгоритмы лечения основных нозологий — интра-абдоминальные инфекции, острый гематогенный остеомиелит, сепсис, гидроцефалия, что позволило сократить среднее пребывание больных на интенсивном этапе, в среднем, на 1,5 койко-дня и на этапе долечивания — от 5 до 12 койко-дней.

Внедрено проведение периоперационной профилактики в хирургических отделениях в виде назначения аминозащищенных пенициллинов, цефалоспоринов I-II, реже III-го поколений, клиндамицина, позволило значительно снизить процент гнойно-септических осложнений до единичных случаев.

Очень «затратными» являются отделения для новорожденных. Анализ лекарственной терапии, ретроспективный анализ историй, контроль эпидемиологии возбудителей позволили совместными усилиями кафедры педиатрии, врачей отделений, клинического фармаколога разработать алгоритмы лечения новорожденных с учетом преемственности отделения новорожденных родильного дома и неонатальных отделений стационара (отделение реанимации новорожденных, отделение патологии новорожденных, психо-неврологическое отделение для новорожденных). Это позволило повысить эффективность лечения, уменьшить количество нежелательных побочных реакций, сократить сроки пребывания детей в отделениях, снизить стоимость лечения.

Данные по эпидемиологии уропатогенов в детском урологическом и нефрологическом отделениях позволили выделить основные группы возбудителей, определить их степень резистентности к различным препаратам. Итогом работы стали алгоритмы лечения для больных с инфекциями мочевых путей.

Стремясь к разумному сокращению стоимости лечения, в отделениях достаточно широко используется метод ступенчатой терапии.

Одним из основных разделов работы клинического фармаколога являются консультации тяжелых больных, больных с длительным «стажем» лечения, с лекарственной аллергией, подбор индивидуальных схем лечения.

Практика показала, что первое отношение врачей к вмешательству клинического фармаколога в лечебный процесс, как правило, негативное, но поддержка и твердая политика администрации, научных руководителей клиник и, самое

главное, результаты совместных усилий, растопили недоверие к новой технологии. Внедрение фармацевтического менеджмента позволяет лечебным учреждениям выжить в условиях более чем скромного финансирования.

ВОРОБЬЕВ А.М., ГИБАДУЛЛИН Д.Г., ЛЯСИН Б.М., РУДКОВСКИЙ А.И.,
БАКОВСКИЙ В.Б., ТИТОВ Ф.В., КОШЕЛЕВ Г.П., МАРЧЕНКОВА Н.М.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДВЫВИХЕ В СІ-СІІ СУСТАВЕ У ДЕТЕЙ

Травматические повреждения в области шейного отдела позвоночника относятся к наиболее частой травме у детей. Среди этой травмы нарушение соотношения фасеточного сустава СІ-СІІ диагностируется чаще других. Связано это не только со сложностью функции этого сустава, заключающейся преимущественно в ротационных движениях, но и с особенностями кровоснабжения вертебро-базилярной области.

Для этого вида травмы, как правило, характерен не только типичный механизм, но и, в ряде случаев, противоречие между клинической и рентгенологической картиной. Отмечено, что даже отсутствие клинических проявлений подвывиха после его вправления может не соответствовать анатомическому соотношению в атлanto-аксиальном сочленении.

Так из 412 больных, леченных в разное время в хирургическом отделении детской городской клинической больницы № 5, у 59 детей сохранились рентгенологические признаки подвывиха при отсутствии клинических проявлений.

Стандартное обследование и лечение включало рентгенографию шейного отдела позвоночника, функциональное вправление на петле Глиссона, а также физиотерапию.

Проведенное углубленное обследование включало РЭГ, томографию, а в наиболее трудных для диагностики случаях — компьютерную томографию. Этими исследованиями установлено изменение кровообращения в вертебро-базилярной и каротидной артериях, а также уменьшение контакта в суставных поверхностях СІ-СІІ.

Нарушение соотношения в атлanto-аксиальном сочленении указывает на необходимость углубленного обследования и лечения этих больных, включающего препараты, улучшающие реологию этой области. Кроме того, больные этой группы должны состоять на диспансерном наблюдении, с проведением курса профилактического лечения в условиях реабилитационного отделения, и иметь рекомендации по ограничению некоторых видов физических нагрузок на шейный отдел позвоночника.

ГАЛЯТИНА Е.А., БУЛДАКОВ В.Ф., ШЕРМАН С.В., ГАВРИЛОВ А.В.
*ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
г. Ленинск-Кузнецкий*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ

Перитонит остается одним из наиболее тяжелых заболеваний у детей. Доля аппендикулярного перитонита среди всех перитонитов у детей составляет 74-86 %. У детей до 3-х лет перитонит встречается в 4-5 раз чаще, чем в старшем возрасте. Релапаротомия вы-

полняется в 1,9-3,3 % случаев, при этом возрастает летальность, достигая 20 %.

Проведен анализ лечения аппендикулярных перитонитов у детей, находившихся в отделении детской хирургии Федерального государственного лечебно-профилактического учрежде-

ния Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров (ФГЛПУ НКЦОЗШ) за период 1994-2004 гг.

Частота встречаемости перитонита, по нашим данным, составила 12,2 % от всех случаев острого аппендицита.

На лечении находились 157 детей в возрасте от 1 до 15 лет с различными формами аппендикулярного перитонита. Из них, мальчиков 104 (66,2 %), девочек 53 (33,8 %). В возрасте до 3-х лет пролечено 7 детей (4,5 %).

По давности заболевания пациенты распределены следующим образом: до 24 часов поступили 55 детей (35 %); с 24 до 72 часов — 77 (49 %); свыше 72 часов — 25 больных (16 %).

С местным перитонитом пролечено 85 детей, что составило 54,1 % от общего числа пациентов с аппендикулярным перитонитом, из них с ограниченным перитонитом — 37 пациентов, с местным неограниченным — 48 больных. С распространенным перитонитом пролечено 72 ребенка (45,9 %), из них с диффузным — 24 человека, с разлитым — 48 детей.

Хирургическая тактика зависела от характера и стадии развития перитонита, а также от возраста больного. В зависимости от тяжести состояния, предоперационная подготовка проводилась в отделении детской хирургии или в отделении интенсивной терапии.

При «холодном» аппендикулярном инфильтрате проводили УЗИ-контроль и оценку клинко-лабораторных данных в динамике, что позволяло, в случае выявления абсцесса, своевременно выполнить адекватное хирургическое вмешательство.

При периаппендикулярном абсцессе оперативное лечение выполняли из классического доступа Волковича-Дьяконова. Дренирование осуществляли при абсцессе 3-й степени сигарообразным тампоном, либо по Редону.

Из 48 детей с местным неограниченным перитонитом, у 12 человек выполнена санационная лапароскопия, а у 36 детей проведена аппендэктомия и санация из классического бокового доступа.

При распространенном перитоните методом срединной лапаротомии с формированием лапаростомы пролечено 15 детей, что составило 21 % от общего количества пациентов с распространенным перитонитом. Сроки оставления лапаростомы определяли в соответствии с выраженностью воспалительного процесса в брюшной полости. Однократная ревизия брюшной полости выполнена у 3-х детей, двукратная — у 11 пациентов, трехкратная — у 2 детей. Одному ребенку понабилась четырехкратная ревизия.

С 1996 года в нашей клинике используется метод санационной лапароскопии с аппендэктомией из бокового доступа. С применением данного метода пролечено 57 детей (79 %) с распространенным перитонитом.

Осложнения возникли у 28 детей, что составило 18 % от общего числа пролеченных пациентов. При этом нагноение послеоперационной раны отметили у 9 детей, лигатурный свищ — у 1 ребенка, оментит — у 4 пациентов, инфильтрат брюшной полости выявили у 3 больных, а абсцесс брюшной полости — у 3 пролеченных. Эвентрацию кишечника наблюдали у 1 ребенка, ранняя спаечная непроходимость кишечника развилась у 4 детей. Бронхолегочные осложнения были зарегистрированы у 2 пациентов. У одного ребенка в послеоперационном периоде развился бактериальный эндокардит.

В то же время следует отметить, что среди детей, пролеченных методом лапаротомии с последующим формированием лапаростомы, осложнения развивались чаще, чем у пациентов, пролеченных методом санационной лапароскопии, в 73,3 % и 7 %, соответственно.

Развитие поздней спаечной непроходимости отмечали у 12 детей, что составило 8 % от общего числа пациентов, пролеченных по поводу перитонита. Из них, у 11 детей (92 %), пролеченных методом лапаротомии с лапаростомией, и у 1 ребенка (8 %) после санационной лапароскопии.

Средняя длительность пребывания детей, пролеченных методом лапаротомии с лапаростомией, в отделении интенсивной терапии составила $7 \pm 0,5$ койко-дней, а пациентов, пролеченных методом санационной лапароскопии — $3 \pm 0,3$ койко-дня. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $27 \pm 3,8$ и $13 \pm 2,1$ койко-дней, соответственно.

Таким образом, эндовидеохирургический метод лечения распространенных форм перитонитов может успешно применяться у детей, как высокоэффективный способ местного воздействия на инфекционный процесс. Метод позволяет провести целенаправленное нетравматичное и полное удаление гноя из брюшной полости, дает возможность уменьшить степень интоксикации в послеоперационном периоде, способствует быстрому восстановлению функций желудочно-кишечного тракта и уменьшает вероятность нагноения послеоперационной раны. Санационная лапароскопия способствует снижению общего числа послеоперационных осложнений, сокращает сроки пребывания в отделении интенсивной терапии и общей длительности в стационаре, обеспечивает хороший косметический эффект.

ГАРЕЕВА Ю.В., НАУМОВА Н.Н.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ В Г. КЕМЕРОВО

Сложившаяся демографическая ситуация в России заставляет обратить внимание общественности к вопросу воспроизводства населения. Актуальной проблемой становится рождение физически и психически здорового ребенка. Каков он, сегодняшний новорожденный?

Проведен анализ медицинской документации 500 новорожденных детей, родившихся в г. Кемерово. Средний возраст матерей составил 23,8 лет, 3 % детей родились от юных рожениц (18 лет и менее), 12 % матерей были старше 30 лет. Только 58 % женщин на момент родов состояли в зарегистрированном браке. 1/3 женщин были домохозяйками, 14 % женщин – учащимися, из них 1 % – ученицами средней школы.

Состояние здоровья почти половины женщин было отягощено различной хронической патологией. 3/4 детей родились первыми родами, 1/4 детей – повторными, однако более чем в 50 % случаев рождению данного ребенка предшествовали медицинские аборт и самопроизвольные выкидыши. Беременность осложнялась угрозой прерывания (43 %), гестозом (11 %).

55 % родившихся детей имели мужской пол, 45 % – женский. Удельный вес недоношенных детей составил 8 %. Средняя масса детей при рождении была 3071,5 г, средний рост – 51,9 см. Почти 1/3 детей имели дефицит массы тела. У

половины детей при рождении установлена асфиксия новорожденного. 78 % детей в раннем неонатальном периоде имели желтуху, в 14 % случаев она носила патологический характер. Диагноз перинатального поражения ЦНС был выставлен в родильном доме 92 % новорожденных. По нашему мнению, данный диагноз в 28 % случаев был ошибочным, так как дети имели лишь легкие признаки гипервозбудимости, купировавшиеся в первые дни после рождения, что является физиологическим явлением, при отсутствии каких-либо морфологических отклонений.

Таким образом, сегодня, для оптимизации здоровья будущих новорожденных, необходимо улучшить профилактику нежеланной беременности, так как предшествующие медицинские аборты способствуют развитию фетоплацентарной недостаточности, преждевременному прерыванию беременности, гипоксическому поражению плода. Высокий удельный вес желтух новорожденных, в т.ч. патологических, является маркером экологического неблагополучия в регионе, и требует дополнительных санитарно-гигиенических исследований. Гипердиагностика перинатального поражения нервной системы у новорожденных не является безобидной, т.к. увеличивает неоправданные финансовые затраты на необоснованное лечение и реабилитацию, наносит психологическую травму семье ребенка.

ГАУС Е.Г., ФОКИН А.П.
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово

ЗНАЧИМОСТЬ ДОППЛЕРОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВО ВТОРОМ И ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Гемодинамические процессы в единой функциональной системе мать – плацента – плод являются одним из ведущих факторов, обеспечивающих нормальное течение беременности и развитие плода. Нарушения маточно-плацентарного кровотока играют основную роль в патогенезе многих осложнений беременности. Одним из методов диагностики нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока является доплерография, позволяющая диагностировать даже самые незначительные его отклонения.

Основными показаниями для проведения доплерографического исследования кровотока являются:

1. Патология беременной: признаки ФПН, выявляемые при УЗ-исследовании или клинически, гестоз, гипертоническая болезнь, заболевания почек, системные заболевания, сахарный диабет, анемия беременной, угроза прерывания беременности и другие патологические состояния со стороны женщины.
2. Патология плода: задержка внутриутробного развития плода, патология плаценты, аномаль-

ное количество вод, патология, выявленная при кардиотокографии.

3. Отягощенный акушерский анамнез: задержка внутриутробного развития плода, гестоз, антенатальная гибель плода при предыдущих беременностях.

В отделении ультразвуковой диагностики МУЗ ДГКБ № 5, обслуживающем Кемеровский областной перинатальный центр и Родильный дом № 5, доплерография внедрена со второй половины 2003 года.

Цель: показать возможности доплерографии в оценке маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока для прогноза развития фетоплацентарной недостаточности, степени тяжести имеющихся нарушений и контроля за результатами лечения.

Материалы и методы: Все исследования проводились на ультразвуковом сканере Hawk-2102, оснащенном цветным доплером, с использованием микроконвексного мультиспектрального датчика 4-6 МГц, в дуплексном, триплексном и стандартном В-режиме.

Исследования кровотока проводили в артериях пуповины, маточных артериях (обязательно с обеих сторон), аорте плода (по показаниям). За критерий оценки, в большинстве случаев, был взят уголнезависимый показатель индекс резистентности (ИР), определяемый по кривой скорости кровотока (КСК) в автоматическом режиме. Кроме того, анализировали форму кривых. Численные значения оценивались по нормограммам кривых скоростей кровотока для данных сосудов, а степень имеющихся нарушений определяли в соответствии с классификацией, предложенной Медведевым М.В., согласно которой выделяют три степени тяжести гемодинамических нарушений.

Степень I: А – нарушение маточно-плацентарного кровотока (МПК) при неизменном плодово-плацентарном; Б – нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохранном маточно-плацентарном.

Степень II: одновременное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, не достигающее критических значений (сохранен конечный диастолический кровоток).

Степень III: критические нарушения плодово-плацентарного кровотока (отсутствие или реверсный диастолический кровоток) при сохранном либо нарушенном маточно-плацентарном кровотоке.

При степени I рекомендуется динамическое наблюдение через 5-7 дней. При степени II нарушений гемодинамических процессов наблюдение не реже одного раза в 2-3 дня. При степени III необходимо решение вопроса о досрочном родоразрешении на фоне ежедневного доплерографического контроля.

Результаты: За период с октября 2004 года по апрель 2005 года обследовано 152 беременных женщины в сроке 20-40 недель, находившихся на лечении в отделении патологии беременности Родильного дома № 5 и, по показаниям, направленным на доплерографическое исследование.

У 89 женщин (58 %) патология не выявлена. В 37 случаях (25 %) выявлено изолированное нарушение МПК. Нарушение кровотока в артериях пуповины при сохранном МПК встречалось достаточно редко – 5 случаев (3 %). Сочетанные изменения МПК и ППК, соответствующие II-й степени нарушений ФПК, зарегистрированы у 19 женщин (12,5 %). В 2-х случаях (1,5 %) характер КСК указывал на критическое состояние фетоплацентарного кровотока. В обоих случаях состояние расценено как декомпенсированная форма ФПН и проведено экстренное родоразрешение, оба новорожденных живы. В других случаях выявленные нарушения наблюдались динамически на фоне проводимого лечения, отмечалось улучшение показателей гемодинамики или их нормализация.

Выводы: При наличии ультразвукового сканера, оснащенного доплером, появляется возможность объективной оценки состояния маточно-плацентарно-плодового кровотока, и, следовательно, оценки функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

Метод доплерометрического исследования позволяет не только выявить критические состояния гемодинамики, но и контролировать результаты лечения. Метод доступен, неинвазивный и информативный в комплексной диагностике фетоплацентарной недостаточности.

ГАЗИЗУЛИНА А.А., КОРОВИН Г.В.

МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ № 5

Психологическая помощь населению на базе МУЗ ДГКБ № 5 г. Кемерово с 2000 года осуществляется психотерапевтом и ме-

дицинским психологом по программе психологической службы Областного перинатального центра «Стратегии здоровья матери и ребенка».

Цели программы:

- создание позитивной концепции психосоматического здоровья матери и ребенка;
- формирование здоровья матери и ребенка среди населения города и области;
- формирование широких слоев населения, ориентированных на воспитание здорового ребенка.

Задачи программы:

- разработать и внедрить коррекционные программы формирования здоровья матери и ребенка;
- разработать и внедрить обучающие программы для будущих матерей по формированию здоровья у детей;
- оказывать консультативную и психотерапевтическую помощь беременным, молодым матерям и их семьям.

В течение 5 лет работа проводилась по следующим направлениям: лечебная и консультативная работа; тренинговая работа; методическая работа; просветительская работа.

Лечебная и консультативная работа осуществлялась на базе кабинета психолога и психотерапевта. Специалисты оказывали психотерапевтическую помощь всем контингентам населения города и области, пациентам стационара и роддома, проводилась семейная психотерапия.

Обучающие и лечебно-коррекционные тренинги проводились:

- с беременными женщинами и их супругами в Школе по подготовке к родам и родительству, с беременными женщинами на базе отделения патологии беременности;
- с пациентами стационара в Нефрологической школе по программе «Арт-Терапия у детей и подростков»;

- с группой подростков классического лицея по программам «Экология социальных коммуникаций», «Моделирование эффективных стратегий поведения»;
- с группой детей Областной школы диабета, в смешанной группе матери и ребенка (апробирована программа «Стратегии здоровья»).

Методическая работа включала семинары для сотрудников отделения патологии беременности и врачей городских женских консультаций на темы «Психология беременных, плода и младенцев», «Методы моделирования эффективных коммуникаций персонал – пациентка», «Стратегии здоровья».

Специалисты психологической службы принимали участие во Всероссийской валеологической выставке и семинаре с тренинговыми программами «Экология социально-психологической среды коллектива» и «Моделирование эффективных стратегий адаптации подростков в социальной среде».

Просветительская работа заключалась в постоянных публикациях в периодической печати материалов, пропагандирующих здоровье матери и ребенка.

В результате 5-летней деятельности психологической службы, весь практический и теоретический материал обобщен авторскими тренинговыми программами и освещен в двух методических пособиях, одобренных Министерством здравоохранения и социального развития РФ – «Нейролингвистическое программирование стратегии здоровья», «Психокоррекция и превенция до родов».

Дальнейшая работа психологической службы ориентирована на реализацию данных программ и внедрение в регионе собственного опыта.

ГОЛОВКИН С.И., ЛЯСИН Б.М., ГИБАДУЛЛИН Д.Г.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

АКТИВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

В структуре детской инвалидности процент последствий посттравматического остеомиелита в виде дефектов, ложных суставов, укорочений конечностей остается высоким.

Известно, что возникшие осложнения не всегда можно связать с тяжестью самой травмы. Как показали наши исследования, причины ортопедических и хирургических последствий были следующими: неэффективная санация раны при открытых переломах, недостаточная анти-

бактериальная терапия и, наконец, осложнения были связаны с дефектом проведения остеосинтеза, а именно, неквалифицированное выполнение операции. При этом дети анализируемой группы многократно и безуспешно оперировались на местах, то есть в районных и городских больницах. Установлено, что наиболее распространенными при возникшем посттравматическом остеомиелите были следующие вмешательства: удаление секвестров, гнойных грануляций, иссе-

чение свищей, некротизированных костных отломков. Среднее количество дней, проведенных до госпитализации в клинику детской хирургии, составило, в среднем, 100,7 дней.

Цель настоящего исследования – улучшение лечения посттравматического остеомиелита у детей на основе усовершенствования тактики местного лечения.

Материал и методы исследования: Анализ подвергнуты результаты лечения 15 детей с хроническим посттравматическим остеомиелитом. Из них, у 6 детей был остеомиелит бедра, у 7 – остеомиелит большеберцовой кости, у 1 ребенка – поражение плечевой кости предплечья, у 1 пациента – остеомиелит костей предплечья. Все больные поступили в неудовлетворительном состоянии, с признаками хронической гнойной интоксикации, анемией и гипопроотеинемией.

Местно у всех больных функционировали свищи с гнойным отделяемым, рентгенологически отсутствовали признаки консолидации. Течение хронического процесса привело к тому, что у 2-х больных сформировались ложные суставы костей голени, у одного больного с остеомиелитом бедра диагностирован дефект протяженностью в 3,5 см.

Результаты и их обсуждение: С учетом длительно текущего гнойного процесса, неудовлетворительного состояния костных отломков и отсутствия опороспособности конечности, принято решение о радикальном лечении в очаге поражения. Мы считаем, что в случаях длительно текущего травматического остеомиелита оперативное лечение должно включать резекцию костных отломков в пределах здоровых тканей, создание торцевого упора. Выполнение радикальной операции не должно быть препятствием к коррекции ортопедических последствий.

У 5 детей из 15 с посттравматическим остеомиелитом костей голени проводили резекцию концов в пределах 0,5-1 см, и в дальнейшем проводили лечение методом компрессионного остеосинтеза в аппарате внешней фиксации. Аналогичные операции выполнены у двух больных с поражением бедра. Протяженность резекции у

них составила от 1 до 1,5 см. У 3-х из 15 пациентов с остеомиелитом бедра резекция концов составила от 2,5 до 5 см. С учетом проведенной резекции, у 4-х больных (один с поражением костей голени, другой с остеомиелитом костей предплечья) осуществлен метод биллокального остеосинтеза. У одного больного с остеомиелитом плечевой кости проведена методика последовательного компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

Режим послеоперационного ведения включал выполнение постоянной компрессии в зоне резекции по 0,25 оборота 4 раза в сутки в течение 10 дней, далее по одному обороту за неделю на протяжении всего периода лечения. У больных с биллокальным остеосинтезом низведение фрагмента проводили кольцом, начиная с 5-х суток. При адаптации концов применяли режим компрессии, идентичный монолокальному компрессионному остеосинтезу. Аппарат внешней фиксации снимали в сроки от 99 до 123 суток.

Отдаленные результаты отслежены в сроки 1,5-7 лет. У 14 из 15 больных добились консолидации в зоне резекции, ликвидированы ложные суставы и дефект. У одного больного с посттравматическим остеомиелитом плечевой кости, при использовании метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза, результат оказался неудовлетворительным. Регенерат в режиме дистракции не получили, что потребовало повторной операции. У 2-х из 15 больных в ходе первичного вмешательства полностью ликвидировать укорочение не удалось. Дети оперированы через 2 года. Выполнены удлиняющие кортикотомии в аппарате внешней фиксации.

Выводы:

1. У детей с посттравматическим остеомиелитом является обоснованной тактика радикального способа хирургического лечения в очаге поражения.
2. Эффективным является экономная резекция измененных концов с последующим компрессионным остеосинтезом. В случае укорочения, операцией выбора следует считать биллокальный остеосинтез.

ГОЛОВКИН С.И., ГИБАДУЛЛИН Д.Г, ЛЯСИН Б.М.

Кемеровская государственная медицинская академия,

МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,

г. Кемерово

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ГОЛОВКИ БЕДРА У ДЕТЕЙ

До сих пор продолжается дискуссия о целесообразности хирургического лечения больных с асептическим некрозом голов-

ки бедра, от неприятия оперативного лечения до рекомендаций выполнения сложных травматических реконструктивных вмешательств.



Проведенные исследования показали, что течение транзиторного синовита тазобедренного сустава у детей (ТСТС) может осложниться асептическим некрозом головки бедра. Выявленные нами патогенетические составляющие в генезе ТСТС, а именно, фактор избыточного внутрисуставного давления (ИВД), дисфункции кровообращения в острой фазе заболевания, иммуногенетические параллели с болезнью Пертеса (БП) явились объективным критерием для разработки протоколов активного хирургического лечения при угрозе или начальных проявлениях остеонекроза головки бедра в случаях неблагоприятного течения и исхода ТСТС.

Целью настоящего исследования явилось улучшение лечения асептического некроза головки бедра на основе разработанной программы оперативного лечения.

Материал и методы исследования: Мы располагаем результатами лечения 48 больных с асептическим некрозом головки бедра. У 10 из 48 больных была первая стадия процесса или стадия компенсированной латентной ишемии, по классификации Веселовского Ю.А. с соавт. (1987). Оказалось, что определить переход осложненного течения ТСТС в начальную стадию БП непросто. Детальный анализ совокупности клинических симптомов, характерных для 1-й стадии БП и у больных с ТСТС, показал как схожесть клинических симптомов, так и их различие. Схожесть, прежде всего, в ишемической их природе, поскольку боли начинаются ночью или рано утром. Различие в характере артралгии, которая при начальной стадии БП не постоянна и чередуется со светлыми промежутками.

Статистика заболеваемости ТСТС и БП, при которой нет прямой корреляционной зависимости, свидетельствует о том, что для реализации ТСТС в начальную деструктивную форму необходимы многие составляющие. Таким образом, у подавляющего числа больных типичное начало ТСТС нельзя отождествлять как дебют БП.

Результаты и обсуждение: В соответствии с вышеизложенным, и проведя экспертную оценку течения ТСТС, мы выделили у больных основные симптомы начальных проявлений деструкции, которую объективно можно отождествлять и как первую стадию БП. Кроме того, нами учитывались данные УЗИ, диагностически-прогностического теста течения и исхода ТСТС.

Получены следующие данные. У всех детей с первой стадией процесса (10 человек или 100 %) наблюдались постоянная артралгия в покое и при минимальных движениях, ограничение внутренней и наружной ротации бедра, положительный прогностически-диагностический тест, утолщение

капсулы и расширение суставной щели щели по УЗИ, балльная оценка по ШОТ от 18 до 30. Ограничение отведения бедра отмечено у 9 больных (90 %), снижение высоты эпифиза по данным рентгенологического обследования и МРТ – у 3-х (30 %).

Таким образом, указанные симптомы и тесты можно трактовать как диагностические критерии 1-й стадии болезни Пертеса.

При объективном подтверждении этой стадии болезни, должна применяться активная тактика, включающая оперативное лечение.

Поэтому при артралгии свыше 3,5-4 недель, неэффективности декомпрессивной пункции сустава, сохраняющейся расширенной суставной щели и утолщении капсулы сустава по данным УЗИ, а также начальных рентгенологических признаков изменения эпифиза (симптом ногтя) или снижении его высоты и положительным прогностическим тесте, свидетельствующем о вероятном исходе ТСТС в деструктивную форму, показана декомпрессионная миотомия приводящих мышц бедра.

Тоннелизация шейки бедра спицами в этой стадии, в сочетании с повторной пункционной декомпрессией сустава, способствует «оживлению» регионарного кровообращения и может быть рекомендована как самостоятельное вмешательство или быть дополнением к миогенной декомпрессии сустава.

Хирургическое лечение проведено 10 пациентам с первой стадией БП, то есть в период компенсированной латентной ишемии. У 2-х из 10 больных проведена миогенная декомпрессия ТС (миотомия приводящих мышц бедра), у 8 больных повторная пункционная декомпрессия сочеталась с тоннелизацией шейки бедра 2,0 мм спицами Киршнера, 5-8 спицевых каналов. При операции декомпрессивной миотомии мы не пересекаем подвздошно-поясничную мышцу в сухожильной части, а проводим неполную остеотомию малого вертела. Видоизмененный вариант декомпрессивной операции лег в основу нашей усовершенствованной концепции в лечении асептического некроза головки бедра.

Разработанная программа лечения начальных проявлений остеонекроза включает в себя обязательный элемент – создание регионарной гиперваскуляризации в период миогенной декомпрессии ТС. Гиперваскуляризация достигается тем, что остеотомию малого вертела осуществляем не полностью, а на две трети площади соприкосновения. В послеоперационном периоде физиологическое сокращение подвздошно-поясничной мышцы способствует постепенному смещению малого вертела и формированию костного регенерата и гипертрофии малого вертела. В условиях формирования регенерата создаются условия

для пролонгированной регионарной васкуляризации.

Отдаленные результаты лечения изучены у всех 10 пациентов на протяжении 5 лет. Ни у одного из пролеченных больных мы не наблюдали перехода первой стадии патологического процесса в последующие. Эти данные служат достаточным основанием для вывода о том, что активная хирургическая тактика эффективна и должна выполняться у больных с первой стадией БП по предлагаемым строгим показаниям и с учетом данных разработанного диагностического прогностического теста.

Разработанная программа двухэтапного хирургического лечения, включающая на первом этапе проведение гиперваскуляризации, а на втором устранение осевых отклонений проксимального отдела бедра, апробирована у 38 больных с асептическим некрозом. При этом у 18 из 38 больных первый этап двухэтапной программы лечения выполняли без остеотомии малого вертела, а у 20 из 38 детей — с остеотомией. В группе наблюдения оперировались, в основном, мальчики (31 пациент). По стадиям больные распределились следующим образом: со второй стадией — 21 больной, с третьей — 10 пациентов, с четвертой — 2 больных.

На втором этапе выполнены следующие операции: варизирующая остеотомия — 7 больным (18,4 %), вальгизирующая остеотомия — 2 (5,3 %), деторсионно-варизирующая остеотомия — 21 (55,3 %), медиализирующая остеотомия — 4 (10,5 %), деторсионная остеотомия — 4 больным (10,5 %).

Патологические осевые отклонения устраняли одномоментно, применяя чрезвертельную или подвертельную кортикотомию с использованием аппарата внешней фиксации. Все операции проводили по стандартной методике. Монтировали шарнирный аппарат внешней фиксации с учетом рассчитанного коррекционного разворота. Из наружного доступа длиной 2,5-3 см проводили межвертельную или подвертельную кортикотомию. Одномоментно устраняли большую часть патологической составляющей проксимального отдела бедра. В случае необходимости, в послеоперационном периоде «доводили» угловые величины до нормы, используя шарнирные узлы аппарата.

Считаем важным моментом в оперативном лечении создание дистракционного регенерата в зоне остеотомии. Формирование регенерата стимулирует процессы васкуляризации, в результате чего репаративные процессы проходят эффективнее, сокращаются сроки лечения.

На первом месте по числу вмешательств, выполненных нами, были деторсионно-варизирующие остеотомии. После выполнения опера-

ции значительно изменяется нагрузка на головку, но при этом не ослабляется пельвиотрохантериальный мышечный блок, что является определяющим в биомеханической стабильности сустава. В то же время, при данном виде остеотомии может произойти укорочение оперированной конечности. Данное обстоятельство устраняется при формировании дистракционного регенерата. В свою очередь, формирование последнего дополнительно стимулировало кровообращение проксимального отдела бедра, что подтверждалось клиническими примерами эффективного восстановления структуры и формы головки бедра.

Нами проанализированы и сопоставлены результаты оперативного лечения пациентов, которым проводилась остеотомия малого вертела на первом этапе, и тех больных, которым было проведено отсечение лишь подвздошно-поясничной мышцы. Сравнительная оценка в группах не отвечала абсолютной статистической корректности. Поэтому сравнительный анализ проводился индивидуально, с учетом стадии процесса и степени морфологических изменений. У тех пациентов, которым проводили остеотомию малого вертела, лечение было закончено в сроки 19-21 мес., в другой группе лечение завершалось в сроки 22-24 мес.

Таким образом, отмечена незначительная разница в уменьшении сроков общего лечения у детей с проведенной остеотомией малого вертела. Относительно малое число наблюдений в группах не позволяет высказаться категорично в пользу того или иного варианта операции на первом этапе лечения.

Однако общие сроки окончания лечения детей со второй стадией асептического некроза 19-20,5 мес. мы считаем оптимистичными, свидетельствующими об эффективности предложенного протокола лечения.

Важным элементом, по которому можно судить об эффективности и адекватности выбранного метода лечения, является определение стабильности оперированного сустава. Проведен анализ стабильности сустава после оперативного лечения. Шеечно-диафизарный угол (ШДУ) был равен, в среднем, 120,8 ° (113-127 °), угол антеверсии — 8,9 ° (8-15 °). Степень стабильности оценивали на основании данных значений углов вертикального и горизонтального соответствия. Установлено, что угол вертикального соответствия равнялся 90,5 ° (86-96 °), горизонтального соответствия — 30,5 ° (16-51 °).

Наименьшая продолжительность лечения оперированных больных с асептическим некрозом наблюдалась у детей со второй стадией заболевания — 19,5 мес., при 3-й стадии продолжительность составила 25 мес., при 4-й — 34,5 мес.

Отдаленные результаты, в сроки 1,5-9 лет с момента окончания лечения, изучены у 34 пациентов (89,5%). В группе детей, оперированных с асептическим некрозом головки бедра, в 74,1 % случаев результаты лечения отличные или хорошие.

Таким образом, предложенная программа оперативного лечения не нарушала принципа биомеханической стабильности и поэтому может применяться для лечения детей с асептическим некрозом головки бедра.

ГОЛОВКИН С.И.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ОБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ТРАНЗИТОРНЫМ СИНОВИТОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Транзиторный синовит тазобедренного сустава у детей (ТСТС) — нередкое заболевание. Так, по отдельным публикациям, ТСТС трансформируется в болезнь Пертеса, юношеский эпифизиолиз головки бедра и соах тагна, примерно, в 4 %, 0,3 %, 1 % случаев, соответственно. Другие настаивают на мягком течении ТСТС с благоприятным исходом. Разноречивость в оценке ТСТС как клинической проблемы связана, прежде всего, с отсутствием объективных критериев прогноза и оценки тяжести пациентов.

Цель настоящего исследования — разработка шкалы оценки тяжести детей с ТСТС (ШОТ).

Материал и методы исследования: В работе анализируются результаты клинического обследования и лечения 397 больных с ТСТС. С иммунной формой поражения тазобедренного сустава было 325 пациентов, с инфекционной — 72 больных. Возраст детей составил от 1 года 9 мес. до 12 лет, соотношение 3 : 1 в пользу мальчиков.

Клинические методы включали осмотр больных, определение функции тазобедренного сустава. Исследовался общий анализ крови, биохимия крови, КЩС и другие специальные исследования.

Рентгенологический метод включал рентгенографию в задней проекции и в положении Лауэнштейна. Измерение суставной щели проводили по рентгенограммам, выполненным в двух проекциях. По рентгенограммам оценивали состояние эпифиза головки бедра (снижение высоты, характер деструкции) и структуру метаэпифизарной зоны (наличие или отсутствие локального остеопороза).

У всех детей проведен анализ данных синовиоцитогаммы, анализировался клеточный состав синовиальной жидкости (СЖ), оценивались морфологические изменения цитоплазмы и клеточного ядра клеток синовиоцитов.

давление (ВД) оценивали визуально и путем измерения с использованием капилляра, градуированный в мм (300 мм), с оценкой результата измерения в мм вод. ст.

Результаты и обсуждение: В ходе изучения клиники артрита, обобщения лабораторных данных, показателей синовиоцитогаммы, иммунологических и инфекционных характеристик стало очевидным, что течение транзиторного синовита тазобедренного сустава у детей отличалось по тяжести клинического проявления суставного синдрома и исхода заболевания. Именно это обстоятельство побудило разработку принципов единого подхода в оценке тяжести детей с ТСТС.

При этом под тяжестью состояния детей с ТСТС мы понимаем не наличие интоксикации, которая отсутствовала у больных, а исключительно факт вероятного исхода транзиторного синовита тазобедренного сустава в одну из осложненных деструктивных форм поражения тазобедренного сустава. За основу построения шкалы оценки тяжести (ШОТ) взяли принципы оценки тяжести детей с травмой, разработанные J.J. Терус и соавт.

Структура ШОТ детей с ТСТС включала в себя обозначение 6 компонентов, наиболее значимых характеристик в отношении проявления течения синовита. Приоритет, по которому выбирался компонент шкалы, был выбран в результате анализа и расчетов, оцененных не менее чем у 98 %, чаще у 100 % больных. Каждый компонент выражался в цифрах в зависимости от его значения и тяжести течения синовита, от 1 балла при минимальных суставных изменениях и выше.

При проведении настоящего исследования и анализе всего комплекса данных, характеризующих функциональное состояние сустава, а также патогенеза синовита, исхода заболевания, у больных разного возраста были установлены различия по указанным параметрам. У

детей раннего возраста, при инфекционной форме поражения сустава, был наибольший процент деструктивных осложнений. Поэтому стало очевидным, что возраст детей может быть одним из маркеров тяжести детей с ТСТС и, следовательно, одним из компонентов в построении ШОТ.

Исследование СЖ проведено у 379 больных из 397 (95,5 %). У подавляющего числа больных с иммунной формой поражения ТС изменения СЖ отражали минимальные и умеренные суставные изменения, а у детей с инфекционной формой синовита — глубокие функциональные изменения сустава.

Безусловно, предложенное нами деление функционального нарушения сустава (минимальные, умеренные и глубокие), основанное лишь на степени реакции СЖ, в известной степени условно. Однако с учетом практически 100 % проведенного исследования синовиальной жидкости у больных и анализа воспалительного экссудата по клеткам крови (нейтрофилы, лимфоциты), данный компонент исследований может быть использован и включен в ШОТ в качестве объективного теста. Установлено, что в синовиальной жидкости пациентов инфекционной формы было истинное преобладание нейтрофилов над лимфоцитами по клеткам крови в синовиальной жидкости.

Другим критерием в формировании компонента ШОТ явились клиничко-функциональные суставные проявления острого периода синовита у больных с иммунной и инфекционной формами транзиторного синовита тазобедренного сустава. С учетом 100 % исследования функционального состояния тазобедренного сустава, объективности количественных измерений во всех клинических группах, эти параметры могут быть использованы в создании ШОТ в качестве объективного компонента.

Данные стандартной рентгенографии ТС косвенно указывают на характер продуктивного процесса. Расширение суставной щели свидетельствует о повышенном накоплении синовиальной жидкости и, следовательно, увеличении внутрисуставного давления (ВД). Расширение суставной щели в больном суставе отмечено у 34 больных из 72 (47,2 %) при инфекционной форме против 29,3 % больных с иммунной формой поражения сустава.

Кроме этого, при пункции тазобедренного сустава, на основании визуальной оценки, судили о повышении внутрисуставного давления. В

случае поступления воспалительного экссудата редкими каплями внутрисуставное давление было незначительным. Если воспалительный экссудат поступал из иглы частыми каплями или струей, внутрисуставное давление было высоким. Данные визуальной оценки нашли объективное подтверждение при прямой артроманометрии, проведенной у 126 больных в разных возрастных группах, при различных формах поражения сустава. Минимальным считаем ВД менее 30 мм вод. ст., а повышенным — ВД более 150 мм вод. ст.

Визуальную оценку проводили практически в 100 % случаев. Повышенное ВД коррелировало с клиническим проявлением синовита. У пациентов с высоким ВД клиника характеризовалась упорной и агрессивной артралгией. Именно поэтому оценка ВД может быть в структуре ШОТ в качестве одного из объективных компонентов в оценке тяжести больных с ТСТС.

Минимальное количество баллов (6) характеризуют удовлетворительное состояние больного, 6-18 баллов характеризуют среднетяжелое состояние, 18-29 баллов — тяжелое, 30 баллов — тяжелое с неблагоприятным прогнозом, более 30 баллов — состояние больных с деструкцией тазобедренного сустава.

Таким образом, при разработке ШОТ у больных с ТСТС мы использовали 6 компонентов, суммарная оценка которых в баллах отражает тяжесть состояния детей с синовитом. Балльная оценка в 30 баллов свидетельствует, прежде всего, о тяжести анатомо-функциональных нарушений ТС с реальной угрозой развития деструктивных осложнений.

При сумме 18-30 баллов по ШОТ программу обследования и лечения больных с ТСТС следует корректировать с учетом вероятного развития деструкции головки бедра. У таких пациентов необходимо проводить иммуногенетическое обследование и, при наличии HLA A1 и HLA B27, считать этих детей группой риска, проводить МРТ в первые три месяца от начала заболевания.

В комплекс общего лечения, наряду с назначением нимесулида, необходимо добавить пентоксифиллин в возрастной дозировке в течение трех недель, электрофорез с зуфиллином на поясничное утолщение, актовегин и витамины: В₁, В₁₂ в течение двух недель. Лечение детей группы риска должно носить курсовой характер и проводиться в отделении восстановительного лечения.

ТРИДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

В 1976 г. в областном онкологическом диспансере г. Кемерово было открыто отделение детской онкологии на 30 коек, как межобластной центр для региона Сибири, который продолжает функционировать в прежнем режиме.

Становление и совершенствование хирургической помощи детям с онкологической патологией тесно связано с кафедрой детских хирургических болезней КемГМА (зав. проф. В.Н. Семенов, доц. В.Н. Каркашин, проф. Ю.А. Атаманов) и кафедрой онкологии (зав. каф. проф. Б.М. Клячкин, доц. Ю.А. Магарилл).

С 1976 г. налажен учет онкологических больных детей в области. Выявлено, что заболеваемость составляет 12,5-14,5 на 100000 детского населения (по РФ – 16,5). Ежегодно число первично выявленных детей со злокачественными заболеваниями колеблется от 80 до 90 человек. Более половины из них требуют хирургического лечения.

По структуре онкологические заболевания распределяются следующим образом: гемобластозы – 48 %, солидные опухоли – 52 %. В группе гемобластозов преобладает лейкоз. Сольидные опухоли представлены: опухоли ЦНС – 14 %, нефробластомы – 9,4 %, нейрогенные – 5,9 %, кости – 5,4 %, раки – 6 %, другие – 11,3 %.

С момента открытия отделения выполнено 6520 операций. Из них, 20 % пациентов со злокачественными заболеваниями и у 70 % больных были доброкачественные опухоли. Диагностическая группа, неопухольевые больные составили 10 % от общего количества оперированных пациентов. Оперативная активность колебалась от 30 % до 44 % ко всем поступившим детям.

Хирургическое лечение злокачественных опухолей у детей сочетает принципы детской хирургии с постулатами онкологии, а именно – значительные размеры опухоли (нейрогенные, нефробластомы, тератоидные, опухоли печени) резко изменяют топографо-анатомические взаимоотношения органов и тканей в области операции, вызывая значительные трудности. В процессе оперативного лечения должна быть проведена максимальная ревизия очага, лимфоузлов, путей метастазирования, выполнена биопсия для морфологического уточнения диагноза и адекватной последующей химиолучевой терапии, возможности которых ежегодно расширяются, с появлением новых препаратов и протоколов лечения.

При нерадикальной операции обязательна биопсия очагов, клипсование размеров опухоли для планирования лучевой терапии.

Аналізу подвергнуты результаты хирургического лечения 720 детей с наиболее часто встречающимися онкологическими заболеваниями.

Лечение лимфогранулематоза проведено у 240 детей, из них у 126 больных было поражение лимфатических узлов средостения, у 114 пациентов процесс распространялся ниже диафрагмы. Возраст больных колебался от 3 до 18 лет.

У детей с поражением средостения хирургический этап включал биопсию периферических лимфоузлов (90 %), а у 10 % больных выполнена супраюгулярная медиастиномия или торакотомия. В связи с тем, что торакотомия является травматичным диагностическим вмешательством, эндоскопическая диагностика должна иметь преимущества у детей.

У других 114 больных, которые находились на лечении в 1976-1986 гг., диагностика и уточнение стадии основного заболевания проводилась хирургически, а именно, посредством диагностической лапаротомии, спленэктомии, биопсии печени и лимфоузлов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Оказалось, что поражение лимфатических узлов ниже диафрагмы было у 45 детей (39,4 %), у 21 больного (18,4 %) установлено поражение селезенки. По результатам лапаротомий, стадия процесса изменена на большую в 30 % случаев. В настоящее время показания к лапаротомии со спленэктомией сужены в связи с возможностью проведения УЗИ, КТ и МРТ. В то же время, морфологическое подтверждение остается за оперативными методами.

Оперативный этап лечения нефробластомы проведен у 138 больных с односторонним поражением почек.

Известно, что опухоли почек встречаются в 9,4 % случаев злокачественных новообразований. Общепризнанная комплексная терапия у детей, где хирургический этап является ведущим. Целесообразна трансперитонеальная нефруретерозэктомия, ревизия контрлатеральной почки, лимфоузлов брюшной полости и забрюшинного пространства, предотвращение разрыва опухоли, удаление почки с предварительной перевязкой почечной вены и маркировка ложа клипсами для последующего лучевого планирования.

Нами проведен анализ результатов лечения всех 138 больных в возрасте от 2 месяцев до 12 лет. Отдаленные результаты прослежены у всех оперированных детей. Выздоровление отмечено у 114 пациентов (82,6 %). Метастазы в разные сроки послеоперационного периода выявлены у 21 больного (15,2 %), Метастазы в легкие — у 6, метастазы в кости, печень, почки, мозг — у 10 больных, в мягкие ткани — у одного пациента. Продолженный рост в ложе отмечен у 6 детей. Установлено, что все 6 больных оперированы нерадикально из-за спонтанного разрыва опухоли до или во время операции. 66,6 % метастазов выявлены в течение первого года после нефрэктомии, 28,5 % — в течение второго года, и только один метастаз в печень — через 3 года. Таким образом, появление метастазов, продолженного роста и рецидива опухоли констатировано в первые 2 года после начала лечения, что следует учитывать при диспансерном наблюдении.

Среди опухолей щитовидной железы наиболее сложным для лечения является рак щитовидной железы (РЩЖ), который составляет 1-3 % от общего количества опухолей и 8-15 % от всех злокачественных поражений в области шеи.

Основным методом лечения РЩЖ является хирургический. Объем вмешательства зависит от стадии процесса. Оперативному лечению подвергнуто 135 детей с опухолями и опухолеподобными образованиями щитовидной железы детей в возрасте 3-17 лет. Заболеваемость оказалась наибольшей среди детей в возрасте 12-15 лет (68,2 %). Рак щитовидной железы диагностирован у 43 детей (32 %), доброкачественные опухоли — у 40 (30 %), опухолеподобные образования — у 52 (38 %). Выполнены операции: резекции доли — 6, гемитиреоидэктомия с перешейком — 21, субтотальная резекция — 9, тиреоидэктомия — 7. Метастазы в лимфоузлы имели 6 детей. Операции дополнялись лимфодиссекцией. У 3-х детей обнаружены метастазы в легкие, что потребовало лечения радиоактивным йодом. Все дети живы и здоровы на протяжении более 15 лет.

Опухоли половых органов у девочек наблюдали в 120 случаях, в возрасте от 1 года до 16 лет. По локализации преобладали опухоли

яичников — 101 человек (84,2 %). Доброкачественные опухоли — в 40 случаях (39,6 %), злокачественные — в 61 (60,4 %). Гистологическая природа опухолей яичников представлена разнообразно: серозные цистоаденомы — 19,2 %, муцинозные цистоаденомы — 1,6 %, зрелые тератомы — 17,3 %, дермоидные кистомы — 4,8 %. Злокачественные опухоли: пограничные муцинозно-папиллярные цистоаденомы — 1,6 %, тератобластомы — 25,4 %, эмбриональные карциномы — 9,5 %, дисгерминомы — 17,4 %, гранулезо-клеточная опухоль — 1,6 %, андробластома — 1,6 %.

Все больные с доброкачественными опухолями яичников лечились только хирургически (аднексэктомия) и выздоровели. По поводу злокачественных опухолей выполнены следующие оперативные вмешательства: односторонняя аднексэктомия — 43 больных, двухсторонняя аднексэктомия — 4 пациента, надвлагалищная ампутация матки с резекцией сальника — 2 ребенка, биопсия опухоли — 4 пациента. У 8 детей операции выполнялись по месту жительства. Объем последних уточнить не удалось.

Отдаленные результаты лечения прослежены у половины оперированных. Установлено, что 6 пациентов умерли в течение первого года после операции. Остальные живы на протяжении пяти и более лет.

Оперативное лечение по поводу опухолей грудной железы выполнено у 97 пациентов. Из них, 50 мальчиков и 47 девочек, в возрасте от 3-х до 18 лет. Мальчикам проведена простая мастэктомия по поводу гинекомастии. Все оперированные здоровы. Секторальные резекции выполнены 22 девочкам. Простая мастэктомия по поводу рака — у одного ребенка, 24 пациентам проведено иссечение фиброматозных узлов. Все дети здоровы на протяжении пяти и более лет.

Таким образом, анализ результатов тридцатилетнего хирургического лечения наиболее распространенных опухолей дает все основания для вывода, что в комплексном лечении детей с онкологическими заболеваниями хирургический этап является во многом определяющим в отношении прогноза выздоровления.

ГОЛОВКИНА Н.М., КОЛЕСНИКОВ Я.М., МАКИЕНКО А.В.

*Областной клинический онкологический диспансер,
г. Кемерово*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСОВ И МЕЛАНОМЫ У ДЕТЕЙ

До сих пор дискутируется тактика в отношении необходимости хирургического лечения пигментных невусов. На основании

наших данных мы пытались составить собственное представление о течении, исходах и лечении пигментных невусов и меланомы.

За период с 1976 г. по 2004 г. в отделении детской онкологии находились на лечении 901 ребенок с пигментными невусами и меланомой.

Поводом для госпитализации детей в отделение послужили жалобы на быстрый рост невуса, увеличение его плотности, часто в местах травматизации бельем; изменение внешнего вида (усиление или уменьшение пигментации), появление узкого, асимметричного венчика гиперемии вокруг невуса. Все дети жаловались на ощущение зуда, чувства жжения в области опухоли, и иногда на увеличение регионарных лимфоузлов, что чаще всего было связано с воспалительным компонентом. Локализация пигментных невусов у детей: лицо – 122 ребенка (14 %), шея – 108 (12,2 %), конечности – 125 (14,2 %), ягодицы – 47 (5,4 %), грудная клетка – 135 (15,4 %), спина – 184 (21 %), передняя брюшная стенка – 112 (12,8 %), волосистая часть головы – 44 (5 %). Наиболее часто (36,4 %) опухоль локализовалась на грудной клетке.

Из 901 больного с пигментными невусами меланома наблюдалась у 24 пациентов (2,7 %). Локализация меланомы: лицо – 5 больных (20,8 %), шея – 1 (4,2 %), туловище – 6 (25 %), промежность – 2 (8,3 %), конечности – 9 (37,5 %), ягодицы – 1 больной (4,2 %). Опухоль развивалась в возрасте от 1,5 до 16 лет. Глубина инвазии меланомы была оценена по Кларку: 1-2 уровень инвазии – 2 больных (8,3 %), 2-3 уровень – 6 пациентов (25 %), 3-4 уровень – 6 (25 %), 4 уровень – 5 (20,7 %), 5 уровень – 5 больных (21 %). Глубина инвазии меланомы свидетельствует об агрессивности опухолевого процесса. Полагаем, что возникновение меланомы на фоне невуса вовсе не обязательно сопровождается всеми вышеперечисленными симптомами, поэтому наличие даже одного или нескольких из них диктовало активную тактику.

Как известно, первоначально возникают лимфогенные метастазы меланомы, поражая регионарные лимфатические узлы и кожу. Отдельное метастазирование осуществляется гематогенным путем с преимущественным поражением легких, печени, мозга, сердца, костей скелета и других органов и тканей. Среди наблюдаемых нами больных метастазирование в регионарные лимфоузлы отмечено только у одного больного. Диагноз меланомы у 21 больного из 24-х подтвержден гистологически. У 3-х пациентов возникли трудности в диагностике, что потребовало верификации препаратов в НИИ ДО и ОГ ОНЦ РАМН. Диагноз меланомы был подтвержден.

До настоящего времени основным методом лечения пигментных невусов и меланомы у детей остается хирургический, особенно это касается локальных форм заболевания. Пигментный невус иссекается в пределах здоровых тканей, отступая на несколько миллиметров от его края. При затруднении в диагностике и подозрении на наличие меланомы, иссечение новообразования проводится более широко, с пластикой местными тканями.

Несмотря на агрессивность опухолевого процесса и наличие в одном наблюдении метастазов в регионарные лимфоузлы, у всех 24 детей получены хорошие результаты. Все дети живы. Рецидива заболевания и отдаленных метастазов не выявлено (сроки наблюдения – 2-15 лет).

Прослежена социальная адаптация у одной трети пациентов с меланомами. Все больные работают по выбранной специальности, женаты, замужем, имеют детей.

Таким образом, меланома у детей в большинстве случаев возникает на основе пигментных невусов. В связи с риском малигнизации, эти пациенты должны осматриваться и наблюдаться онкологом.

ГОЛОМИДОВ А.В.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Научные достижения в области перинатологии позволили в последнее десятилетие создать эффективные формы организации перинатальной помощи. Повсеместно отмечается радикальный подход и активное развитие детской хирургии и оперативной техники в отношении больных с врожденными пороками развития. Операционная травма и наркоз обязательно вызывают определенные сдвиги основ-

ных жизненно важных функций и систем детского организма. Степень и продолжительность этих нарушений зависят от исходного состояния ребенка, характера и травматичности вмешательства и наркоза, осложнений, возникающих как в процессе операции, так и после нее. Возникающие изменения можно характеризовать как симптомокомплекс «послеоперационной болезни» (Д.А. Грегори, 2003).

В отделениях интенсивной терапии младенцы с хирургической патологией постоянно подвергаются болезненным манипуляциям во время предоперационной подготовки, самого хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде. Особенности незрелой системы восприятия боли у новорожденных (низкий порог боли, длительная реакция на боль, перехлест рецепторных полей, более широкие рецепторные поля, незрелая система нисходящего контроля боли) обуславливают их более высокую чувствительность к боли. В настоящее время многочисленными исследованиями по нейроанатомии и нейрофизиологии установлено, что новорожденный ребенок, даже глубоко недоношенный, способен чувствовать боль, а здоровый доношенный новорожденный рождается биологически хорошо подготовленным к восприятию боли (Fitzgerald M., Beggs S., 2001). Катехоламиновый ответ на хирургический стресс у новорожденных детей более острый: катехоламиновый ответ быстрый, пик концентрации катехоламинов выше, и возвращение к норме наблюдается раньше, чем у взрослых пациентов (Vouwmeester N.J., Nor W.C.J., Tibboel D., 2001).

Последнее время, с увеличением опыта в хирургическом и неонатологическом лечении новорожденных с хирургической патологией, проблема смертности уходит на второй план. Особый интерес представляет изучение отдаленных исходов — дальнейшего развития детей, перенесших в периоде новорожденности хирургическую агрессию, их заболеваемости, качества жизни, и, в частности, нервно-психического развития.

Исследовано развитие 45 детей, рожденных при гестационном возрасте не менее 34 недель: 29 детей доношенных (64,4 %) и 16 детей недоношенных (35,6 %); 24 мальчика (53,3 %) и 21 девочка (46,7 %). Все дети в периоде новорожденности подвергались обширным и травматичным хирургическим вмешательствам. Основная патология, по поводу которой проведены хирургические операции: пороки развития пищевода — 8 детей (17,8 %), диафрагмальные грыжи — 3 (6,7 %), пороки развития брюшной стенки — 10 (22,2 %), врожденная кишечная непроходимость — 8 (17,8 %), пороки развития заднего прохода и прямой кишки — 7 (15,5 %), некротический энтероколит, осложненный перитонитом — 9 (20 %). Неврологическая патология в виде перинатального поражения ЦНС до операции выявлена у 14 детей (31,1 %), после операции — у 37 детей (82,2 %). Из исследования исключались дети, рожденные в тяжелой асфиксии. Соматическая патология у исследованных новорожденных была представлена РДС ново-

рожденного — 7 детей (15,6 %), пневмонией — 16 (35,6 %), сепсисом — 7 (15,6 %), конъюгационными желтухами — 11 детей (24,4 %).

Перед началом исследования точно устанавливался хронологический (паспортный) возраст ребенка. Возраст недоношенных детей корректировался с вычетом недостающего количества недель внутриутробной жизни, раньше которых ребенок родился до надлежащего срока доношенности.

Всем детям в возрасте 3-х лет проведена оценка нервно-психического развития по системе CAT/CLAMS (Т. Монтгомери, 1994). Путем сопоставления возраста развития с фактическим возрастом высчитывался коэффициент развития (равен отношению возраста развития к фактическому возрасту, умноженному на 100). Коэффициент развития (КР) высчитывался отдельно по разделу CAT (решение наглядных задач) и разделу CLAMS (решение речевых задач). Если КР был больше или равен 75, развитие ребенка оценивалось как нормальное. Снижение КР менее 75 определялось как отставание в развитии, несоответствие показателей КР в разделах CAT и CLAMS указывало на диссоциацию развития. Проведен анализ данных развития ребенка, острой заболеваемости, наличия фоновой патологии.

Нормальное нервно-психическое развитие в 3-летнем возрасте имели 14 детей (31,1 %), отставание в развитии — 27 (60 %), выраженную задержку развития — 4 ребенка (8,9 %). Сводный коэффициент психического развития CAT/CLAMS у детей, перенесших операционные травмы в периоде новорожденности, составил 75 %. С решением наглядных задач (CAT) соответственно своему возрасту справились 19 детей (42,2 %), задержка в развитии выявлена у 24 (53,3 %), выраженное отставание — у 2 детей (4,5 %). Худшие результаты получены при решении речевых задач (CLAMS). Соответственно своему возрасту с речевыми задачами справились 14 детей (31,1 %), задержка речевых функций выявлена у 21 ребенка (46,7 %), выраженное отставание — у 10 (22,2 %).

Полученные данные свидетельствуют об отставании нервно-психического развития у детей, перенесших операционные вмешательства. Обращает внимание значительно большее число детей с выраженным отставанием в речевом развитии. Для предотвращения неблагоприятных последствий хирургического и реанимационного стресса необходима оптимизация ведения новорожденных в периоперационном и периреанимационном периодах. Уменьшение факторов агрессии, по нашему мнению, не только способно повысить выживаемость новорожденных с хирургической патологией, но и увеличить число выживших с хорошим нервно-психическим исходом.

ГОРДЕЕВ С.М., КРАВЧЕНКО В.И., КУЗЬМИН И.В., КУЗЬМИН А.В.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ИММУНОСУПРЕССИИ И ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Применение иммуномодулирующей терапии при тяжелых хирургических инфекциях является дискуссионным. Показания разработаны для взрослых пациентов. В клинике детской хирургии осуществление иммунокоррекции при данной патологии даже не предусмотрено программой ОМС. За последние 3 года у нас накоплен некоторый опыт по применению иммунотерапии и оценке ее эффективности при лечении детей с различными формами перитонитов.

Для срочной оценки тяжести иммуносупрессии использовали данные абсолютного количества лимфоцитов, которые рассчитывались ежедневно у детей в возрасте от 4-х до 15 лет, находившихся на лечении в реанимационно-анестезиологическом отделении ДГКБ № 5 с осложненными формами острого аппендицита.

Исследованы показатели у 22 пациентов с общим перитонитом, которым проводились операции лапаротомии с оставлением лапаростомы. Последняя закрывалась при очередной ревизии брюшной полости. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – 10 больных с общим перитонитом, которым проводилась иммуномодуляция; 2-я группа (сравнения) – 10 детей, которым осуществлялось только традиционное лечение; 3-я группа – двое детей, у которых проведена лапароскопическая аппендэктомия и санация брюшной полости.

Показанием для назначения рекомбинантного дрожжевого интерлейкина-2 человека (ронколейкина) являлось снижение абсолютного количества лимфоцитов менее чем $1,4 \times 10^9/\text{л}$ (Протокол

9 съезда ассоциации анестезиологов и реаниматологов, сентябрь 2004 г). Ронколейкин назначался на 3-5-е сутки после операции из расчета 10000 на кг массы тела, внутривенно капельно, дважды с интервалом в одни сутки.

В 1-й группе абсолютное количество лимфоцитов на 3-5-е сутки после операции было снижено до 1,04-0,8; после проведения лечения, перед выпиской – 1,92. Во 2-й группе показатели составили, соответственно, 1,78-2,0 и 1,61, в 3-й – 0,82-1,36 и 2,9.

Выводы:

1. Абсолютная лимфоцитопения является критерием тяжести состояния больных с общим перитонитом.
2. Максимальное снижение абсолютного количества лимфоцитов отмечается в первые сутки после первой операции, во многом как результат операционного стресса.
3. Проведение иммунокоррекции при перитоните позволяет нормализовать абсолютное количество лимфоцитов к 10-м суткам и снизить количество повторных операций на 20 %.
4. При лапароскопической аппендэктомии и санации брюшной полости отмечается положительная динамика повышения абсолютного количества лимфоцитов с 1-х суток после операции. Предварительные результаты лапароскопии представляются перспективными и требуют дальнейшего изучения.
5. Применение иммунокорректирующей терапии экономически обосновано.

ДОНСКОВА Е.Ю., КОНЕВ А.М., ВЕРТЯЧИХ Т.Г., ШРАМКО В.В., ГИНЗБУРГ Б.Р.
*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПЕРИТОНИТА В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Программные положения по лечению перитонита остаются неизменными ряд десятилетий. Мы взяли за основу алго-

ритм, предложенный 9-м съездом анестезиологов-реаниматологов России, и дополнили его собственными предложениями, сделанными на



основе анализа лечения различных форм перитонита у детей в реанимационно-анестезиологическом отделении ДГКБ № 5 г. Кемерово за 2002-2004 гг.

Проанализированы 44 истории болезни. Дети в возрасте 1-12 месяцев составили 7,3 % (3 больных), 1-18 лет – 92,7 % (41 больной).

По тяжести гнойно-воспалительного процесса больные распределились следующим образом: перитонит (воспалительный очаг + 1 признак SIRS) – 33 больных (79,6 %), абдоминальный сепсис (воспалительный очаг + SIRS) – 6 (13,6 %), тяжелый сепсис (сепсис + ОН) – 3 больных (6,8 %).

В 36 случаях причиной перитонита (местного и общего) стал острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Среди других причин следует отметить острый сальпингит, ЯНЭК, язвенную болезнь желудка, травмы и ВПП кишечника.

Практически полное отсутствие больных с септическим шоком стало, на наш взгляд, большой заслугой хирургической службы, результатом настороженности сотрудников поликлиник и информированности родителей.

В контрольной группе (1996-1998 гг.) больные с септическим шоком составили 18 %.

Современный протокол интенсивной терапии перитонита основан на зависимости лечебной тактики от тяжести воспалительного процесса и представляет собой многоуровневую систему.

Протокол комплексного ведения больного с перитонитом в условиях РАО

Предоперационный период:

- лабораторное обследование;
- декомпрессия желудка;
- интенсивная терапия;
- коррекция гемодинамических нарушений (тяжелый сепсис);
- антибактериальная терапия;
- респираторная поддержка (сепсис, тяжелый сепсис);
- стресс-адаптация (тяжелый сепсис) – даларгин.

Послеоперационный период:

- лабораторное обследование, включая микробиологическое;
- антибактериальная терапия;
- интенсивная терапия;
- детоксикационная терапия;

- респираторная поддержка (сепсис, тяжелый сепсис);
- коррекция гемодинамических осложнений (сепсис, тяжелый сепсис);
- профилактика и коррекция тромбогеморрагических осложнений;
- иммунотерапия (тяжелый сепсис);
- антиоксиданты – мексидол;
- нутритивная поддержка;
- стресс-адаптация – даларгин;
- обезболивание.

Решающую роль в успешной терапии перитонита играет, на наш взгляд, адекватная антибактериальная терапия. С учетом возросшей активности Gr(-) флоры (до 43,4 %), появлением агрессивных ассоциаций и установленным фактом резистентности нашей флоры к незащищенным пенициллинам, гентамицину, цефалоспорином 1-го поколения, мы приняли следующий алгоритм АБТ:

Перитонит

Стандарт: Амоксиклав + амикацин; Цефтриаксон + метрогил.

Альтернатива: Ципрофлоксацин + метрогил.

Абдоминальный сепсис

Стандарт: Цефоперазон (сульбактам) монокурсом; Цефепим + метрогил.

Альтернатива: Карбапенемы; Ципрофлоксацин + метрогил.

Тяжелый сепсис

Стандарт: Карбапенемы.

Альтернатива: Цефоперазон (сульбактам); Цефепим + метрогил; Ванкомицин.

Оптимизация схемы лечения различных форм перитонита с учетом современных фармакологических разработок позволила избежать летальных исходов в группе детей от 1 месяца до 18 лет, находившихся на лечении в РАО в течение последних 7 лет.

Выводы:

1. Важнейшими факторами в успешной терапии гнойно-воспалительных заболеваний брюшной полости мы считаем грамотную хирургическую тактику (включая лапароскопический метод) и гибкую схему проведения АБТ.
2. Комплексная схема лечения позволила при ограниченных формах перитонита сократить среднее пребывание в РАО с 5 суток до 3-х суток, при септических формах – с 13-14 суток до 7-12 суток.

ДРУЖИНИН В.Г., ГЛУШКОВ А.Н., ШАБАЛДИН А.В.,
ЖИЛИНСКАЯ Н.К., НЕРСЕЯН С.Л.

*Кемеровский государственный университет,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово,
Институт экологии человека СО РАН,
г. Новосибирск*

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ В КУЗБАССЕ СИСТЕМЫ ПРЕВЕНТИВНОГО МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКЦИИ

Генетическое здоровье человека является одной из составляющих понятия «здоровье», а проблема сохранения генофонда — одной из важнейших в медицине. В нашей стране существует сеть специализированных медицинских служб, медико-генетических консультаций (МГК), призванных осуществлять диагностику и профилактику наследственно обусловленных форм патологии. Однако особенностью работы МГК является тот факт, что в подавляющем большинстве случаев консультативная помощь населению оказывается в связи с обращениями по уже имеющимся фактам наличия наследственного отягощения в семье, т.е. ретроспективно. Таким образом, фактически нереализуемым остается важнейший аспект проблемы сохранения генетического здоровья населения в части проспективной диагностики наследственно обусловленных форм патологии на донозологическом уровне.

Вышесказанное позволяет утверждать, что мониторинг генетических параметров здоровья является совершенно необходимым компонентом здоровьесберегающих технологий. Данный тезис относится практически ко всем группам населения репродуктивного возраста, однако особую актуальность он имеет применительно к молодому поколению, только вступающему в репродуктивный период.

В рамках указанного подхода впервые предлагается практическое использование совместного научного, кадрового и приборного потенциала образовательных, научных и лечебно-профилактических учреждений Кузбасса для решения проблемы оценки наследственной компоненты репродуктивного здоровья у школьников старших классов и студентов вузов. Основанием для этого, с одной стороны, является тот факт, что в подавляющем большинстве данный контингент представлен людьми, находящимися на начальных этапах репродуктивного периода, планирующими в будущем вступление в брак и рождение здорового потомства. С другой стороны, существование форм нарушения репродуктивной функ-

кции (бесплодие, самопроизвольные выкидыши и рождение детей с пороками развития), этиологически связанных с повреждением хромосомного аппарата, обуславливает необходимость превентивного выявления таких особенностей генотипа у лиц, планирующих деторождение.

Разработка и практическое внедрение системы профилактического генетического мониторинга состояния репродуктивного здоровья контингентов учащихся общеобразовательных школ и студентов вузов возможны на базе кафедры генетики Кемеровского государственного университета в сотрудничестве с Институтом экологии человека СО РАН, Медико-генетической консультацией при КОКБ и Перинатальным центром МУЗ ДГКБ № 5 г. Кемерово.

В результате функционирования данной системы будет оказана практическая консультативная медико-генетическая помощь представителям учащейся молодежи, планирующим в будущем вступление в брак и рождение здорового потомства. Основные направления работы можно представить как:

1. Организацию и проведение образовательных семинаров для контингентов учащейся молодежи по вопросам медико-генетического консультирования.
2. Формирование групп повышенного генетического риска нарушения репродуктивной функции для последующего индивидуального консультирования.
3. Индивидуальное проспективное медико-генетическое консультирование лиц из групп генетического риска нарушения репродукции, включающее клинико-генеалогический анализ, цитогенетический анализ хромосомного набора, пренатальную диагностику (по показаниям), врачебные рекомендации по планированию деторождения.

Следует отметить, что использование возможностей превентивной генетической диагностики в части выявления групп генетического риска для прогнозирования нарушений репродуктивной функции уже нашло широкое применение в ря-

де развитых стран с высокой степенью медико-генетической информированности населения.

С учетом сложной демографической ситуации в РФ и в Кузбассе, предлагаемый проект имеет высокую степень социальной значимости, т.к. его реализация приведет к снижению

уровня младенческой смертности и инвалидизации, уменьшению уровня генетически детерминированных репродуктивных потерь у взрослых, увеличению уровня информированности населения о генетическом здоровье и способах его сохранения.

ЖУК А.А.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ПРИМЕНЕНИЕ КЛАРИТРОМИЦИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БЕСПЛОДИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ИППП, У МУЖЧИН

В структуре бесплодного брака на долю мужского бесплодия приходится около 45 %, и в последнее время отмечается тенденция к его постоянному росту. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, за последние 50 лет концентрация сперматозоидов снизилась с 60 млн/мл до 20 млн/мл, что потребовало пересмотра нормальных показателей эякулята. Одной из причин прогрессивного увеличения частоты мужского бесплодия является несвоевременное или недостаточно эффективное лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), поскольку генитальные инфекции у мужчин создают угрозу для репродуктивной функции. С одной стороны, ИППП и их осложнения занимают одно из ведущих мест среди причин бесплодия, а с другой, они хорошо поддаются лечению эффективными антибактериальными препаратами.

Проблема заключается в выборе эффективного средства и дозировки, что зачастую является нелегкой задачей, учитывая значительное количество фальсифицированных препаратов, наводнивших российский фармацевтический рынок.

Каков механизм возникновения бесплодия у мужчин при наличии инфекций, передающихся половым путем? Во-первых, любой воспалительный процесс с вовлечением нижних отделов мочеполовой системы может вызывать обструкцию семявыносящих протоков. Во-вторых, воспалительный процесс приводит к изменению pH эякулята со сдвигом в щелочную сторону, агглютинации сперматозоидов и нарушению их подвижности, вплоть до тотальной некроспермии. В-третьих, воспалительный процесс вызывает в организме женщины местную иммунную реакцию с образованием специфических иммобилизирующих и агглютинирующих антител.

Материал и методы исследования: Среди мужчин, наблюдаемых в Кемеровской областной службой охраны репродуктивного здоровья по поводу бесплодия, на долю мужчин с бесплоди-

ем, обусловленным воспалительными процессами нижних отделов мочеполового тракта, приходится до 80 %.

На этапе диагностического поиска всем пациентам был проведен двукратный анализ эякулята. У всех были обнаружены характерные однотипные изменения в анализах спермограммы, свидетельствующие о наличии воспалительного процесса (пиоспермия, гемоспермия, наличие слизи и сперрагглютинации). Всем пациентам была проведена диагностика возбудителей воспаления с помощью метода полимеразной цепной реакции и бактериологическое исследование по методике Мак-Каллах-Айинде. В качестве биологического субстрата для исследования явились соскоб со слизистой уретры и секрет предстательной железы. В 72 % случаев имела место ассоциация нескольких возбудителей, в 28 % — моноинфекция: в 4 % — *Chlamydia trachomatis*, в 14 % — *Ureaplasma urealyticum*, в 10 % — *Mycoplasma hominis/genitalium*.

На основании результатов обследования, всем пациентам был выставлен диагноз бесплодия на фоне воспаления, вызванного конкретным возбудителем. Примечательно, что среди пациентов, обратившихся в наш центр, ни у одного из мужчин не было яркой клинической картины, свидетельствующей о наличии генитальной инфекции. Ведущей жалобой при обращении являлось бесплодие.

Препарат Кларитромицин применялся в лечении 100 пациентов, обратившихся по поводу бесплодия в браке, с длительностью последнего от 1 года до 5,5 лет (в среднем, $3,7 \pm 1,4$ года), в дозировке 500 мг два раза в день в течение 14 дней. Параллельно, по рекомендациям НИИ урологии МЗ РФ, назначались иммуномодуляторы, антиоксиданты, $\alpha 1$ -адреноблокаторы, комплексы витаминов и минералов, эупростатотрофы. Методы физиотерапевтического воздействия в данной группе сознательно не использовались.

Результаты исследования: У всех пациентов с *Mycoplasma hominis/genitalium* наблюдалась астенозооспермия. Известно, что *Mycoplasma*

та обладает выраженной способностью абсорбироваться на клетках, поэтому нельзя исключить возможность ее абсорбции на головке или средней части сперматозоида, что и приводит к снижению подвижности, и, следовательно, оплодотворяющей способности сперматозоидов.

У 75 % пациентов с *Chlamydia trachomatis* наблюдалась астенотератозооспермия, причем патологические формы сперматозоидов составляли более 80 %. Доказано, что хламидии могут прочно прикрепляться к наружной мембране сперматозоида в области головки, шейки и проксимального отдела хвоста. Тесный контакт хламидии с акросомой половой клетки приводит к морфологическим изменениям акросомы. Также доказана возможность проникновения элементарных телец хламидии в цитоплазму сперматозоида в местах локального разрыва наружной мембраны. В 50 % случаев у пациентов с наличием генитальной инфекции мы наблюдали легкий блок сперматогенеза на стадиях профазы I мейоза. У ряда пациентов отмечались конгломераты лейкоцитов со сперматозоидами и агглютинация сперматозоидов.

В нашем исследовании преобладающими возбудителями, встречающимися у мужчин с бесплодием в 86 % случаев, являются *Chlamydia*, *Ureaplasma* и *Mycoplasma*. Наиболее эффективными препаратами для лечения этих возбудителей считаются антибиотики различных классов, тетрациклинового ряда и макролиды. Однако препараты тетрациклинового ряда оказывают бактериостатическое действие, а также известно, что они негативно влияют на сперматогенез за счет снижения на 20 % секреции тестостерона, поэтому препаратами выбора у мужчин с бесплодием, обусловленным ИППП, являются макролиды.

Все пациенты получали кларитромицин — антибактериальный препарат из класса макролидов, оказывающий бактерицидное и бактериостатическое действие, имеющий широкий спектр активности, в том числе активность в отношении грамположительных аэробных кокков (*Staphylococcus*, *Streptococcus*), грамотрицательных аэробных кокков (*Neisseria gonorrhoeae*), аэробных бактерий, а также *Chlamydia*, *Mycoplasma* и др. Кларитроми-

цин быстро абсорбируется из желудочно-кишечного тракта после перорального приема и имеет пик концентрации в сыворотке крови примерно через один час после приема препарата, период полувыведения составляет около 6 часов. Кларитромицин имеет более благоприятный профиль безопасности, по сравнению с другими макролидами. Он вызывает гораздо меньше побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта. Объясняется это особенностями метаболизма препарата.

Кларитромицин применялся в дозе 500 мг 2 раза в сутки, а в случаях выраженной олиоспермии комбинировался с Ципринолом. Выраженных побочных явлений не отмечено, у 2-х пациентов на 10-й день приема препарата наблюдалась аллергическая реакция в виде точечных папулезных высыпаний в области локтевых суставов, купирующаяся приемом антигистаминных препаратов, что соответствовало частоте и проявлениям побочных эффектов, объявленных производителем.

При повторном проведении диагностики уретральной флоры с помощью ПЦР (через 1 и 3 месяца после окончания лечения), положительный результат был достигнут у 98 пациентов. У 2 пациентов, которым дополнительно определяли чувствительность флоры к антибактериальным препаратам, установлена нечувствительность ко многим препаратам, в том числе и к макролидам (в анамнезе имело место неоднократное бесконтрольное применение антибиотиков по поводу ИППП).

Через 3 месяца после окончания антибактериальной терапии (с учетом 76-дневного цикла развития сперматозоидов), астенозооспермия сохранялась всего у 17 % пациентов, что, на наш взгляд, может быть объяснено глубокими изменениями в структуре простато-везикулярного комплекса, требующими проведения дополнительной реабилитационной терапии.

Таким образом, проведенное исследование показало, что Кларитромицин является высокоэффективным препаратом для лечения смешанной инфекции урогенитального тракта у мужчин, не оказывающим токсического действия на сперматогенез, и его можно широко использовать для лечения бесплодия.

ЗАСЕЛЯЕВА Н.Д., БОЯРСКАЯ А.В.
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово

ПРОБЛЕМЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В БОРЬБЕ С ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

В последние годы проблема инфекционной безопасности и инфекционного контроля волнует специалистов сестринского дела

разных стран, в том числе и нашей. Высокий, все возрастающий интерес к госпитальной инфекции связан с обострением старых и возник-

новением новых проблем в оказании диагностической и лечебной помощи населению.

ДГКБ № 5 оказывает экстренную и плановую медицинскую помощь и рассчитана на 515 коек. В своем составе имеет родильный дом, детский стационар и консультативную поликлинику на 300 посещений в смену. Ежегодно госпитализируется до 9 тысяч детей, проводится более трех тысяч операций. В травмпункт за помощью обращаются до 30 тысяч детей.

Одним из основных показателей работы больницы является уровень и динамика внутрибольничной инфекционной заболеваемости. Период 2002-2004 гг. был, в целом, эпидемиологически благополучным для больницы. Показатели внутрибольничной заболеваемости в стационаре (на 1000 госпитализаций) — от 1,0 до 0,8 в 2004 году. Многолетняя динамика внутрибольничной заболеваемости в стационаре показывает уверенную тенденцию к снижению внутрибольничного заражения, хотя количество заносов традиционными инфекциями с годами увеличивается.

Заносы, дающие распространение в больнице имеют место.

Так, в динамике за 3 года процент распространения занесенных инфекций составил: 2002 г. — 2,3 % Coli O43-1, 2003 г. — 10,3 % бактерионосительство Coli O20, 2004 г. — 3 % ветряная оспа.

Структура заносов в большей степени представлена кишечными инфекциями, в т.ч. сальмонеллезом, от 61,6 % в 2002 г. до 33,3 % в 2004 г., и воздушно-капельными инфекциями — от 18 % в 2002 г. до 28,6 % в 2004 году.

Структура внутрибольничной заболеваемости по стационару на 1000 госпитализированных следующая: Coli-инфекция снизилась с 0,5 (2002 г.) до 0 (2004 г.), КИНЭ — с 0,5 (2002 г.) до 0,23 (2004 г.), ветряная оспа — с 0,12 (2002 г.) до 0,35 (2004 г.).

Оценивая структуру внутрибольничной заболеваемости в нашем стационаре, следует отметить, что около 50 % приходится на острые кишечные инфекции и столько же на воздушно-капельные детские инфекции.

Добиться динамического снижения внутрибольничной заболеваемости удалось благодаря оптимизации системы эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями; организации санитарно-эпидемиологического режима путем постоянного мониторинга за эпидемиическим процессом, выявления предвестников эпидемиологического неблагополучия; повышению эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, за счет внедрения в практику современных малотоксичных экологически безопасных средств для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.

Одним из главных направлений по контролю дезинфекционно-стерилизационных мероприятий является мониторинговое лабораторное слежение за состоянием микробного пейзажа внешней среды отделений и состояние стерильности используемых материалов и инструментов.

Дезинфекционные мероприятия по больнице проводятся централизованно, обученными дезинфекторами, в соответствии с графиком плановых дезинфекций, утвержденным директором клиники.

Контроль качества стерильности проводится на всех этапах, начиная с подготовки объекта к стерилизации, до использования стерильного материала. Ежегодно на стерильность исследуются до 1000 проб.

Для более качественной дезинфекции и мытья медицинского инструментария приобретены установка медицинская электро-химическая «КронТ-ЭКО-50», контейнеры на тележке КДС-35, опрыскиватели «Квазар», УЗО-05-01 для дезинфекции и предстерилизационной обработки. Контроль качества дезинфекционных мероприятий проводится визуально, а также с лабораторным мониторингом, в среднем в год на ОМО отбираются до 5 тысяч проб.

Процент неудовлетворительных смывов в динамике за последние 3 года несколько снизился, с 3,8 % в 2002 г. до 3,5 % (2004 г.). Анализ микробного пейзажа отделений в динамике за 3 года показывает стабильное соотношение патогенной и условно патогенной флоры.

Увеличение высеваемости синегнойной палочки во внешней среде отделений, в основном, за счет отделений патологии новорожденных и реанимации, т.к. в эти отделения поступают новорожденные дети с данной микрофлорой и, соответственно, при элементарном нарушении санитарно-эпидемиологического режима происходит загрязнение внешней среды отделений.

Проведение дезинфекционно-стерилизационных мероприятий в стационаре ложится, преимущественно, на медицинских сестер. От уровня профессиональной дисциплины и знаний зависит выполнение ими всех мероприятий, необходимых для предупреждения возникновения инфекций в стационаре, поэтому обучению сестринских кадров уделяется много внимания.

Проводятся семинарские занятия с участием госпитального эпидемиолога по вопросам порядка действий медсестры при выявлении ТОРС в ЛПУ, неотложных мер на случай выявления больного ООИ, дифтерией, профилактики заражения ВИЧ-инфекцией и другим актуальным темам. В течение года проводятся зачеты на рабочих местах, с практическим действием врачомно-

го и сестринского персонала специально созданной по ЛПУ комиссией. Организованы ежедневные дежурства старших медицинских сестер и старших акушерок в вечернее время и выходные дни.

На базе нашей библиотеки организован стенд «Организация сестринской деятельности», где представлены разделы ухода за пациентами с учетом современных санитарно-гигиенических требований.

В целях систематического обучения сотрудников и контроля их знаний по вопросам санитарно-эпидемиологического режима, на основе действующих приказов, разработаны вопросы и

правильные ответы на них. Два раза в год комиссией принимаются зачеты по данным вопросам.

Разработаны инструктивно-методические пособия по уходу за новорожденным на утреннем обходе, режиму обработки бутылочек и сосок для кормления детей до 1 года, обработке электронных термометров, режимам обработки наркозно-дыхательной аппаратуры и другие.

Нами представлена только часть мероприятий, которые проводятся в нашем учреждении. Одна из целей, стоящая перед коллективом, — обеспечение инфекционной безопасности медицинского персонала и пациента.

ЗЫКОВА Т.А., КАРПОВА Н.К., МАЛЫШЕНКО Н.В.
МУЗ Детская клиническая больница № 2,
г. Кемерово

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВУШЕК РУДНИЧНОГО РАЙОНА Г. КЕМЕРОВО

Результаты комплексного изучения состояния здоровья учащихся общеобразовательных школ свидетельствуют о нарастающем его ухудшении. Сложившаяся ситуация требует более активных мер профилактики заболеваний среди школьников. Мы изучили состояние здоровья 2046 девушек старше 15 лет, находящихся под наблюдением врача подросткового кабинета за период 2002-2004 гг., для обеспечения целенаправленной оздоровительной помощи.

Комплексное обследование выявило у большинства из них (340 чел. — 16,6 %) хронические заболевания верхнего отдела пищеварительного тракта (гастриты, дуодениты, гастродуодениты), причем отмечается рост данной патологии в 2004 году (20 %, $p > 0,05$). Второе место заняли отклонения со стороны опорно-двигательного аппарата (288 чел. — 14,1 %) в виде нарушений осанки, сколиоза, юношеского остеохондроза. На третьем месте в структуре заболеваемости (по данным профилактических осмотров и обращаемости) выявлены отклонения со стороны вегетативной нервной системы (вегето-сосудистая дистония), регистрируемые у 269 девушек (13,1 %). Заболевания глаз (миопия, гиперметропия и др.) имели место у 11 % девушек. Остальная патология (бронхиальная астма, сахарный диабет, врожденные пороки развития, хронический пиелонефрит и т.д.) не превышала уровень 2-3 %.

Мы также провели анализ частоты экстрагенитальной патологии среди женщин в возрасте до 30 лет, наблюдавшихся по поводу беременности. Ведущими отклонениями в состоянии здоровья у женщин в этот период были железодефицитная анемия — 47,6 %, хронический пиелонефрит — 18,2 %, хронический гастрит (гастродуоденит) — 17 %, ВСД — 15 %. Следует обратить внимание на примерно одинаковый уровень распространенности хронических гастродуоденитов и ВСД у девушек и беременных женщин.

Профилактическая деятельность подросткового врача включает проведение циклов лекций и практических занятий с подростками и их родителями по созданию здорового образа жизни, организацию оздоровительных мероприятий. За изучаемый период восстановительное лечение в загородных и городских лагерях, санаториях получили 745 девушек (36,4 %). В дальнейшем планируется улучшить качество медицинской помощи и охватить оздоровительными мероприятиями большее число подростков.

Таким образом, необходимо направить усилия на комплексное проведение мероприятий по первичной профилактике заболеваний (прежде всего ВСД, ХГД), коррекции состояний риска, а также предупреждение рецидивов и осложнений хронической патологии.

ИВАННИКОВА О.Э.

МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ОПЫТ ВЫХАЖИВАНИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Вопросы выхаживания экстремально недоношенных детей сегодня остаются чрезвычайно актуальными в связи с высокой летальностью и высоким уровнем инвалидизации этой категории новорожденных. До настоящего времени в Кемеровской области случаи выхаживания таких детей являются единичными.

На базе Родильного дома Городской клинической больницы им. М.А. Подгорбунского проведено наблюдение за 42 новорожденными, имевшими при рождении массу тела менее 1000 г (от 530 г до 1000 г). Дети родились при сроке беременности от 25 до 29 недель.

Все дети с экстремально низкой массой тела родились от патологически протекавшей беременности. Наиболее частой патологией были персистирующая угроза прерывания (66,6 %), тяжелый гестоз (59,5 %), инфекция мочеполовой сферы (69 %), 16,6 % женщин во время беременности не находились под медицинским наблюдением.

У 40,5 % женщин настоящие роды были первыми, у 59,5 % — повторными. В 47,6 % случаев течение родов было быстрым или стремительным. В 30,9 % случаев роды происходили на фоне частичной отслойки нормально расположенной плаценты, в 26,2 % случаев — на фоне преэклампсии, в связи с этим осуществлялось родоразрешение путем кесарева сечения (45,2 %). Профилактика СДР у плода с помощью дексаметазона проводилась у 57,1 % женщин.

При рождении у 69 % детей имела место тяжелая асфиксия, у 31 % — умеренная. Синдром дыхательных расстройств отмечался у всех новорожденных: оценку по Сильверману 4-5 баллов имели 19 % детей, 5-6 баллов — 57 %, 7-8 баллов — 24 %. Первичная реанимация включала интубацию трахеи, санацию трахеобронхиального дерева, ИВЛ мешком «Ambu» с подачей увлажненного кислорода. Дети принимались в теплые пеленки, реанимационные мероприятия оказывались под источником лучистого тепла. С целью предупреждения переохлаждения, перевод в реанимационную палату осуществлялся в первые 10 минут жизни.

В реанимационной палате новорожденные помещались в заранее подготовленные кувезы (t° воздуха 38-38,5 $^{\circ}$ C), осуществлялось проведение аппаратной ИВЛ. Начальные параметры ИВЛ: ЧД 60 в мин., PiP — 12-20 см вод. ст., $PeEP$ — 2 см вод. ст., Tin — 0,4-0,5 сек., FiO_2 — 80-100 %. Перевод в режим нормовентиляции и снижение концентрации кислорода осуществлялись под

контролем КЩС, пульсоксиметра. Всем детям проводился мониторинговый контроль: ЧСС, АД, $SatO_2$, t° тела. В среднем на 4-5 сутки дети переводились в режим IMW, на 7-8 день экстубировались, после чего получали увлажненный кислород в палатке (3-5 литров в мин.).

Применение отечественного сурфактанта VL у экстремально недоношенных детей не нашло поддержки в нашем родильном доме. Препарат, в соответствии с инструкцией, вводился эндотрахеально капельно, за 60-90 минут, в дозе 75 мг/кг. Из четырех детей, которым был введен сурфактант VL, у двух детей произошел пневмоторакс, у трех развилось внутрижелудочковое кровоизлияние, у всех отмечалось падение артериального давления.

В 2005 году для лечения синдрома дыхательных расстройств начато использование препарата «Куросурф» в дозе 100 мг/кг, болюсно (медленно). При применении данного препарата отмечается быстрый положительный эффект (в первые 30 минут удается значительно снизить PiP и FiO_2). Препарат применен у 4-х новорожденных, осложнений не отмечалось, сокращалось время пребывания детей на ИВЛ (до 4-5 суток).

Огромную проблему в выхаживании экстремально недоношенных новорожденных представляет поддержание температуры тела. Для уменьшения теплоотдачи, кувезы снаружи подогревались источниками лучистого тепла, дети помещались в кислородную палатку, им одевались шапочки и носочки. С целью предотвращения теплопотерь, все манипуляции сводились к минимуму.

В первые 2-3 суток практически у всех экстремально недоношенных новорожденных отмечалась клиника гиповолемии, у 38 % имел место гиповолемический шок. В связи с этим, проводилась трансфузия свежезамороженной плазмы из расчета 15-20 мл/кг. 42,8 % детей получали дофаминотерапию (2,5-5 мкг/кг в мин.). В первые сутки объем инфузии составлял 40-60 мл/кг, инфузия проводилась под контролем массы тела (каждые 12 часов), диуреза, артериального давления.

У 31 % новорожденных на 4-5 сутки развился синдром внутречерепной гипертензии, с диагностической целью им проводилась люмбальная пункция. В случае выявления ВЖК осуществлялись повторные люмбальные пункции, через 2-3 суток, до санации ликвора.

Медикаментозная терапия включала назначение антибиотиков, препаратами выбора были це-

фазолин и аминогликозид (нетилмицин или гентамицин). При необходимости второго курса, как правило, использовался цефтриаксон. При наличии ВЖК, в связи с высоким риском развития гнойного венитрикулита, цефтриаксон назначался сразу после его выявления.

С целью профилактики геморрагической болезни, всем детям вводился викасол, однократно, в первые сутки. Для ускорения созревания сурфактанта, в первые 3-5 суток назначался амбробене (10-15 мг/кг в сутки). Проводилась коррекция гипокальциемии, гипокалиемии, гипогликемии. С 8-х суток жизни назначалась ноотропная терапия — пирацетам. Болюсное введение препаратов было сведено к минимуму. С первых суток и до становления самостоятельного отхождения стула проводились очистительные клизмы.

Энтеральное питание начиналось со вторых суток. Проводилась проба с дистиллированной водой, затем 3-4 кормления 5 % раствором глюкозы, при усвоении воды и раствора глюкозы

осуществлялся переход на сцеженное грудное молоко (нативное, термически необработанное). Объем разового кормления увеличивался постепенно, под контролем остаточного объема. На зондовом кормлении дети находились, в среднем, 20-30 суток, до купирования ДН.

После стабилизации состояния новорожденные переводились на второй этап выхаживания, в отделение патологии новорожденных. Средняя длительность пребывания в родильном доме у выживших детей составила 29 дней. Из 42 детей выжили 21, в том числе в группе детей с массой 500-750 г — 4, в группе детей 750-1000 г — 17. Показатель летальности составил 50 % (в группе детей с массой 500-750 г — 66,6 %, в группе детей с массой 750-1000 г — 47,2 %). Перевод экстремально недоношенного ребенка в другое лечебное учреждение в более ранние сроки, до 10-14 дней, мы считаем нерациональным, так как это повышает опасность развития внутрижелудочковых кровоизлияний и ухудшает исходы.

ИГИШЕВА Л.Н., ТЕПЛЯКОВА Л.Ф., АЛЕКСЕЕВА А.Д.,
ГОНЧАРЕВСКАЯ В.В., БОЛДЫРЕВА Е.Н., ЗВОНКОВА А.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

К ВОПРОСУ О ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Сахарный диабет является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний. У детей и подростков чаще встречается инсулинзависимый сахарный диабет (ИЗСД). Диабетический кетоацидоз (ДКА) занимает первое место среди осложнений (ИЗСД) у детей. Очень часто ИЗСД начинается с этого неотложного состояния, появляется внезапно и неожиданно. Недостаток инсулина из-за иммунного поражения островков Лангерганса поджелудочной железы приводит к гипергликемии, которая, достигнув почечного порога, вызывает глюкозурию. Глюкоза является осмодиуретиком и повышение ее концентрации в моче вызывает полиурию с последующей жаждой и частым и обильным питьем. Снижение утилизации глюкозы приводит к метаболическим нарушениям, ацидозу, дегидратации, потере веса. Если медицинская помощь запаздывает или она неадекватная, то развивается диабетическая кома и больной погибает.

Диагностика и лечение ДКА остается до настоящего времени сложной проблемой. При выведе-

нии больного из ДКА у врача практически всегда возникают вопросы, на которые в литературе нет однозначных ответов. В связи с этим, мы провели настоящее исследование, целью которого являлось изучить диагностику ИЗСД у детей в г. Кемерово и выявить особенности течения ДКА для оптимизации лечения.

Были проанализированы 43 случая ИЗСД у детей и подростков, госпитализированных в приемно-диагностическое отделение Детской многопрофильной больницы в 1999 и 2003 годах по поводу впервые выявленного заболевания. Всего в г. Кемерово за этот период был диагностирован 41 случай ИЗСД (двум детям оказывалась помощь в другом медицинском учреждении). Выявлено, что все дети и подростки были доставлены с явной клиникой ИЗСД, у них отмечались похудание, полиурия, полидипсия, полифагия. При этом у подавляющего большинства (90 %) был тяжелый кетоацидоз. Только в 4-х случаях кетоны в моче не были обнаружены.

Необходимо отметить, что зачастую дети с типичными клинико-анамнестическими признаками

первоначально доставлялись в стационары различного профиля, где лечились по поводу других заболеваний, где отрицательная динамика и лабораторные данные заставляли заподозрить ИЗСД. Так, 25 % пациентов были переведены из различных больниц города, где с типичными симптомами сахарного диабета и кетоацидоза получали лечение по поводу обструктивного бронхита, гастродуоденита, кишечной инфекции и др.

Особое место среди анализируемых случаев занимают трое детей, у которых ИЗСД осложнился кетоацидотической комой. Девочка 11 лет была доставлена из детской больницы в ночное время, дежурного врача смутил невысокий уровень гликемии (10 ммоль/л) и была отсрочена инсулинотерапия, поздняя диагностика и неадекватная терапия на начальных этапах способствовали развитию тяжелого состояния. Ребенок 8 лет лечился всю ночь в другом детском стационаре по поводу обострения хронического гастродуоденита в сочетании с обструктивным бронхитом. Вводился преднизолон, проводилась инфузионная терапия глюкозой. Утром пациент без сознания доставлен в реанимационное отделение, в дальнейшем у нее развилась прerenальная почечная недостаточность. Девочка 12 лет лечилась под наблюдением участкового врача по поводу фолликулярной ангины. Эффекта от лечения не было, прогрессировала слабость, появилась сонливость. Потеря сознания была поводом для вызова скорой помощи, врач которой, оказав неотложную помощь (внутривенное введение 40 мл 40 % глюкозы), доставил больную в реанимационное отделение, где девочка долго лечилась по поводу ИЗСД и сепсиса. Запоздалая диагностика ИЗСД, неадекватная терапия в дебюте и присоединение инфекции способствовали развитию кетоацидотической комы.

Анализ случаев впервые выявленного ИЗСД показал, что большинство пациентов были препубертатного (8-11 лет) и пубертатного возраста (12-14 лет). В возрасте 3-6 лет были 6 детей, до 3-х лет – четверо. Это совпало с данными литературы, где указывается, что манифестация происходит, преимущественно, в указанные этапы онтогенеза. Также выявлено, что детей 3-7 лет и у подростков при тяжелом кетоацидозе наиболее характерен невысокий уровень гликемии (8-14 ммоль/л). В Консенсусе по основным принципам лечения больных ИЗСД детей и подростков одним из лабораторных критериев диабетического кетоацидоза является гликемия более 15 ммоль/л. Лабораторные данные наших больных свидетельствовали о том, что уровень гликемии может быть самым различным. Относительно невысокие уровни гликемии, по нашему мнению, являются признаком глубины метаболических расстройств, поскольку при таком

уровне гликемии коррекция кетоацидоза требовала более длительного времени.

Инсулинотерапия осуществлялась несколькими способами: в/в струйно (16 случаев), в/в капельно (6 случаев), через инфузомат (14 случаев), подкожно (5 детей). При анализе динамики метаболических параметров при лечении кетоацидоза было замечено, что непрерывная инфузия малых доз инсулина (через инфузомат) является наиболее оптимальной. При указанном способе введения инсулина отсутствовали резкие колебания уровня глюкозы. А если они отмечались, то это было обусловлено введением неадекватной инфузионной среды (0,9 % р-р хлорида натрия вместо 5-10 % р-р глюкозы) или отсутствовало необходимое уменьшение скорости введения инсулина при купировании ацидоза.

Самые большие колебания сахара крови наблюдались при в/венном капельном введении инсулина. Это еще раз подтверждает, что оптимальным режимом инсулинотерапии является непрерывная инфузия малых доз инсулина, осуществить такой режим возможно, используя инфузомат. При несоблюдении указанных условий уровень глюкозы у части больных (6 случаев) резко снижался. Гипогликемия запускала выброс контринсулярных гормонов, которые вновь повышали уровень глюкозы и включали кетогенез.

Объем вводимой жидкости за первый час составил около 7 мл/кг, это говорило о том, что дети за первый час жидкость недополучали (рекомендуется 10-15 мл/час, не более 500 мл). В последующем больные получили приблизительно 85 мл/кг сутки, что также ниже рекомендуемых объемов. Инфузия калия проводилась практически всем больным, составляла от 0,5 до 1,4 ммоль/кг в сутки (рекомендуемая доза составляет 3-5 ммоль/кг в сутки). Поскольку кетоацидоз сопровождается тяжелым дефицитом калия, его уровень должен поддерживаться 4-5 ммоль/л. У наших пациентов этот параметр контролировался не у всех больных. Отсутствие контроля, по-видимому, сдерживало увеличение дозы до необходимой. Бикарбонат натрия вводился только двум больным при рН 6,9, около 100 мл. Такая тактика адекватна, так как дети лучше переносят ацидоз, чем взрослые, и сама инсулинотерапия оказывает антиацидотическое действие. Поэтому бикарбонат назначается в случаях ацидоза, угрожаемого для жизни.

Таким образом, настороженность педиатров в отношении ИЗСД не достаточная, что приводит к поздней диагностике этого заболевания и развитию его тяжелого осложнения кетоацидоза. Необходимо помнить, что чаще всего ИЗСД манифестирует в раннем дошкольном и подростковом возрастном периодах. Уровень гликемии при кетоацидозе может быть самый различный,

при оказании помощи это не должно менять тактику инсулинотерапии, которая должна проводиться непрерывной в/венной инфузией малыми дозами. Объем инфузионной терапии и ее качественный состав должны строго соответствовать потребности и метаболическим параметрам.

Бикарбонат натрия необходимо применять в ацидозе, угрожаемом для жизни.

Важно постоянно проводить работу среди педиатров по повышению уровня знаний и совершенствованию навыков диагностики ИЗСД и ДКА.

ИГИШЕВА Л.Н., ВИНИЧЕНКО С.Н., КУЛЬЧИЦКАЯ Н.Г.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭКСТРАСИСТОЛИЙ У ДЕТЕЙ

Среди нарушений ритма сердца у детей экстрасистолии занимают особое место в силу распространенности, на их долю приходится 50-55 % всех аритмий. Кроме того, экстрасистолии могут являться пусковым механизмом в возникновении жизнеугрожающих аритмий у детей. А при длительном течении, приводят к развитию аритмогенной дилатационной кардиомиопатии с недостаточностью кровообращения.

Проблема тактики ведения пациентов с экстрасистолиями является актуальной до настоящего времени, в педиатрии и кардиологии. Это побудило провести настоящее исследование, цель которого заключалась в выявлении клинико-электрофизиологических особенностей течения экстрасистолий у детей, оценке эффективности проводимой терапии для совершенствования лечебных мероприятий.

Было изучено 24 случая экстрасистолий у детей в возрасте от 1 месяца до 16 лет, госпитализированных в соматическое отделение МУЗ Детской городской клинической больницы № 5 г. Кемерово в 2002-2004 гг. Пациентам проводились клиническое обследование, стандартная электрокардиография (ЭКГ), кардиоинтервалография, эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ.

Анализ полученных данных показал, что чаще всего экстрасистолии встречались в подростковом возрасте, от 11 до 16 лет (10 случаев). Половых различий не выявлено, число лиц женского и мужского пола в выборке было одинаковым. В половине случаев течение заболевания было бессимптомное. Другая половина пациентов предъявляла жалобы, в основном, психо-вегетативного характера (утомление, снижение аппетита, головные боли, головокружения, ощущение перебоев в сердце). Достоверно больше было случаев с отягощенным анамнезом и осложненным течением ante- и постнатального периодов, 2/3 пациентов

лечились у невролога. Большинство детей имели среднее гармоничное физическое развитие. У 21 ребенка органической патологии сердечно-сосудистой системы не выявлено, у двух был документирован врожденный порок сердца (дефект межпредсердной перегородки), у одного – миокардит.

Анализ показателей вегетативного гомеостаза показал, что большинство детей (15 человек) имели его нарушение, у 10 детей доминировало парасимпатическое звено, в 3-х случаях – симпатическая составляющая, 2 ребенка имели дистонию без явного преобладания какого-либо отдела вегетативной нервной системы. Дисплазии сердца (пролапс митрального клапана, дополнительные хорды левого желудочка) встречались у половины детей, у 11 детей экстрасистолии регистрировались на фоне функциональной или органической патологии желудочно-кишечного тракта, один ребенок был с эндокринными нарушениями.

В зависимости от расположения эктопического очага, распределение экстрасистолий было следующим: желудочковые и наджелудочковые встречались с одинаковой частотой, только в трех случаях выявлены смешанные экстрасистолии. Желудочковые экстрасистолы были представлены в разных вариантах (в двух случаях одиночные, в трех – парные, в 5 – монотопные, в 4 – политопные). У 1/3 пациентов регистрировались аллоритмированные экстрасистолы. Наджелудочковые также были разные: 5 – одиночные, 2 – парные, 4 – монотопные, 3 – политопные, 4 – аллоритмированные. Выявить такое разнообразие электрофизиологических вариантов экстрасистолий позволило холтеровское мониторирование ЭКГ, которое начали проводить с 2003 года практически всем больным для диагностики вида экстрасистол.

Современная концепция лечения экстрасистолий основана на комплексном подходе, с

включением в программу лечения метаболической, седативной, ноотропной терапии, сосудистых и вегетотропных препаратов. Анализ наших данных продемонстрировал, что в течение последних трех лет тактика ведения детей с экстрасистолиями изменилась. Стали использовать препараты магния (магнерот, магне-В6). Известно, что магний оказывает депрессорное влияние на возбуждение в миокарде. В два раза чаще педиатры стали назначать ноотропные препараты, которые оптимизируют центральные регуляторные влияния. При верификации вегетативных нарушений применяли препараты белладонны (вегетотропную терапию), оказывающие атропиноподобное действие. Описанные воз-

действия позволили увеличить эффективность терапии. Если в 2002 г. ответ на лечение (эстрасистолы стали реже или перестали регистрироваться) наблюдался у половины больных, то в 2003 г. — у 2/3.

Таким образом, для детей с экстрасистолиями характерен отягощенный семейный и ранний анамнез. Чаще всего экстрасистолии возникают на фоне синдрома вегетативной дисфункции, дисплазии сердца и соматической патологии. Эти аритмии требуют специализированного кардиологического обследования и комплексного длительного лечения с использованием лекарственных препаратов различных групп.

ИГИШЕВА Л.Н.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ 6-16 ЛЕТ

Среди современных методологических подходов к оценке состояния сердечно-сосудистой системы и организма в целом существенное место принадлежит анализу variability сердечного ритма (СР). Вместе с тем, сложность практического использования этого метода заключается в значительных индивидуальных различиях параметров СР у здоровых людей. Это затрудняет клиническую и физиологическую интерпретацию значений параметров СР. Существенную роль в оценке variability СР придают возрастнo-половым особенностям (Гринене Э., 1990; Коркушко О.В., 1991; Игишева Л.Н., 2000; Standards of Measurements, 1996).

Особое внимание привлекает школьный возраст, поскольку за период обучения в школе в 4-5 раз снижается доля здоровых детей. Более чем у половины учащихся выявляются хронические заболевания и донозологические состояния, в основе которых лежат дисрегуляторные сдвиги. Поэтому в последнее десятилетие увеличилась значимость методов для мониторинга и экспресс-оценки состояния здоровья школьников. В связи с этим, мы исследовали variability СР у детей в возрасте 6-16 лет с целью получения нормальных значений параметров, пригодных для экспресс-оценки состояния сердечно-сосудистой системы.

Для изучения возрастных особенностей регуляции СР была использована выборка кардио-

ритмограмм 3300 школьников в возрасте 6-16 лет, относящихся к 1-2 группам здоровья. Запись кардиоритмограмм проводилась с 9 до 12 часов в рабочие дни недели в начале учебного года, использовался авторский программно-технический комплекс ORTO. Кардиоинтервалограммы записывались после пяти минут отдыха в положении лежа. Для анализа variability СР использовались параметры, рекомендованные Стандартами (Standards of Measurements, 1996). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием следующих методов: Kruskal-Wallis ANOVA, Mann-Whitney U тест, Wald-Wolfowitz Runs-тест, тест Колмогорова-Смирнова. За достоверные принимались отличия при $p < 0,05$.

При анализе возрастных особенностей изменений среднего значения NN-интервалов (M) было отмечено достоверное его увеличение с возрастом ($p < 0,0001$). Это соответствовало общеизвестному представлению об урежении частоты сердечных сокращений с возрастом в связи с улучшением функциональных возможностей сердца (Доскин В.А., 1997; Кмить Г.В., 2001). Наибольшие различия M наблюдались у детей в возрасте 8 и 9 лет. Значения M у детей 10, 11 и 12 лет были близки, а в группах школьников 13, 14, 15 и 16 лет различия были более выражены. Первые половые различия в изменениях M обнаружены с 9 лет и отсутствовали у детей 15 и 16 лет.

Значения параметра SDNN, отражающего общую вариабельность СР, были максимальными у детей 9, 13 и 14 лет и минимальными у детей 7 и 12 лет. Вместе с этим, была отмечена общая закономерность увеличения значения SDNN с возрастом ($p < 0,001$), носившая волнообразный характер. Половые различия в значениях SDNN наблюдались у детей в 12, 13 и 14 лет и характеризовались большим значением медианы SDNN у лиц мужского пола. Очевидно, это было связано с большим ударным объемом сердца у мальчиков, что сопровождалось большей рефлекторной активностью парасимпатического отдела ВНС. Максимальные значения медианы параметра RMSSD, отражающего высокочастотные компоненты СР, были отмечены в 9 и 13 лет, минимальные значения были в 7, 8 и 12 лет. Значения медианы RMSSD с увеличением возраста изменялось волнообразно, с тенденцией к возрастанию.

Параметр TF, характеризующий общую мощность спектральных компонент СР, имеет близкий физиологический смысл к SDNN, поэтому у него наблюдались схожие возрастные тенденции. Максимально различались значения этого параметра у детей 8, 9, 12 и 13 лет. Вместе с этим, обнаружены меньшие значения TF у детей 15 лет, по сравнению с детьми 14 лет. Эти различия демонстрировали волнообразный характер увеличения TF с возрастом, аналогично SDNN. Значения TF различались между мальчиками и девочками в возрастах с 11 лет до 15. У мальчиков медианы этого параметра были больше.

В наших исследованиях обнаружено, что VLF, отражающий активность надсегментарного уровня ВНС (Хаспекова Н.Б., 1997), достоверно увеличивался с возрастом ($p < 0,001$), увеличивались как медиана, так и дисперсия этого параметра. Вместе с этим, наблюдались колебания значений VLF в возрастных группах, сходные с колебаниями SDNN и TF, с меньшим значением в 11 лет и с наибольшим в 13 лет. Половые различия значений VLF были отмечены нами у школьников в возрастах с 11 лет до 15. Общие тенденции изменения VLF соответствуют данным, полученным другими исследователями (Бавеский Р.М., 2001; Соболева Е.А., 1984).

При анализе возрастных особенностей параметра LF, характеризующего симпатические и парасимпатические влияния на СР, мы не обнаружили закономерности увеличения его значений в последовательных возрастных группах. Вместе с этим, значения LF имели возрастные отличия, аналогичные изменениям SDNN и TF, и были максимальными в 9 и 13 лет и минимальными в 12 и 14 лет. Значения медиан LF были

больше в 11 и 13 лет у девочек и в 14 и 15 лет у мальчиков.

Параметр HF, характеризующий парасимпатические влияния, с возрастом достоверно увеличивался ($p < 0,001$), в отличие от LF. При общей тенденции увеличения HF с возрастом, обнаружены низкие его значения в 12 лет и высокие значения в 9, 10, 11, 13 и 14 лет. Половые различия по параметру HF были отмечены в 12, 13 и 14 лет. При анализе возрастных особенностей соотношения LF/HF, характеризующего, по мнению ряда исследователей, вагусно-симпатический баланс, общих закономерностей не обнаружено.

Выявленное увеличение с возрастом продолжительности интервала NN и, соответственно, урежение пульса, связано с увеличением массы сердца и ударного объема. Обнаруженные половые различия по этому показателю соответствуют общеизвестным данным о появлении в 9 лет и последующем сохранении различий в ударном объеме крови и относительной массе сердца на 1 кг массы тела. По другим параметрам вариабельности СР половые различия наблюдались в группах 11-15 лет и были связаны с регуляторными изменениями при половом созревании, которое у девочек начинается раньше.

Возрастание вариабельности и общей мощности спектра с возрастом свидетельствовали о повышении интенсивности вегетативных воздействий на СР. По данным ряда исследователей, в 6-9 лет и 11-13 лет наблюдается относительное равновесие регуляции СР за счет повышенного тонуса парасимпатического отдела ВНС. Полученные нами данные также указывали на увеличение параметров, характеризующих парасимпатические влияния. Наблюдаемые волнообразные изменения параметров СР в возрасте с 6 до 15 лет, вероятно, демонстрировали регуляторные сдвиги, имевшие адаптационный характер. Отсутствие различий в параметрах СР между детьми в возрасте 15 и 16 лет, можно трактовать, как стабилизацию регуляции СР.

Стабилизация регуляции, наблюдаемая в 15-16 лет, вероятно, свидетельствовала о завершении адаптационных перестроек и формировании оптимальной регуляции к этому этапу онтогенеза. Для окончательного подтверждения данного мнения требуется провести аналогичное исследование в возрастных группах с 17 до 30 лет.

Таким образом, значения параметров ВСР (M, SDNN, RMSSD, TF, VLF, HF) у детей 6-16 лет увеличиваются с возрастом, волнообразно изменяясь от года к году. Полученные значения параметров могут быть использованы в практике как нормативные.

КИРЕЕВ С.Н.

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ

Проблема детского травматизма у детей остается актуальной для г. Кемерово. В течение 2002-2004 гг. ежегодно регистрировалось от 3107 до 3265 вызовов по поводу травмы, при 83,6 тыс. детского населения. Всего за последние 3 года выполнено 9512 вызовов по поводу травм у детей. После оказания помощи, на месте оставлены 1578 детей (16,6 %), доставлены в травмпункт 4279 детей (45 %), направлены на госпитализацию 3527 детей (37,1 %), из них госпитализировано 2198 детей (62,3 %). Доля госпитализированных за 2002-2004 гг. больных от общего числа вызовов по поводу травм составляет, в среднем, 23 %, что говорит о высоком удельном весе тяжелых травм, требующих больших затрат на лечение данной категории детей и дальнейшего длительного периода их реабилитации.

По количеству травм первое место занимают травмы конечностей — 4374 (46 %), затем раны — 2792 (29,6 %), ЧМТ — 2128 (23,4 %). Наибольшее количество травм, полученных детьми, происходит в период активного отдыха, то есть в период школьных каникул, когда присмотр за детьми со стороны взрослых снижен. Анализ травматизма по возрасту показывает, что наибольшее количество травм получают дети в возрасте 10-15 лет (45,2 %), второе место занимает группа детей 7-10 лет (20,5 %), затем дети 3-7 лет (19,8 %). Обслуживание детских травм осуществляется все-

ми бригадами, независимо от их специализации. Расхождения диагнозов со стационаром составляет менее 0,5 %, что говорит о высокой профессиональной подготовке врачей. Причинами детского травматизма являются:

- снижение внимания к детям со стороны взрослых;
- рост количества транспортных средств и неудовлетворительная транспортная дисциплина на дороге;
- пренебрежительное отношение детей к самим себе и сверстникам.

Для профилактики и снижения детского травматизма, улучшения благоприятного исхода при травмах, следует проводить следующие мероприятия:

- помощь детям в организации специализированного досуга (во дворах, на спортивных площадках, во дворцах спорта и творчества, в лагерях отдыха, школах, водоемах, лесах, на природе);
 - информирование населения о травматизме через средства массовой информации, беседы и игры;
 - организация специальных подготовительных курсов по оказанию первой медицинской помощи в детских дошкольных и школьных учреждениях, спортивных секциях и так далее.
- Проведение всех этих мероприятий, несомненно, должно способствовать более успешной борьбе с детским травматизмом.

КОБА В.И., КОБЫЛЯНСКАЯ Г.В., ГРИГОРЬЕВА И.В., КАЛЬМОВА С.Е.

*МУЗ Детская клиническая больница № 1,
г. Кемерово*

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Известно, что основой здоровья ребенка является здоровье его родителей. На здоровье ребенка оказывает влияние и среда, в которой он растет и развивается. Детский организм пластичен, изменчив, податлив. В определенных условиях неблагоприятные врожденные особенности могут остаться непроявившимися, а могут стать источниками серьезных заболеваний. Поэтому педиатру очень важно знать наличие в семье неблагоприятных для здоровья факторов, дать рекомендации по снижению риска их реализации. Но, к сожалению,

в большинстве семей не соблюдается основное требование к выполнению репродуктивной функции — здоровое зачатие. В этих условиях задача педиатра — дифференцированное наблюдение семьи, с учетом всех факторов риска, и, как можно более раннее, выявление у детей отклонений в состоянии здоровья, еще на уровне функциональных нарушений.

На территории обслуживания МУЗ ДКБ № 1 проживает 7197 детей в возрасте от 1 года до 7 лет. Не охвачены дошкольным образованием 43,7 % детей. Причины «неорганизованнос-

ти»: уход за ребенком до 3-х лет – 29,9 %; малообеспеченные семьи – 21,5 %; мама-домохозяйка – 8,8 %; социально-неблагополучные семьи – 5,5 %; бабушка помогает в воспитании – 4,7 %; воспитывает няня – 0,6 %; «стоят на очереди» в ДОУ – 30 %.

Основным источником информации о детях, имеющих отклонения в развитии, являются профилактические осмотры, которые решают следующие задачи: комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка; выявление функциональных отклонений и начальных признаков заболеваний; разработка мероприятий, направленных на улучшение здоровья ребенка.

Улучшению выявляемости отклонений в состоянии здоровья способствует введение доврачебного этапа с использованием скрининг-тестов в дошкольно-образовательных учреждениях, в поликлинике и при посещении семьи на дому.

В работе с семьями детей раннего возраста используются такие формы как:

- «День годовичка», в проведении которого участвуют педиатры и узкие специалисты.
- «Школа молодой семьи» – для семей с детьми до 3-х летнего возраста, которую ведут по субботам заведующие отделениями. В рамках «Школы» семья получает информацию о ДОУ различных видов, о подготовке к детскому коллективу, о формировании гигиенических навыков по возрасту и т.д.

Основной контингент детей дошкольного возраста составляют дети II-й группы здоровья, не имеющие хронических заболеваний, но с функциональными отклонениями. Кроме того, отмечается рост детей с III-й группой здоровья.

Педиатр планирует индивидуальный комплекс мероприятий по реабилитации каждого ребенка, активно привлекая к выполнению рекомендаций специалистов, семью. Все семьи с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в развитии, информированы об имеющихся в городе службах психолого-медико-педагогической поддержки.

Для реализации прав детей, имеющих проблемы в физическом и психологическом развитии, в районе обслуживания функционируют 76 специализированных групп и отмечается четкая тенденция к увеличению их количества.

В 2003-2004 гг. 65 % детей начали посещать специализированные группы ДОУ. Это, в основном, дети 5-7-летнего возраста. И, несмотря на то, что они поступили в специализированные группы в старшем дошкольном возрасте, все они имеют положительную динамику здоровья.

Степень эффективности реабилитации этих детей зависит от многих факторов: тяжести заболевания, срока давности, проведения реабилитационных мероприятий до поступления в ДОУ, участия семьи в реабилитации ребенка и др.

Частью комплексной программы по раннему выявлению и реабилитации детей с отклонениями в развитии является сравнительно новое направление – медико-психологическое.

Таким образом, раннее выявление детей с функциональными отклонениями в развитии, факторами риска для здоровья, предоставление им возможности реабилитации не только в лечебно-профилактических учреждениях, но и в ДОУ, в семье, создает предпосылки гармоничного физического и духовного развития личности.

КОБА В.И., ТОРОЧКИНА Г.П., ВОРОСЦОВА Т.Г., КОБЫЛЯНСКАЯ Г.В.

*МУЗ Детская клиническая больница № 1,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ БЕЗНАДЗОРНОСТИ

Рождение и воспитание детей в неблагополучных семьях влечет за собой целый ряд негативных последствий, а именно, высокую заболеваемость, снижение показателей физического и психического развития, высокую младенческую смертность.

Среди детей из семей высокого социального риска выделяют категории, с которыми работают стационары – это дети заблудившиеся, подкинутые, брошенные, беспризорные. Определен порядок приема и содержания этих детей в лечебно-профилактических учреждениях города (Приказ № 593-а от 30.10.2000 г. «О порядке временного

устройства детей, оставшихся без попечения родителей, в ЛПУ г. Кемерово»).

В МУЗ Детская клиническая больница № 1 г. Кемерово организован круглосуточный прием детей данной категории первых 3-х лет жизни. Курация детей возложена на врача высшей квалификационной категории, имеющего подготовку по вопросам психологии и права.

Всем беспризорным детям оказывается диагностическая и лечебная помощь в полном объеме, в зависимости от состояния здоровья.

По итогам 2004 года, в стационаре ДКБ № 1 находились 52 ребенка, оставшихся без попече-

ния родителей. Все они были доставлены сотрудниками милиции, либо представителями органов опеки. Распределение по возрасту было следующим: 15 детей от 1 месяца до 1 года, 19 детей с 1 года до 3-х лет, 33 ребенка с 3-х до 7 лет. Распределение по полу было примерно одинаковым: 25 мальчиков и 27 девочек. У всех детей, находившихся под наблюдением, имелись клинические признаки острых заболеваний (острый бронхит, ОРВИ). При проведении комплексной оценки здоровья у всех детей первых трех лет жизни выявлено дисгармоническое физическое развитие, задержка психо-речевого или психомоторного развития, фоновая патология (анемия, рахит, перинатальное поражение ЦНС). У детей 3-7 лет диагностированы заболевания органов пищеварения (46,3 %), мочевыделительной системы (36,1 %), хронические заболевания носоглотки (17,6 %).

Таким образом, все дети групп высокого социального риска относятся к I, II, III, IV группам здоровья. В последующем 28 детей (53,8 %) нуждались в госпитализации в специализированные

отделения города, куда и были переведены (неврологическое отделение, инфекционное, кардиологическое); два ребенка оформлены в приют (3,8 %), 6 детей – в детские дома (11,5 %).

Благодаря совместной работе со специалистами органов опеки и попечительства района, сократились сроки оформления детей, оставшихся без попечения родителей, в государственные учреждения, с 36 дней пребывания в среднем на 1 ребенка в 2003 году до 25 дней в 2004 году.

Информация о семьях беспризорных детей передается в территориальные поликлиники и Центр социальной помощи семье и детям (ЦСПСиД). Совместная работа специалистов Центра и медиков по реабилитации семей и оказанию им юридической, социальной, психологической помощи позволило вернуть домой 13 детей (30,8 %).

Все семьи нуждались в дополнительной социально-психологической поддержке, которая ориентирована не только на решение данной проблемы, но и на восстановление внутреннего потенциала семьи для выполнения ею наиболее значимых функций.

КОБА В.И., КАЛЬМОВА С.Е., КОБЫЛЯНСКАЯ Г.В.
*МУЗ Детская клиническая больница № 1,
г. Кемерово*

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ

Необходимость усиления в деятельности педиатрической службы психологической помощи и развития сравнительно нового ее направления – медико-психологического – обусловлена известными негативными процессами в социальном благополучии населения, в состоянии здоровья и, в первую очередь, психического здоровья подрастающего поколения, возрастание в последние годы удельного веса психических отклонений и пограничных состояний в структуре заболеваемости детско-подросткового контингента.

Практика психологической помощи ребенку в МУЗ ДКБ № 1 г. Кемерово началась в 2001 году. Начиная с консультативной помощи, сегодня психолог работает с пациентом на всех этапах оказания медицинской помощи. Появление новых знаний в психологии и выявление новых закономерностей жизнедеятельности организма дают возможность применять все это в лечении детей.

Работа психолога является частью комплексной программы медико-социальной помощи. В своей работе психолог тесно взаимодействует как с участковыми врачами, так и с профильными специалистами – психиатрами, неврологами,

юристами, педиатрами образовательных учреждений и др.

Основные принципы нашей работы:

- партнерство;
- индивидуальный подход;
- ответственность;
- конфиденциальность.

Виды психологической помощи, используемые в МУЗ ДКБ № 1:

1. Индивидуальная психокоррекция детей и подростков:
 - психодиагностические исследования для решения клинических задач психиатра и невролога;
 - образовательные программы по психологии человека для персонала.
2. Групповая психокоррекция детей и подростков:
 - психодиагностические исследования для решения терапевтических задач узких специалистов;
 - образовательные программы по клинической психологии для родителей.
3. Семейная психокоррекция детей и подростков:
 - психодиагностические исследования для решения задач коррекции;

- психологическая экспертиза трудных случаев.
4. Консультирование:

- психодиагностические исследования для профилактики школьных трудностей;
- работа, связанная с этикой и деонтологией.

Пациенты обращаются со следующими проблемами:

- алкогольная зависимость в семейном анамнезе (4,2 %);
- задержка психо-речевого развития (1,9 %);
- ожирение (1,9 %);
- аутизм (5,7 %);
- события, приводящие к снижению самооценки (7,8 %);
- стрессовые состояния из-за школьных неудач (13,3 %);
- страх болезни (1,9 %);

- эмоциональная заброшенность (11,5 %);
- потеря любимого, близкого (14,2 %);
- возможное физическое насилие, в т.ч. сексуальное (17 %);
- изменения семейных взаимоотношений (20,6 %).

Занятия с психологом включены в программу «Астма-школы». Для детей 6-10 лет и их родителей каждую пятницу мы предлагаем участие в программе «Я смогу», которая направлена на выявление причин школьных трудностей, развитие у ребенка уверенности в себе. Проводятся психологические тренинги для семей, воспитывающих ребенка-инвалида.

Опыт работы нашего учреждения подтверждает актуальность дальнейшего развития и совершенствования медико-психологической помощи семье и детям.

КОВАЛЕВА Н.В.

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ДИАГНОСТИКА И ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Острый средний отит — весьма частое и серьезное заболевание в детском возрасте. Под острым воспалением среднего уха понимают ответную реакцию тканей среднего уха на раздражитель, чаще бактериального, реже механического, физического или химического характера. В большинстве случаев местная реакция сопровождается общей реакцией со стороны организма. Наиболее часто острый средний отит наблюдается у детей грудного и дошкольного возраста.

Факторами риска развития острого среднего отита являются ранний возраст, плохие жилищные условия, несоблюдение правил личной гигиены, отсутствие грудного вскармливания, неполноценное питание, снижение уровня иммунологической защиты, аллергизация населения, высокий показатель колонизации носоглотки потенциально патогенными бактериями, дисфункция слуховых труб, беспорядочное лечение антибиотиками, ВИЧ-инфекция и, возможно, генетическая предрасположенность.

Ключевую роль в патогенезе острого среднего отита играет переход воспалительного процесса из носоглотки на глоточное устье слуховой трубы. В результате обструкции слуховой трубы, в барабанной полости развивается отрицательное давление. Это приводит к образованию в барабанной полости выпота и попаданию из носоглотки в среднее ухо слизи и бактерий. Таким образом, превалирующим механизмом проник-

новения инфекции в полость среднего уха является тубогенный, то есть через слуховую трубу. Существуют и другие пути проникновения инфекции в барабанную полость: травматический, менингогенный, гематогенный; последний возможен при таких заболеваниях, как туберкулез, скарлатина, корь, сепсис.

Острый средний отит является заболеванием с достаточно четко выраженной стадийностью. Выделяют острый евстахеит, острое катаральное воспаление, острое гнойное воспаление, постперфоративное, репаративное.

Диагноз острого среднего отита основывается на наличии жалоб ребенка, данных анамнеза жизни и развития заболевания, клинических данных. Основными жалобами являются боль в ухе, головная боль, лихорадка, снижение слуха, выделения из уха, выделения из носа, кашель, снижение аппетита, беспокойство, нарушение сна, отказ от пищи у грудных детей.

Однако клиническая картина острых средних отитов часто неспецифична и лишь 68 % детей в возрасте до 2-х лет имеют характерные симптомы со стороны уха. Часто используемый диагностический прием — появление крика или боли при нажатии на козелок — не является достоверным, так как может наблюдаться при наружном отите, серной пробке и других ситуациях.

В связи с этим, необходимо обращать внимание на появление неспецифических симптомов, таких как теребление уха ребенком, нарушение

сна, снижение аппетита, повышенная раздражительность ребенка. Местные признаки: изменение цвета барабанной перепонки, ее утолщение, изменение опознавательных контуров, выбухание, наличие экссудата или пузырьков воздуха в полости среднего уха, наличие перфорации барабанной перепонки и отделяемого, а также нарушение ее подвижности.

Среди всех заболеваний уха средний отит составляет около половины, а у детей их количество приближается к 70 %. Течение острого отита в одних случаях легкое, в других тяжелое и затяжное, с переходом в хроническую форму.

При данном заболевании довольно высока вероятность развития тяжелых осложнений, таких как менингит, абсцесс мозга, тромбоз сигмовидного синуса, лабиринтит, парез лицевого нерва, мастоидит.

Острый средний отит занимает второе место по развитию различных осложнений среди всех заболеваний уха.

Учитывая высокий уровень заболеваемости детей острым средним отитом, проведена оценка работы Станции скорой помощи по данной нозологии. Изучены данные за период с 01.01.2003 г. по 01.01.2004 г. и с 01.01.2004 г. по 01.01.2005 г.

Общее число обращений с окончательным диагнозом вызова острый средний отит за 2003-2004 гг. составило 692 человека. Из этого числа 551 человек направлены на госпитализацию, госпитализированы 275 детей (49,9 %), оставлены под наблюдение в приемном покое 221 детей (40,1 %). В 2004-2005 гг. отмечена тенденция к увеличению числа обращений. Так, обратились

на ССМП 717 детей, направлены на госпитализацию 570 человек (61,9 %), оставлены под наблюдением 188 детей (32,9 %).

Среди обратившихся, в 2003-2004 гг. дети до 1 года составили 130 человек (18,7 %), дети 1-3 лет – 221 (31,9 %), 3-7 лет – 255 (36,8 %), 7-10 лет – 43 (6,2 %), 10-15 лет – 43 (6,2 %). В 2004-2005 гг. детей первого года жизни было 118 (16,5 %), детей 1-3 лет – 236 человек (32,9 %), 3-7 лет – 272 (37,9 %), 7-10 лет – 51 (7,1 %), 10-15 лет – 40 человек (5,6 %).

Так как работа Станции скорой медицинской помощи круглосуточная, хотелось бы осветить временной аспект, то есть на какой период времени приходится наибольшее количество вызовов с диагнозом острый средний отит. Условно сутки разбиты на три периода: с 0 часов до 8 часов, с 8 часов до 16 часов и с 16 часов до 24 часов.

Так, в 2003-2004 гг. с 0 до 8 часов было 198 обращений, с 8 до 16 часов – 234, с 16 до 24 часов – 410 обращений; в 2004-2005 гг. – 200, 223 и 405 обращений, соответственно.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод, что данному заболеванию наиболее подвержены дети с 1 года до 7 лет. Количество обращений резко возрастает в период с 16 до 24 часов. Диагностика острого среднего отита у детей раннего возраста затруднена, что может быть причиной поздней постановки диагноза.

Таким образом, для начала своевременного лечения и предупреждения осложнений, все дети с подозрением на острый средний отит или болями в ушах обязательно должны быть осмотрены специалистом.

КОЛЕСНИКОВА Н.Б., ЖИЛИНСКАЯ Н.К., СУТУЛИНА И.М., БАКАНОВА Т.А.
*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

СИСТЕМА ПРОПАГАНДЫ, ПООЩРЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В МУЗ ДГКБ № 5

С момента организации перинатального центра на базе ДГКБ № 5 г. Кемерово, велся поиск перинатальных технологий, которые позволили бы добиться улучшения качества оказания помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Одним из направлений этой работы была пропаганда грудного вскармливания, однако она не имела систематизированного подхода. После обучения ведущих специалистов перинатального центра на семинаре ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию» в августе 1999 г., эта работа стала основываться на 10 принципах успешного грудного вскармлива-

ния. В настоящее время в ДГКБ № 5 создана и функционирует семейно-ориентированная система пропаганды, поощрения и поддержания грудного вскармливания, включающая амбулаторный и стационарный этапы.

В рамках «Школы для будущих родителей и семейной подготовки к родам», функционирующей на базе поликлиники перинатального центра, работает клуб поддержки грудного вскармливания. Занятия проводятся как групповой тренинг, на котором отрабатываются правила поведения беременной в родах, а также супруга в партнерских родах; проводится гимнастика для беременных; супруги обучаются техникам релаксации и

телесно ориентированной психотерапии для беременных; преподаются теоретические основы перинатальной психологии, психологии беременной, плода и ребенка раннего возраста; используется метод психотерапии творческим самовыражением; супруги обучаются технике грудного вскармливания и ухода за ребенком.

Основной задачей обучения беременных является формирование у них лактационной доминанты на основе полной информации об основных принципах успешного грудного вскармливания, а также формировании уверенности в необходимости грудного вскармливания для физического и психологического здоровья ребенка. Теоретические знания закрепляются на отдельном занятии, посвященном практическим навыкам вскармливания новорожденных и детей первого года жизни. В работе Школы принимают участие педиатр, психотерапевт, медицинский психолог, неонатолог, специалист по вскармливанию. Всех прошедших обучение в Школе мы ориентируем на дальнейшее общение после рождения ребенка в Клубе поддержки грудного вскармливания.

Стационарный этап системы пропаганды, поощрения и поддержания грудного вскармливания представлен родильным домом, в котором ежегодно происходит около 2500 родов у женщин г. Кемерово и области (до 34 %) с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, невынашиванием, изосенсибилизацией по АВО или Rh-фактору, инфицированием, фетоплацентарной недостаточностью, пороками развития плода, многоплодием и другой патологией беременности. Наиболее сложной оказалась ломка сложившихся стереотипов мышления и практики родовспоможения. После капитального ремонта родильного дома в 2000-2001 гг., количество конечного фонда совместного пребывания матери и ребенка доведено до 100 %, открыты и функционируют 6 индивидуальных родильных залов.

В 2004 году родильный дом аттестован ВОЗ/ЮНИСЕФ на звание «Больница благоприятная к ребенку». Это означает, что в родильном доме успешно внедрены все «Десять принципов грудного вскармливания», проведено обучение всего персонала правилам консультирования по вопросам грудного вскармливания. Обучение беременных принципам успешного грудного вскармливания начинается в отделении патологии беременности, где проводятся индивидуальные беседы и групповые занятия по утвержденному тематическому плану лектория.

В родильном зале осуществляется прикладывание ребенка к груди и контакт «кожа к коже» не менее 30 минут в течение первого часа после рождения, исключая, таким образом, долактационное кормление. Родильница остается с малышом вплоть до их перевода в палату совместного

пребывания. Ребенок кормится по требованию, в том числе обязательно ночью, в этом матери помогают акушерки и детская сестра, которые контролируют правильность прикладывания ребенка к груди, обучают уходу за ребенком и технике грудного вскармливания. Продолжительность кормления регулирует ребенок. Исключено дополнительное сцеживание, мытье сосков перед кормлением и после него. Мы отказались от частых контрольных взвешиваний ребенка. При необходимости, лечение новорожденного осуществляется в этой же палате. Обеспечен свободный доступ матерей в палату интенсивной терапии новорожденных для общения с ребенком и его кормления грудью или сцеженным молоком из чашки. Искусственные смеси в виде докорма и допаивание используются лишь у 6 % новорожденных по строгим показаниям. Матерям даются рекомендации сохранить грудное вскармливание до исполнения ребенку 1,5-2 лет.

Родильным домом осуществляется поддержка матерей и после выписки из стационара путем консультаций по телефону в любое время суток. Совместно с городским Центром профилактики, разработана и внедрена «Памятка по грудному вскармливанию» для родильниц. Кроме этого, молодые родители могут получить консультацию специалистов по грудному вскармливанию, посещая «Клуб поддержки грудного вскармливания» при поликлинике. Там они также могут поделиться друг с другом опытом разрешения трудностей вскармливания и воспитания малыша. Такое общение помогает молодой кормящей маме поддерживать уверенность в способности и необходимости кормить малыша грудным молоком длительное время. Индивидуальные консультации родителей проводятся педиатром-консультантом по грудному вскармливанию поликлиники.

В течение 5 лет в результате работы в условиях инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», в 2,5 раза выросло количество детей, приложенных к груди в родильном зале, в том числе, доношенных в 2 раза, недоношенных в 8 раз. В палатах совместного пребывания находились более 93 % новорожденных (против 46 % в 1999 г.), выписаны домой на грудном вскармливании 100 % доношенных и 87 % недоношенных детей. Питьевой режим получал лишь каждый 4-5 ребенок. Сократились сроки пребывания детей в родильном доме.

Одним из результатов работы оказалось снижение в 7,7 раз внутрибольничной заболеваемости новорожденных, в том числе гнойно-септической в 20 раз, кишечными инфекциями в 5 раз. Положительное влияние работа по технологии Инициативы оказывает и на здоровье матери. Практически не встречаются трещины сосков и нагрубание молочных желез, не было случаев

лактационных маститов, на 20,7 % снизилась частота таких послеродовых осложнений, как послеродовые кровотечения, субинволюция матки, лохио- и гематометра.

Немаловажен экономический аспект Инициативы. В 4,3 раза снизилось потребление молочной смеси, что составило прямую экономию финансовых средств около 150000 рублей в год. Кроме того, не закупались и не обрабатывались соски для кормления новорожденных, более чем в 3,2 раза сократилось использование окситоцина в послеродовом отделении, не приобретались и не использовались мази для лечения трещин сосков. Уменьшилась тревожность матерей, они получают знания и умения по уходу за ребенком.

Совместное пребывание матери и ребенка с момента его рождения является важным воспитывающим фактором. По данным опроса женщин, находившихся в условиях родильного дома Перинатального центра, почти 70 % из них собираются кормить ребенка грудью до 1-1,5 лет.

Пребывание в условиях родильного стационара, работающего по принципам Инициативы, обеспечивает не только длительную лактацию, желание кормить грудью, но и способствует возникновению у женщины чувства материнства, духовной связи между малышом и его матерью. Около 70 % женщин признают совместное пребывание с ребенком оптимальным, так как это дает возможность «контроля состояния ребенка», «лучшего ухода за ним», «вскармливания по требованию», «освоения необходимых навыков». 25 % женщин также считают совместное пребывание оптимальным, но отмечают ряд недостатков («недостаточная помощь медсестры после кесарева сечения», «усталость»), над устранением которых предстоит работать. Лишь 5 % женщин высказали негативное отношение.

Таким образом, внедрение 10 принципов успешного грудного вскармливания — высокоэффективная, экономически выгодная перинатальная технология, требующая дальнейшего развития.

КОСТРОМИНА Е.Г., СУТУЛИНА И.М., ГАРЕЕВА Ю.В.,
ПУТИНСКАЯ О.В., ГАНЦЕВА С.Н.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская клиническая больница № 2,
г. Кемерово*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Для детей, перенесших внутриутробное воздействие наркотических веществ, типично развитие абстинентного синдрома, значительно отягощающего процесс адаптации ребенка к условиям внеутробной жизни (А.Б. Пальчик, З.Г. Назджанова, 2001; L.P. Finnegan, 1992).

Общепринятая тактика ведения новорожденных с абстинентным синдромом предусматривает оказание помощи в зависимости от степени выраженности уже развившихся клинических проявлений, нарушающих течение постнатальной адаптации (M. Lifshitz, V. Gavrilov, A. Galil et al., 2001). Перспективным в оптимизации постнатальной адаптации у детей, испытавших внутриутробное воздействие опиоидов, является назначение «упреждающей терапии» абстинентного синдрома, направленной на предупреждение развития тяжелых форм абстиненции.

Было обследовано 40 детей, родившихся от матерей, употреблявших во время беременности опиоидные наркотики. Дети были разделены на 2 группы (группа основная и группа контрольная), сопоставимые по клинико-анамнестическим данным. Всем детям проводилось прогнозирование

тяжести абстинентного синдрома с использованием алгоритмов прогнозирования (И.М. Сутулина, Е.Г. Костромина, А.М. Селедцов, 2004).

Терапия в основной группе включала фенobarбитал, парацетамол, пантогам. Пантогам назначался с 12 часов жизни, независимо от клинических проявлений, в течение 10 дней; фенobarбитал — при появлении первых симптомов гиперактивности, курсом до 5-7 дней, парацетамол — при появлении клиники болевого синдрома, в течение 2-х дней.

В контрольной группе новорожденные получали общепринятую терапию (L.P. Finnegan, 1992, 1996): седативные препараты, анальгетики, противосудорожные средства, по показаниям, при развернутой клинической картине абстиненции (фенobarбитал, диазепам, оксибутират натрия, анальгин, промедол).

Состояние новорожденных оценивалось с помощью системы Finnegan каждые 6 часов. В соответствии с оценкой, проводилась коррекция медикаментозной терапии.

У всех наблюдавшихся детей развился синдром абстиненции, в контрольной группе реали-

зация прогноза тяжести абстиненции произошла в 5/6 части случаев, в группе лечения — в 1/3. В контрольной группе несовпадение прогноза с исходом наблюдалось у 4 детей (имело место развитие легкого абстинентного синдрома при прогнозе среднетяжелого у 2-х детей, и среднетяжелого при прогнозе тяжелого у 1 ребенка), в основной группе — у 12 детей (у 4 детей с прогнозом тяжелой абстиненции клиническая картина соответствовала абстинентному синдрому средней тяжести, у 2-х — легкой степени, у 4 детей с прогнозом абстиненции средней тяжести — абстинентному синдрому легкой степени). Различия между группами статистически достоверны ($P_{\text{тмф}} < 0,05$).

У новорожденных контрольной группы наблюдались все проявления неонатального абстинентного синдрома. У 3 детей развились судороги (в течение 1-2 дней). У новорожденных основной группы в клинике абстинентного синдрома наблюдалось купирование проявлений гипервозбудимости (тремор, срыгивания, гиперестезия, крик) на 1/3 быстрее, чем при назначении обычной тера-

пии. Болевой синдром у детей основной группы был менее тяжелым, а средняя продолжительность его почти в 2 раза короче. У детей этой группы не наблюдалось судорожного синдрома, болезненной позы, патологического характера стула, лихорадки, нарушения дыхания, экскориаций, потливости.

Одним из важных показателей здоровья новорожденных в раннем неонатальном периоде является динамика массы тела. В основной группе максимальная убыль массы тела на 3-4-й день жизни находилась в пределах нормы (не более 8 %) у всех новорожденных, у 1/3 детей контрольной группы отмечена патологическая максимальная убыль массы тела.

Среднее пребывание в стационаре детей основной группы составило $7,3 \pm 0,2$ суток, у детей контрольной группы оно было почти в 1,5 раза больше ($11,5 \pm 0,6$ суток).

Таким образом, использование превентивной тактики в лечении абстинентного синдрома у новорожденных позволяет предупредить развитие тяжелых проявлений абстиненции и улучшает постнатальную адаптацию новорожденных.

КОШЕЛЕВ Г. П.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ОПЫТ РАБОТЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ГОРОДСКОГО ДЕТСКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА

Рентгенологические исследования являются ведущими в обследовании детей, имеющих различные травматические поражения. Рентгенологический кабинет Городского детского травматологического пункта входит в структуру рентгенологического отделения больницы. Прием детей, поступающих по экстренной помощи из всех районов города Кемерово, ведется круглосуточно. Всем поступающим в травматологический пункт неотложное рентгенологическое исследование выполняется в первые часы получения травмы в стандартных проекциях, при необходимости дополнительно проводится томографическое исследование, а затем наблюдение осуществляется в динамике, вплоть до определившегося исхода.

За период 2000-2004 гг. у травмированных детей выполнено 46050 рентгенологических исследований, или 47,4 % от всех исследований, выполненных по отделению. Средняя годовая загруженность кабинета составляет 9210, т.е. 25 исследований в день. Произошло заметное увеличение количества рентгенологических исследований, с 8432 в 2000 г. до 10174 в 2004 г., т.е. на 1742 (20,6 %). Число обращений детей в

травматологический пункт, в среднем, составляет 2863 в месяц, при этом рентгенологические исследования выполняются у 26,8 % от всех обратившихся детей (768 человек).

Для обслуживания травматологических больных требуется значительное количество рентгеновской пленки. При рентгенологическом обследовании пациентов с патологией костно-суставной системы мы используем зеленочувствительную рентгеновскую пленку общего назначения, которая более целесообразна к применению в педиатрии за счет снижения лучевой нагрузки на пациента на 25-30 %. Потребность рентгенологического кабинета травматологического пункта в пленке в последние 3 года составила 48 % от общей потребности рентгенологического отделения (в среднем, 95 упаковок в год).

Детей, подлежащих госпитализации, после установления характера травмы, через приемное отделение, направляют в травматологическое отделение с готовыми рентгенограммами. За последние 3 года структура рентгенологических исследований различных участков скелета больных, обратившихся в травматологический пункт, составила: череп — 0,4 %, позвоночника — 5 %, ко-

нечностей и суставов – 93 %, другие органы исследовались в 1,5 % случаев.

У большинства больных повреждения возникли в результате уличных происшествий (16409 чел., 58,6 %), бытовых (7825 чел., 27,9 %), транспортных (226 чел., 3,4 %), травм, возникших в школах (1724 чел., 6,3 %), спортивных (940 чел., 3,4 %), прочих (839 чел., 3 %). Удельный вес получивших травмы мальчиков составил 63,3 % (17722 случаев), девочек – 36,6 % (10271 случаев). Выявлено патологии всех локализаций 27993, из них, черепа – 143 случая (0,5 %), переломов верхней конечности – 5475 случаев (19,5 %), перело-

мов нижней конечности – 1578 случаев (5,6 %), повреждения позвоночника – 327 случаев (1,2 %), другие повреждения различных органов и систем составили 7523 случаев (26,8 %).

Таким образом, неотложное рентгенологическое исследование, выполняемое в первые часы получения травмы, показывает, что традиционное лучевое исследование позволяет диагностировать травматические повреждения различных систем и органов, расширяет возможности распознавания их осложнений, а также определяет оптимальную тактику лечения пострадавших и их реабилитацию.

КОШЕЛЕВ Г.П., МАЛИКОВА Л.Г.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ОПЫТ РАБОТЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ ДГКБ № 5 С ПОДРОСТКАМИ ПРИЗЫВНОГО И ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

В целях улучшения качества обследования подростков призывного и допризывного возраста с ортопедической патологией, в 1998 году был организован консультативный прием врача-ортопеда. В штате консультативной поликлиники 1 врач-ортопед, 0,5 ставки врача-рентгенолога и 0,5 ставки рентген-лаборанта. Врачи прошли специализацию по ортопедической патологии, имеют высшую квалификационную категорию.

Рентгенологический кабинет располагается в здании консультативной поликлиники МУЗ ДГКБ № 5, оснащен рентгенодиагностическим комплексом РУМ-20. Основными путями взаимодействия кабинета с врачом-ортопедом являются организация потока больных и проведение диагностического процесса у больных по оптимальному варианту алгоритма.

Больные направляются из призывных комиссий, где, по согласованию с врачом-рентгенологом, проводится комплексная диагностика пациента, изучаются рентгенограммы. Пациенты обследуются в один день, при необходимости в специализированном кабинете проводится дообследование.

За период 2000-2004 гг. выполнено 3253 рентгенологических исследований, комплексное обследование прошли 5130 пациентов. Средняя нагрузка врача-рентгенолога составила 651 исследований в год, за последние 3 года число рентгенологических исследований увеличилось с 567 до

1058, т.е. на 491 (86,5 %). Удельный вес исследований призывников из военкоматам: Ленинского района – 1572 (48,5 %), Заводского района – 800 (24,7 %), Центрального района – 798 (24,6 %), Рудничного района – 83 (2,6 %).

В кабинете исследуются позвоночник, череп, конечности, суставы, грудная полость, мочевыделительная система. Удельный вес исследований позвоночника составил 36,7 %, костно-суставной системы – 57,3 %, мочевыделительной системы – 1,2 %, другие органы обследуются в 4,7 % случаев. Выявлено за 3 года: патология всех локализаций 2605, сколиозов 1047 (40,1 %), сколиотической осанки 180 (6,9 %), плоскостопий 1339 (51,4 %), деформаций грудной клетки 34 (1,3 %), прочие заболевания 5 (0,2 %).

В период становления консультативного приема были трудности в составлении штатного расписания, в организации взаимодействия с врачами призывных комиссий, в связи с отсутствием опыта обследования. В настоящее время имеется четкий распорядок работы, предварительная запись пациента в кабинете, регистратуре рентгенологического отделения. За счет рационального использования рабочего времени, четкой организации труда удалось повысить пропускную способность кабинета. Подобный вариант обследования подростков призывного и допризывного возраста обеспечивает более высокое качество исследования, осуществляет диагностический процесс по оптимальному алгоритму.

ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА В ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ № 5

Во всем мире с каждым годом все больше людей сталкиваются с такой проблемой, как аллергия. Благодаря прогрессу, наша жизнь становится многообразнее и комфортнее, вместе с тем, все чаще мы отмечаем нежелание нашего организма адекватно отвечать на различные факторы окружающей среды — домашнюю и техническую пыль, шерсть животных, пыльцу растений. Этот неадекватный ответ носит название «аллергия». Выставленный диагноз не означает, что нужно опустить руки и покориться судьбе. При соблюдении определенных правил и своевременном лечении качество жизни может значительно улучшиться.

Чрезвычайно высокая частота встречаемости аллергических заболеваний диктует потребность в специалистах этого профиля в каждой детской поликлинике. Аллергоприем ДГКБ № 5 предназначен для детей до 18 лет и беременных женщин. Треть больных составляют иногородние и сельские жители, которым предоставляется консультация без очереди и направления. Аллергоприемы проводятся бесплатно.

В рамках приема осуществляется экспресс-диагностика «виновного» аллергена кожными скарификационными тестами, определение ФВД по пикфлоуметрии, проба на обратимость, провокационный холодовой тест и тест физического усилия, забор мазков из носа на местное аллергическое воспаление. При необходимости, оказывается экстренная помощь по купированию острой аллергической реакции и бронхиальной обструкции.

К преимуществам наблюдения пациентов с аллергией в ДГКБ № 5 относятся:

- одномоментное полное обследование на месте;
- бесплатный внеочередной осмотр по экстренным показаниям;
- льготные программы длительного наблюдения, разработанные специально для больных, не желающих лечиться по месту жительства;
- эксклюзивные виды обследования, не предоставляемые больше по области (специфическая диагностика JgE методом ИФА на 80 основных аллергенов);
- привлечение узких специалистов для консультаций по поводу смежной и фоновой патологии;
- скрининг-тестирование беременных женщин на выявление семейной предрасположенности к аллергическим заболеваниям будущего ребенка;

- обучение пациентов по программам «врач — больной — семья» гипоаллергенному образу жизни, самоконтролю ФВД в домашних условиях, самокоррекции базисной терапии под контролем пикфлоуметрии, навыкам пользования современными ингаляторами I-IV поколений, тактике поведения при обострении аллергического заболевания.

Многолетний опыт работы позволяет обозначить в аллергопульмонологии несколько тенденций. За последние 5 лет острая заболеваемость дыхательных путей не увеличилась, но выражен рост хронической патологии. В структуре последних легкие формы преобладают, в динамике их доля возросла в 3,5 раза, количество среднетяжелых форм снизилось. Это объясняется внедрением в практику формулярных схем лечения, использованием современных препаратов, позволяющих изменить течение заболевания. Суточная потребность в β_2 -агонистах уменьшилась в 2,5 раза. Инвалидность снизилась в 16 раз.

Ежегодно предсезонную аллергенспецифическую иммунотерапию получают 40-50 больных с диагнозом поллиноза. В результате, 50 % пациентов переводятся в длительную ремиссию. 73 % результатов оцениваются как отличные и хорошие. У всех больных в сезон обострения снижается потребность в медикаментах на 60-80 %.

Половина больных наблюдается с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, треть — с поллинозом, четверть — с кожными аллергиями. В тактике ведения больных акцент делается на профилактику (первичную, вторичную, третичную). Так, 85-90 % эпизодов острой крапивницы и отеков Квинке обусловлены паразитарной инвазией. Согласно данным литературы, лямблиоз в г. Кемерово обнаруживается у каждого шестого ребенка. Информативность выявления паразитов при исследовании кала не превышает 10 %. Поэтому банальные превентивные глистогонные мероприятия 2 раза в год позволяют профилактировать дебют многих аллергических заболеваний.

Учитывая все вышеизложенное, МУЗ ДГКБ № 5 приглашает посещать аллерголога не только с целью обследования и лечения, но и для профилактики аллергических заболеваний, помня, что осмотр этим специалистом показан всем здоровым детям из группы риска в возрасте 1, 3, 6, 9, 12 месяцев и 1, 3, 7 лет жизни.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА

Профилактика внутрибольничной инфекции была и остается важной проблемой медицины.

ДГКБ № 5 оказывает экстренную и плановую медицинскую помощь почти 9 тысячам детей, в больнице 200 коек хирургического профиля, осуществляется оперативная помощь по специальностям: урология, эндоскопическая хирургия, нейрохирургия, травматология и ортопедия, общая хирургия, ежедневно проводится до 15 плановых и 5 экстренных операций, более 3000 в год.

Операционный блок начал свою работу с 1981 года. Операционное отделение, состоящее из планового и экстренного блоков, расположено в главном корпусе больницы (6 этаж) и изолировано от других отделений. Такое расположение способствует максимальному снижению опасности занесения инфекции, обеспечивает возможность эффективной уборки помещений, соблюдение тишины и правильного распорядка дня в детском стационаре. Однако на протяжении 24 лет проводился только косметический ремонт и практически не менялось медицинское оборудование.

В плановом блоке проводят плановые операции по поводу аномалий и пороков развития органов грудной и брюшной полостей, мочеполовой системы с пластикой, операции по поводу пороков развития центральной нервной системы и спинного мозга, пластические и корригирующие операции костно-мышечной системы. В плановом операционном блоке имеются 3 изолированных операционных зала. Каждая операционная включает предоперационную и инструментальную для дезинфекции и хранения чистого инструмента. С помощью Администрации города Кемерово был проведен капитальный ремонт планового блока. В настоящий момент операционная планового блока отвечает всем требованиям по профилактике внутрибольничного инфицирования при оперативных вмешательствах детям, новорожденным и подросткам.

Экстренная операционная оснащена всем необходимым оборудованием и инструментарием для проведения экстренных операций. Здесь оказывают экстренную помощь детям при различной патологии внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и черепно-мозговых травмах. Экстренный блок состоит из операционного зала, с прилегающей к нему предоперационной, аппа-

ратной и инструментальной; санпропускника с душевой кабиной, материальной, манипуляционной, гипсовым кабинетом, кабинета эндоскопии.

За операционным отделением закреплены 5 перевязочных кабинетов, которые расположены непосредственно в хирургических отделениях, где за год проводится около 30 тысяч перевязок и манипуляций.

Анализ микробного пейзажа отделения в динамике за 3 года показывает стабильное соотношение патогенной и условно патогенной флоры, за исключением 2004 года, где удельный вес патогенной флоры несколько выше предыдущих за счет изменения структуры патогенной микрофлоры в сторону увеличения плесневых грибов. Для повышения эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, в практику работы внедрены современные малотоксичные, экологически безопасные средства для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации. Так, в последние 3 года стали широко использовать дезинфектанты нового поколения: Новодез-Дез, Бриллиант, Вегасепт-Форте, Вапусан и др. Также внедрены, наряду с общеизвестными рецептурами стерилизующих С-4 и 0,5 % спиртового раствора хлоргексидина, новые: АХДез-3000, Септоцид Р+, Оллсепт С и др.

Температурный режим в операционных постоянно поддерживается на уровне 21-25°C, медицинский персонал может самостоятельно регулировать температуру. Влажность воздуха 50-65 %, скорость движения воздуха 0,3-0,5 м/сек, кратность воздухообмена 16-20 раз в час. Приток чистого профильтрованного воздуха проводится за счет работы специальных стерилизующих установок сплит-системы. Отопление операционных осуществляется электроплитами, вмонтированными в стены. Искусственное освещение соответствует санитарным нормам. Имеется источник аварийного освещения, который включается автоматически при каких-либо перебоях централизованного электроснабжения. Из операционных убраны окна, являющиеся одним из источников микробного обсеменения.

Произведена замена старого медицинского оборудования и инструментария на новое современное. Каждая операционная оснащена двумя ультрафиолетовыми бактерицидными камерами «Ультра-лайт», поддерживающими стерилизацию

стерильного инструментария в течение 7 суток. Приобретены универсальные высокочастотные хирургические аппараты, что позволяет наносить минимальный вред тканям пациента при резании и коагуляции. Установлены новые наркозно-дыхательные аппараты. Каждая предоперационная оборудована дозаторами для жидкого мыла и антисептика, диспенсерами для одноразовых салфеток. В предоперационных и инструментальных установках установлены нагревательные приборы для подогрева воды в осенне-весенний период, что является актуальным в работе операционного блока и профилактики ВБИ.

За последние 3 года в больнице внедрены малые инвазивные методы хирургического лечения, такие как диагностическая лапароскопия и лапароскопические операции. Другим прогрессивным направлением в клинике является разработка и внедрение новых малотравматичных методов оперативного лечения повреждений опорно-двигательного аппарата — лечение переломов длинных и коротких трубчатых костей накостным остеосинтезом. Внедрены новые альтернативные методики в нейрохирургической практике, что позволило сократить количество инфекционных осложнений с 25 % до 3 %.

Проводимая работа по профилактике внутрибольничного инфицирования определяется системной планирования, которая разработана, принята и действует на основе санитарных требований, приказов МЗ РФ, с учетом конкретной эпидемиологической ситуации.

Проведение дезинфекционно-стерилизационных мероприятий в операционном блоке ложится преимущественно на медсестер. В силу своих профессиональных обязанностей, они непосред-

ственно контактируют с инфицированными пациентами, их выделениями, секретами, ранами, повязками. От уровня профессиональной дисциплины и знаний зависит выполнение ими всех мероприятий, необходимых для предупреждения возникновения инфекций в операционных блоках и перевязочных.

В операционном блоке работу среднего медицинского персонала осуществляют 15 медицинских сестер, укомплектованность составляет 73 %. Все операционные медицинские сестры имеют сертификат специалиста. Средний возраст сестер 35 лет.

Работа по повышению квалификации и профессионализма, отработке навыков и умений средних медицинских работников носит постоянный характер. На базе больницы имеется филиал научно-медицинской библиотеки, где для обеспечения условий самоподготовки операционных и перевязочных сестер оформлен стенд с информационно-методической литературой и представлены разделы асептики и антисептики, санитарно-гигиенические нормы. В операционном отделении собрана библиотечка специальной литературы по методике проведения различных операций и манипуляций.

Несмотря на достигнутые положительные результаты в профилактике ВБИ, за последние 3 года не только не снижаются, но и повышаются требования к медицинскому персоналу, к соблюдению им санитарно-эпидемиологического режима в соответствии с действующими приказами и санитарными правилами, неукоснительное выполнение которых является слагаемым высокого уровня оказания медицинской помощи, способной выдержать конкуренцию на рынке медицинских услуг.

ЛУБКОВА Н.С.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

Проблема инородных тел дыхательных путей у детей, особенно раннего возраста, во все времена оставалась актуальной для хирургов, педиатров и врачей-эндоскопистов. Бурное развитие заболевания, сложность диагностики, присоединение угрожающих жизни ребенка осложнений легких, тяжелые последствия, связанные с аспирацией инородных тел, объясняют сложность и актуальность данной проблемы.

За пять лет (2000-2004 г.) в клинике детской хирургии МУЗ ДГКБ № 5 наблюдались 95 паци-

ентов с подозрением на инородное тело трахеобронхиального дерева (ТБД). Все дети поступали в клинику по неотложным показаниям. Из них, по скорой помощи из дома поступили 28 больных, из других больниц переведены 34 ребенка, 15 пациентов поступили по направлениям из поликлиник города и 18 детей были из других городов и районов области, им помощь оказывалась по санитарной авиации на месте. Возрастной состав: дети первого года жизни — 19 человек (20 %), 1-3 года — 58 (61 %), 3-7 лет — 7 (7,4 %), 7-13 лет — 11 человек (11,6 %).



Клинические проявления инородных тел ТБД зависят от многих факторов. Возраст ребенка, локализация инородного тела, его характер, давность аспирации — все это обуславливает особенности клинической картины. Так, инородные тела растительного происхождения (горошины, фасоль, зерна подсолнухов и орехов) склонны к быстрому набуханию, вызывают частичную или полную обтурацию бронха, быстро приводят к ателектазам и раннему инфицированию с развитием тяжелой пневмонии.

Диагностика инородных тел ТБД в типичных случаях не представляет трудностей. Одним из важных факторов в постановке диагноза является сбор анамнеза, в котором, как правило, обнаруживаются четкие указания на аспирацию инородного тела. Однако родители часто не ставят факт аспирации в связь с развитием заболевания. Это ведет к поздней диагностике инородных тел ТБД. Кроме того, при подробном сборе анамнеза, помимо прямых указаний на аспирацию каких-то предметов, необходимо учитывать и косвенные данные — игру с мелкими фрагментами игрушек, доступность ребенка к орехам, семечкам.

Из 95 обследованных детей, госпитализированных в ранние сроки, у 56 пациентов имелись убедительные анамнестические данные о факте аспирации. В 8 случаях были установлены косвенные признаки аспирации инородного тела. В 18 наблюдениях указаний на аспирацию не было установлено. К сожалению, у 13 детей факт аспирации был выявлен в поздние сроки, они были госпитализированы уже в периоде развившихся осложнений. С самого начала эти дети ошибочно лечились амбулаторно или в соматических стационарах с диагнозами ОРВИ, острый бронхит, пневмония, обследовались с подозрением на туберкулез.

В клиническом течении инородных тел ТБД можно выделить три периода: острые респираторные нарушения, которые по времени соответствуют моменту аспирации и прохождению инородного тела через верхние дыхательные пути, период скрытого течения, период осложнений.

Длительность первого периода варьирует от нескольких минут до нескольких часов. В это время инородное тело задерживается на уровне гортани или трахеи и позже смещается в бронх. Симптомы этого периода (острый приступ кашля, задержка дыхания, цианоз лица, повторные приступы кашля до рвоты, хриплое дыхание) отмечены нами в 72,6 % случаев (69 детей).

У 26 детей (27,4 %) момент аспирации прошел незаметно или не привлек внимание родителей. Второй период наступает после перемещения инородного тела в бронх, причем, чем дальше от

главных бронхов оно остановится, тем менее выражены клинические симптомы.

Период скрытого течения был отмечен у 28 детей. В это время исчезали внешние проявления аспирации, дыхание стабилизировалось, поведение детей становилось обычным. Единственным признаком неблагополучия оставались жалобы на беспричинные приступы кашля или возникновение его при перемене положения тела, в редких случаях у детей отмечался субфебрилитет. Обычно родители и педиатры расценивали эти симптомы как результат легкой простуды, и дети лечились амбулаторно, что вызывало развитие разного рода осложнений.

В качестве примера можно привести следующее наблюдение. Девочка в возрасте одного года поступила в клинику через месяц от начала заболевания. При беседе с матерью удалось выяснить, что на фоне полного здоровья, играя с игрушками, ребенок внезапно закашлялся, появилась гиперемия лица, затем рвота. Через несколько минут кашель купировался, состояние ребенка нормализовалось. Однако в течение пяти дней у ребенка отмечались периодические, непродолжительные приступы кашля. На шестой день отмечен подъем температуры до 39°C. Лечилась на участке с диагнозом острый бронхит. Несмотря на лечение, через неделю состояние ухудшилось, появились одышка и дистанционные хрипы.

Больная была госпитализирована в соматическое отделение с диагнозом острый бронхит, пневмония справа. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (ОГК) выявлена эмфизема нижней доли справа и смещение средостения влево. В связи с неэффективностью проводимого лечения, нарастанием дыхательной недостаточности, через две недели девочка была переведена в соматическое отделение областной больницы. Здесь, на повторной рентгенограмме ОГК, была отмечена выраженная эмфизема уже всего правого легкого и медиастинальная грыжа, средостение полностью смещено влево. Аускультативно справа отмечено шумное дыхание с наличием разнокалиберных хрипов, особенно в нижних отделах. Перкуторно определялся коробочный звук.

Учитывая эти клинико-рентгенологические данные, ребенок был переведен в хирургическое отделение МУЗ ДГКБ № 5 с диагнозом: Инородное тело правого бронха. В этот же день выполнена бронхоскопия, на которой в правом главном бронхе обнаружен кедровый орех, окруженный грануляциями. Инородное тело было удалено. На следующий день на контрольной рентгенограмме ОГК синдром нарушения бронхиальной проходимости купирован. В последующем ребенок получал консервативное лечение и через месяц, в удовлетворительном состоянии, выписан домой.

В третьем периоде в клинику поступили 14 детей. У всех было тяжелое состояние с симптомами выраженной дыхательной недостаточности, в 4-х случаях с ателектазами, в двух с легочным кровотечением и у 9 пациентов имела место тяжелая пневмония.

Из 95 детей в первые часы после аспирации бронхоскопия была проведена 14 детям, в первые сутки 31 ребенку, до трех суток 7 детям, до 10 дней 19 больным, позже, в период до десяти месяцев – 24 пациентам.

Помимо общеклинического, всем детям проведено рентгенологическое обследование. В трех случаях было выявлено рентгеноконтрастное инородное тело. У 67 пациентов (70,5 %) имелись косвенные признаки нахождения инородного тела:

- 36 случаев эмфиземы легкого со смещением средостения в противоположную сторону (что указывало на клапанный механизм обтурации бронха),
- 13 случаев эмфиземы легкого без смещения средостения,
- 4 случая ателектаза доли легкого,
- 5 случаев гиповентиляции легкого,
- 7 случаев умеренной пневматизации легкого.

Незначительные изменения на рентгенограмме, не позволяющие подтвердить наличие инородного тела, выявлены у 17 детей. У 11 детей рентгенограмма была без изменений. Рентгенологическая картина и, соответственно, объективные симптомы в значительной степени обусловлены локализацией инородного тела и его отношением к просвету бронха (частичная или полная обтурация, клапанный механизм).

По нашим наблюдениям, незначительные изменения на рентгенограмме или отсутствие какой-либо патологии не могут служить поводом для окончательного исключения инородного тела, так как при малых сроках с момента аспирации и незначительной степени обтурации рентгенограммы могут быть не информативны.

Таким образом, ведущее место в диагностике инородных тел дыхательных путей занимает эндоскопическое исследование, которое необходимо проводить во всех случаях малейшего подозрения на пребывание в бронхах инородного тела. Трахеобронхоскопия является единственным способом осмотра бронхиального дерева, и только она дает возможность извлекать инородное тело под контролем зрения, не прибегая к торакотомии. Основной задачей бронхоскопии является обнаружение инородного тела, по прямым или косвенным признакам, и его удаление.

При проведении бронхоскопии мы придерживались определенных технических правил. Вначале проводилась обзорная бронхоскопия для определения локализации и количества инородных тел. При выявлении инородного тела важно зах-

ватить его, не протолкнув вглубь бронхов, откуда его извлечь гораздо труднее, порой даже невозможно. Отыскание и удаление инородного тела при бронхоскопии тем легче, чем раньше оно производится. Если бронхоскопия предпринимается через несколько дней или месяцев после аспирации, оно не всегда обнаруживается сразу. При труднодоступных и плохо видимых инородных телах, что наблюдается при выраженном воспалении и разрастании грануляций, особенно вследствие кровотечения из них, мы не стремились во что бы то ни стало извлечь их. После туалета бронхов, симптоматического лечения, воспалительные явления уменьшаются, и при повторной бронхоскопии через 1-2 дня становится возможным их удаление.

Одним из основных условий успешного удаления инородных тел является проведение ригидной бронхоскопии под наркозом. Полная неподвижность больного и бронхов гарантирует минимальную травматичность вмешательства, не ограничивает во времени, дает возможность тщательного осмотра ТБД и осуществления всех необходимых манипуляций. У больных с выраженной дыхательной недостаточностью этот метод является единственно надежным.

Из 95 обследованных детей, при бронхоскопии инородные тела выявлены в 71 случае. У 10 детей на бронхоскопии были обнаружены явления локального эндобронхита, грануляции, что подтверждало присутствие ранее находившегося инородного тела. Два ребенка самостоятельно откашливали инородные тела после постановки премедикации. В 12 случаях инородное тело не обнаружено.

Частота преимущественной локализации инородных тел, по нашим данным, приходилось на правую половину ТБД и составило 53,1 % (43 ребенка). На левую половину ТБД приходилось 33,3 % (27 детей). Локализация в трахее составила 7,4 % (6 детей), множественные инородные тела выявлены в 6,2 % случаев (5 детей).

По характеру инородных тел абсолютное большинство органического происхождения (орехи, семечки, горох, фасоль и т.д.) – 86 %, неорганического 14 % (копачки ручек, кнопка, бу-синка, ампульное стекло и т.п.).

Бронхоскопическим методом удалены 69 инородных тел. В 2-х случаях они были плотно фиксированы к стенкам бронха, окружены грануляциями, сроки нахождения их равнялись 3 и 10 месяцам, что привело к развитию хронического воспаления в легком и образованию бронхоэктазов. Все попытки удаления этих инородных тел бронхоскопическим методом были неудачны. В первом случае ребенку 2,5 лет со сроком нахождения инородного тела 10 мес. была проведена торакотомия справа с удалением нижней

доли правого легкого. В просвете нижнедолевого бронха обнаружен кедровый орех. Другому ребенку в возрасте 13 лет (срок нахождения инородного тела 3 мес.) была проведена бронхотомия левого главного бронха с удалением последнего, которым оказался колпачок ручки.

18 детям проводились повторные бронхоскопии с целью удаления оставшихся кусочков инородных тел в сегментарных бронхах, санации бронхов, удаления грануляций, предоперационной подготовки, проведения бронхографий. Бронхографические исследования проведены 6 детям, у одного выявлен деформирующий бронхит, у второго — цилиндрические бронхоэктазы.

После бронхоскопического обследования и удаления инородных тел всем детям делали кон-

трольную обзорную рентгенограмму ОГК. При длительно находившихся инородных телах бронхов детям назначали курс антибактериальной терапии, физиолечение, при необходимости, ингаляции и перкуссионный массаж.

В поликлинике все дети после удаления инородных тел ТБД подлежат диспансерному наблюдению в течение двух лет.

Таким образом, проблема лечения детей, аспирировавших инородные тела, может быть успешно решена только совместными усилиями педиатров, отоларингологов, эндоскопистов и детских хирургов. Единый подход к диагностическим и лечебным принципам и обеспечение преемственности в лечении этих детей уменьшает число серьезных осложнений и последствий.

ЛЮТОВ К.В., КОРОСТЕЛЕВ А.А., ГОРДЕЕВ С.М.
*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
МУЗ Клинический консультативно-диагностический центр,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ИММУНОКОРРЕКЦИЯ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ФУРУНКУЛЕЗЕ У ПОДРОСТКОВ

Бактериальные инфекции кожи являются важной клинической проблемой ввиду их распространенности во всем мире и недостаточной эффективности терапии.

В последние годы отмечается неуклонный рост числа больных, обращающихся к врачу по поводу лечения инфекционно-воспалительных заболеваний кожи: острого и хронического рецидивирующего фурункулеза (ХРФ), рецидивирующих ячменей и пиодермии, торпидных к традиционно назначаемой терапии.

В связи с тем, что в основе этой патологии лежат нарушения в иммунном статусе, для выбора адекватной терапии необходима комплексная оценка иммунного профиля больных.

У подростков с хроническим рецидивирующим фурункулезом (ХРФ) был проведен полный анализ состояния клеточного и гуморального иммунитета. Основные изменения сводились к следующим показателям: снижение количества лимфоцитов, снижение Т-хелперов, NK-клеток, В-лимфоцитов, снижение содержания иммуноглобулинов G и M.

Для иммунокорректирующей терапии использовались препараты ликопид и иммунофан. Клинические эффекты ликопида обусловлены его выраженной способностью стимулировать противинфекционный иммунитет и, прежде всего ак-

тивность клеток моноцитарно-макрофагальной системы. Ликопид быстро и сильно стимулирует все звенья противовирусной иммунной защиты организма: фагоцитоз, гуморальный иммунитет, цитотоксическую активность макрофагов NK-клеток, Т-лимфоцитов.

Применение иммунофана позволяет быстро и эффективно нормализовать измененные параметры иммунологической реактивности. Помимо стимуляции иммунологической реактивности, иммунофан обладает выраженной способностью активировать антиоксидантную систему организма. Это проявляется в усилении активности каталазы и синтеза антиоксидантных белков — церулоплазмينا и лактоферина.

При (ХРФ) ликопид и иммунофан использовались нами в комплексе с другими мероприятиями, направленными на повышение общей резистентности организма ребенка (коррекция питания, витаминотерапия, санация очагов хронической инфекции).

Для проведения иммунокоррекции взяли 67 подростков с хроническим рецидивирующим фурункулезом, из которых 32 ребенка имели клинические проявления заболевания и 35 подростков в стадии ремиссии.

В первой группе отмечался выраженный клинический эффект. У большинства детей отмеча-

лось abortивное течение инфекционно-воспалительного процесса на стадии начала формирования фурункула, (гнойные пустулы подсыхали в течение 1-2 суток после местной обработки антисептическими растворами, оставляя безболезненные пигментированные участки); во второй группе в ряде случаев полностью прекращалось рецидивирование фурункулеза;

В результате проведенного лечения, в 63 % случаев сроки выздоровления подростков, получавших иммунокорригирующую терапию, сокращались практически вдвое.

На фоне иммунокоррекции отмечались положительные изменения гематологических и иммунологических показателей — увеличение исходно сниженного общего числа лейкоцитов и нейтрофилов, повышение числа Т-лимфоцитов и Т-хел-

перов, а также естественных киллеров. Было выявлено достоверное увеличение содержания сывороточного IgG у тех подростков, у которых до начала лечения отмечались низкие уровни данного показателя.

Таким образом, в наших исследованиях установлено, что развитие клинического эффекта при использовании иммуностропных препаратов, также сопровождается нормализацией лабораторных показателей.

Интересные результаты были получены нами и при проведении иммунопрофилактики хронического рецидивирующего фурункулеза. Так, наиболее оптимальным для профилактики рецидива заболевания, является применение ликопада и иммунофана в период ремиссии заболевания с повторением курса через три месяца.

МАРЧЕНКО И.В.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Конец XX — начало XXI века в медицине ознаменовалось бурным развитием гомеопатического метода. Юридической базой для его внедрения в практическое здравоохранение стал приказ № 335 МЗ РФ от 29.11.95 г. «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении».

Гомеопатия — это метод клинической фармакологии, который базируется на основе принципа подобия и действия ничтожно малых доз веществ, которые в сильнейших разведениях указывают четкое действие на протоплазму. Гомеопатические препараты подбираются строго индивидуально, с учетом конституционных особенностей, сопутствующих заболеваний, психоэмоционального состояния. Они не восполняют дефицит чего-либо в организме, а направлены на восстановление его саморегуляции, помогая ему справиться с недомоганиями. Порой организм уже не восприимчив к массивным ударам химических препаратов, зато тонко откликнется на лечебные импульсы гомеопатических лекарств.

Не секрет, что при целом ряде заболеваний выбор препарата определяет не только исход заболевания, но и дальнейшую судьбу пациента. Опасения врачей прошлого, что лечение может быть тяжелее самой болезни, сохранило актуальность, несмотря на достижения фармакологии. Поэтому нет ничего удивительного в том, что именно у современного человека, который на повседневном опыте убеждается не только в положительных, но и в отрицательных результатах

химических лекарств, появилась вполне понятная осторожность и даже страх перед интенсивным применением лекарственных средств. Особенно это актуально в педиатрии.

Преимущества гомеопатического метода лечения:

- лечение малыми дозами экологически чистых веществ;
- индивидуальный подход;
- высокая эффективность;
- отсутствие противопоказаний;
- отсутствие побочных явлений;
- отсутствие привыкания.

Все это позволяет применять гомеопатические препараты с первых дней рождения и до глубокой старости.

В нашей клинической больнице, совместно с неврологами, мы обобщили опыт лечения гомеопатическими препаратами детей с диагнозом постгипоксическое поражение центральной нервной системы с синдромом повышения внутричерепного давления.

Под наблюдением находились 52 ребенка в возрасте от 2-х недель до 2-х лет. Критериями отбора служили:

1. Клинические данные — беспокойный сон, повышенная возбудимость, срыгивания, тремор, повышение тонуса мышц, нарушение сна.
2. Данные функционального обследования — ЭХО-ЭГ (усиленная пульсация боковых желудочков), РЭГ (изменения тонуса мелких сосудов, нарушение оттока в бассейнах вен).

3. Отказ родителей от медикаментозного лечения.
4. Неэффективность медикаментозного лечения.

Все дети были проконсультированы неврологом.

В качестве конституциональных препаратов применялись Калькарея карбоника, Барита карбоника, Силиция, Хамомилла, препараты, улучшающие венозный отток — купрум, цинк; препараты, улучшающие капиллярное кровообращение — арника. При выраженном ночном беспокойстве назначался апоцидум.

Дети находились под наблюдением от 1 до 3-х лет, были обследованы в динамике, осмотрены неврологом. Через 3 месяца непрерывного лечения улучшение отмечалось в 75 % случаев. Критериями положительной динамики считались нормализация сна, снижение возбудимости ребенка, нормализация ЭХО-ЭГ, РЭГ. После достижения стойкой ремиссии дети в течение 1-1,5 мес. получали курсами поддерживающую терапию. Результаты наблюдений позволили сделать вывод, что при лечении детей с перинатальной патологией центральной нервной системы гомеопатические препараты эффективны.

Возможности гомеопатического лечения велики. Очень благодарно лечатся у детей заболевания желудочно-кишечного тракта, включая язвенную болезнь желудка. При лечении этих заболеваний очень важны субъективные ощущения больного, ведь мы лечим не болезнь, а конкретно больного. Назначение препаратов зависит и от характера боли, и от положения больного для облегчения боли, и от настроения, и даже от предпочтения в еде.

Хорошие результаты получены при назначении комплексных гомеопатических препаратов. При изготовлении таких препаратов смешивают несколько разных веществ, которые наиболее эффективны для большинства пациентов. Несмотря на то, что эти препараты комплексные,

при их назначении тоже учитываются индивидуальные особенности больных.

За три года пролечены 200 детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: дискинезией желчевыводящих путей, хроническими гастродуоденитами, язвенной болезнью желудка. Большинство из них получали лечение по обычной схеме: желчегонные препараты, ферменты, биопрепараты, антибактериальная терапия, ингибиторы протонной помпы. Но через месяц после окончания лечения вновь отмечались диспептические явления, болевой синдром.

После назначения гомеопатических препаратов («ЭДАС»-113, 114, 954, 124, 129, Гепатонорм, Нормогаст, Гастронал, Траумель-С), с учетом индивидуальных показаний, в 93 % случаев в течение года отмечалась длительная ремиссия. В дальнейшем эти дети 2 раза в год получали противорецидивное лечение гомеопатическими препаратами. Наблюдение за детьми в течение 1-3-х лет подтвердило специфическое воздействие гомеопатических лекарственных средств на состояние слизистой оболочки органов пищеварения.

Гомеопатическое лечение является альтернативой оперативному лечению разрастаний лимфоидной ткани в носоглотке и миндалин.

За период 2002-2004 гг. пролечены 93 ребенка с аденоидными разрастаниями. Им назначались комплексные препараты ЭДАС-125, Аденоидосан, подбирались индивидуальные монопрепараты, масло Туи местно в нос курсами. Эффективность лечения составила 80 %. Курс лечения составил от 3-х до 6 месяцев. На фоне лечения восстановилось носовое дыхание, дети стали реже болеть, отмечалось значительное уменьшение разрастания лимфоидной ткани, что констатировал отоларинголог.

На прием врача-гомеопата приходят дети, имеющие заболевания верхних дыхательных путей, аллергические заболевания, паразитарную инвазию и, в большинстве случаев, гомеопатические препараты дают положительный эффект.

МАРЧЕНКОВА Н.М., ГОРДЕЕВ С.М., ВОРОБЬЕВ А.М.
*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТЯХ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Сколиоз — одно из фенотипических проявлений генетически детерминированного, сложного и многогранного диспластичес-

кого развития организма. Это одно из самых частых ортопедических заболеваний у детей, лечение которого не всегда дает положительный

результат. И не только потому, что оно лишено противопричинной направленности. Оно ограничено в возможностях, главным образом, потому, что если удастся добиться положительной динамики течения болезни, но всегда остается возможность предположения банального самоизлечения от «функционального, не структурального» сколиоза.

Сколиоз сопровождается образованием устойчивого двигательного-патологического состояния, дегенеративно-дистрофическими процессами в тканях, ослаблением связочного аппарата и мышечного корсета.

В условиях специализированного ортопедического отделения процесс консервативного лечения направлен на прекращение прогрессирования, восстановление координации работы мышц спины, увеличение силы мышц, уменьшение утомляемости, устранение асимметрии силы мышц и нейромиодистрофических изменений, улучшение состояния нервных клеток спинного мозга, укрепление мышечного корсета, ликвидацию субъективных ощущений.

За период 2002-2004 гг. в ортопедическом отделении МУЗ ДГКБ № 5 пролечено 314 детей со сколиотической болезнью. У 165 больных была выявлена I-я степень; у 117 – II-я степень; у 32 – III-я степень.

Общеизвестно, что если сколиоз диагностируется в возрасте 4-8 лет, то это почти всегда поясничный сколиоз, большей частью левосторонний. В возрасте 9-11 лет уже значительно чаще встречаются грудно-поясничные сколиозы, в 12-14 лет сколиозы, как правило, комбинированные и, чем старше ребенок, тем чаще грудная кривизна по глубине превалирует над поясничной.

Аналогичное распределение по локализации деформации можно проследить на примере нашего отделения: в исследуемой группе на I-м месте поясничный сколиоз (128 чел.); на II-м месте S-образный грудно-поясничный сколиоз

(101 чел.); на III-м месте C-образный грудно-поясничный сколиоз (56 чел.); на IV-м месте грудной сколиоз (17 чел.). В пяти случаях выявлен кифосколиоз, врожденные формы у 7 больных.

В группе с III-й степенью сколиоза хирургическая коррекция проведена у одного ребенка. Все остальные дети этой группы получали консервативное лечение.

В условиях специализированного ортопедического отделения дети со сколиотической болезнью получали курс комплексной разнонаправленной терапии: лечебную гимнастику, укрепляющий массаж, теплотечение, электростимуляцию ослабленных мышц спины и живота, бальнеолечение, лечебное плавание, ортопедические укладки, ультразвук.

Кроме того, нами использованы не только традиционные методы, но и современные технологии, включающие лазеротерапию, сканартерапию, квантовую терапию, ИРТ, Боссы. В комбинированном курсе лечения данных больных уделялось внимание коррекции остеопороза и общеукрепляющей терапии.

При анализе результатов консервативного лечения детей с I-II степенями сколиоза в 95 % случаев отмечена стабилизация деформации, в 3 % – улучшение рентгенологической картины, т.е. уменьшение деформации по Коббу, и только в 2 % случаев заболевание продолжало прогрессировать.

Обязательным условием для достижения положительного эффекта является постоянный контроль за больным до окончания роста скелета, с повторением ежегодных 3-4-х кратных курсов лечения в условиях специализированного учреждения и выполнением ортопедического режима в домашних условиях.

Таким образом, опыт лечения детей со сколиотической болезнью в специализированном ортопедическом отделении доказывает возможность стабилизации сколиотической деформации, а в ряде случаев – возможность достижения положительной динамики.

МИНАЕВА Т.А., ГАУС Е.Г., ФОКИН А.П.
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Проблема варикозного расширения вен малого таза у женщин остается одной из актуальных проблем медицины. Для женщин раннего репродуктивного возраста характерно прогрессирующее течение и преобладание

доклинических форм заболевания. Трудности диагностики связаны с отсутствием четкой симптоматики и крайне узким выбором доступных и информативных методов исследования сосудистой системы.



Цель исследования: Определить информативность ультразвукового исследования и доплерографии в диагностике варикозного расширения вен малого таза у женщин раннего репродуктивного возраста.

Материалы и методы: Обследовано 150 женщин раннего репродуктивного возраста в возрасте 15-20 лет. Все обследуемые были разделены на две группы. В обеих группах преобладали пациентки 16-18 лет. Основную группу составили 100 женщин с признаками варикозного расширения вен малого таза, в группу сравнения вошли 50 практически здоровых женщин.

Всем пациенткам проводилось исследование венозной системы малого таза при помощи ультразвуковой сонографии и доплерографии. Ультразвуковое исследование выполнялось на ультразвуковых аппаратах «Aloka SSD 630» и «Acuson-128 xp/100», работающих в режиме реального времени. Для лучшей визуализации использовался трансвагинальный датчик с частотой 5 мГц.

Оценка состояния венозной системы малого таза проводилась по следующим параметрам: локализация маточных, магистральных (внутренних подвздошных), аркуатных вен и тазовых венозных сплетений; форма и диаметр; степень эхогенности; наличие или отсутствие пульсовых колебаний, соответствующих частоте сердечного ритма.

Допплерографическое исследование проводилось при помощи ультразвукового аппарата «Hawk 2002» с вагинальным датчиком 5-7,5 мГц и спектральным датчиком 3,5-5 мГц. В качестве основного количественного показателя кровотока при доплерографии вен малого таза определялась пиковая систолическая скорость (V_{ps} — peak systolic velocity) — максимальная скорость венозного кровотока в систолу.

Результаты: Увеличение объема циркулирующей крови в венозном бассейне органов малого таза сопровождается флегогипертензией с последующей флебоэктазией, распространяющейся на весь венозный сектор внутренних гениталий. На эхограммах

появляются извитые, «червеобразные», анэхогенные структуры, проходящие по ребру матки.

Ответом на венозную застой в малом тазу является расширение магистральных (внутренних) подвздошных вен. Подобное изменение венозной архитектоники обуславливает появление на эхограммах анэхогенных образований, проходящих по внутренним стенкам таза, с нечеткими контурами.

Косвенным признаком выраженного флебостаза во внутренних гениталиях является появление в толще миометрия задней стенки матки расширенных внутриорганных (аркуатных) вен, прослеживающихся до внутреннего зева, в виде линейных анэхогенных включений.

Проведенное ультразвуковое исследование венозной системы малого таза у женщин раннего репродуктивного возраста выявило достоверное увеличение диаметра всех основных венозных магистралей малого таза.

Увеличивающийся объем циркулирующей крови в венозном бассейне органов малого таза сопровождается значительным снижением скорости кровотока в венах. Кривая венозного кровотока теряет фазность, а его скорость снижается, вплоть до стаза крови.

По данным доплерографии, у пациенток раннего репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза было выявлено достоверное снижение пиковой систолической скорости кровотока во всех основных венозных магистралах малого таза.

Выводы:

1. Изучение венозной системы малого таза у женщин раннего репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза при помощи ультразвуковой сонографии и доплерографии выявило достоверное изменение венозной архитектоники внутренних гениталий.

2. Использованные методы показали себя высокоинформативными и являются методом выбора в диагностике варикозного расширения вен малого таза, доступны как для врача, так и для пациентки.

ПАВЛЕНКО С.А., МИХАЙЛЕНКО В.А., ГРАБУСОВА Е.Ю., АРТАМОНОВА О.Н.,
НОВОСЕЛОВА Н.В., ЗАЙКА Е.В., МИХАЙЛЕНКО С.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
Детский пульмонологический санаторий «Чайка»,
г. Кемерово*

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Вирусные заболевания респираторного тракта являются наиболее частой патологией у детей, занимая до 80-90 % в струк-

туре детской инфекционной заболеваемости. Частые заболевания ОРВИ способствуют развитию бактериальных осложнений, респираторного ал-

лергоза и формированию иммунной недостаточности. Среди данных больных каждый 4-5 ребенок может быть отнесен к группе часто болеющих. Эти пациенты болеют по несколько раз в течение года, независимо от сезонности. Причем заболевания отличаются длительностью, тяжестью, тенденцией к хроническому и рецидивирующему течению. Среди бактериальных осложнений инфекций верхних дыхательных путей у часто болеющих детей, прежде всего, встречаются синуситы, отиты и тонзиллофарингиты.

Основную долю хронической патологии ЛОР-органов в детском возрасте составляют заболевания лимфоэпителиального глоточного кольца Вальдеера-Пирогова. Ведущим и начальным симптомом аденоидных разрастаний является нарушение носового дыхания, что приводит к частым и затяжным насморкам. При дальнейшем развитии болезни возникают такие осложнения, как острый средний отит, синусит, вазомоторный ринит.

Традиционное медикаментозное лечение, как правило, бывает успешным в острой стадии заболевания. Однако оно не предупреждает развития рецидивов, профилактика которых позволяет сократить заболевания и уменьшить число часто болеющих детей.

Для реализации этой задачи лечение, на наш взгляд, следует проводить комплексно и поэтапно. Оно должно включать хирургическое вмешательство и терапию в острой стадии заболевания или при обострении, санацию хронических очагов инфекции и курс общеукрепляющих мероприятий (а может быть и несколько курсов), необходимым компонентом которых должна быть иммунотерапия.

Для подтверждения данного положения мы провели исследование в двух равнозначных группах детей в возрасте от 3 до 7 лет, по 25 человек в каждой, страдающих рецидивирующими средними отитами, синуситами, аденоидитами.

Первая группа получила лечение только в ЛОР-отделении в течение 10-14 дней и выписывалась домой с выздоровлением. Вторая группа, по согласованию с родителями, после аналогичного лечения была переведена в детский пульмонологический санаторий «Чайка», где осуществлялись реабилитационные мероприятия.

Результаты бактериологического исследования из очагов инфекции, проведенные в МУЗ ДГКБ № 5, показали, что наиболее частыми возбудителями синуситов и отитов являются *Staphylococcus aureus* (27 %), *Haemophilus influenzae* (22 %), *Moraxella catarrhalis* (13 %), различные формы *Actinobacter* (13 %), *Streptococcus pneumoniae* (10 %). Другие микроорганизмы высевались реже. У 13 % детей обнаружена смешанная микрофлора.

Лечение в острой стадии заболевания включало хирургическое вмешательство (парацентез, тимпанопункцию, пункцию верхнечелюстных пазух), антибактериальную, гипосенсибилизирующую терапию, антиоксиданты для уменьшения проницаемости и ломкости капилляров. Выбор антибактериальных препаратов определялся степенью чувствительности к ним высеваемой микрофлоры.

Большим, переведенным в пульмонологический санаторий после купирования острого процесса, в течение 21 дня проводились следующие оздоровительные мероприятия: активная местная иммунизация (преимущественно IRS-19 и имудон), фитотерапия, включающая сборы противовоспалительных, иммуностимулирующих, муколитических трав, физиотерапевтическое лечение (УФО, лазеротерапия, электрофорез и ультразвук), лечебная и дыхательная гимнастика, сауна, бассейн.

Сравнительный анализ лечения в обеих группах больных проведен по следующим параметрам: число обострений в течение года с момента выписки из ЛОР-отделения, суммарная длительность заболеваний (обострений) в днях, число случаев применения антибиотиков, суммарная длительность применения антибиотиков в днях.

Общее число обострений в основной группе составило 26, в сравнительной — 49. Суммарная длительность обострений — 269 дней и 526 дней, соответственно. Число случаев применения антибиотиков — 8 и 22, соответственно. Суммарная длительность антибактериальной терапии — 44 дня и 119 дней, соответственно.

Проведенная в пульмосанатории реабилитация показала выраженный положительный клинический эффект. В течение года в этой группе больных число обострений было в 1,9 раза меньше, чем в сравнительной группе, суммарная длительность обострений — в 2 раза меньше. Число случаев применения антибиотиков сократилось в 2,75 раза, а суммарная длительность антибиотикотерапии — в 2,7 раза. Это, несомненно, является хорошим прогностическим показателем для часто и длительно болеющих детей. В обеих группах пик заболеваемости отмечался в зимний период года, а спад — в летний.

Таким образом, комплексное этапное лечение с обязательным курсом реабилитационных мероприятий у детей с рецидивирующими заболеваниями ЛОР-органов позволяет добиться лучших клинических результатов, уменьшить частоту и длительность рецидивов и обострений. Это имеет важное профилактическое значение и дает выраженный положительный социально-экономический эффект.

ПЕРЕВОШИКОВА Н.К., БАСМАНОВА Е.Д., РОВДА Т.С.,
ВОЕВОДИНА Г.В., ГАНИНА А.В., ЛЯХМАН А.С.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская клиническая больница № 1,
г. Кемерово*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ

Муковисцидоз — генетически детерминированное заболевание экзогенной ткани поджелудочной железы в сочетании с повреждением экскреторной функции слизистых и потовых желез, передается по аутосомно-рецессивному типу наследования, является серьезной медико-социальной проблемой.

В настоящее время в городском пульмонологическом центре г. Кемерово состоит на диспансерном учете 18 детей с муковисцидозом 5-16 лет, что превышает среднюю распространенность заболевания в России — 1 : 100000. Следует отметить, что муковисцидоз в большинстве случаев выявляется достаточно поздно. Затрудняет диагностику заболевания отсутствие четких специфических клинических симптомов и небольшие диагностические возможности. Проблема ранней и точной диагностики усугубляется тем, что характер мажорных мутаций гена муковисцидоза в нашей стране отличен от такового на западе и генетические методы пока мало информативны. В настоящее время возможна идентификация 75 % мутантных хромосом. Тем не менее, вопрос о проведении скрининга новорожденным находится сейчас в стадии обсуждения. Предлагается тест с использованием иммунореактивного трипсина и ВМ=лабстик тест, но это достаточно дорогостоящие методики и массовое их внедрение на данном этапе представляется проблематичным.

Лишь у одного ребенка, наблюдаемого нами, муковисцидоз был выявлен относительно рано — в первые месяцы жизни, у всех остальных — в дошкольном возрасте (3-6 лет). Первоначально детям выставлялись повторные ОРВИ, простые и обструктивные бронхиты, пневмонии. Респираторные заболевания у пациентов, как правило, протекали с упорным, малопродуктивным, нередко коклюшеподобным кашлем. Во всех случаях респираторный синдром сопровождался умеренно выраженными кишечными нарушениями. Уже на первом году жизни родители предъявляли жалобы на неустойчивый характер стула у маленьких пациентов, отмечали его обильность, зловоние и вязкость. У десяти детей диагностировалось отставание в весе. В копрограммах неоднократно выявлялось высокое содержание нейтрального жира. Тем не менее, это не настораживало участковых врачей, и дети наблюдались в группе часто и длительно болеющих с сопутствующей фоновой патологией (дис-

биозиноз кишечника, расстройства питания, анемия и др.). В подавляющем большинстве случаев (83 %) муковисцидоз был диагностирован в условиях стационара. Основанием для постановки диагноза служили семейный анамнез (наличие подобных заболеваний у сибсов), клиническая картина, положительные результаты потового теста, стеаторея.

В настоящее время различают следующие клинические формы муковисцидоза: бронхолегочную, преимущественно кишечную, смешанную (легочно-кишечную). У всех наблюдаемых нами детей отмечалась легочно-кишечная (смешанная) форма заболевания, по тяжести течения преобладали легкие и среднетяжелые варианты.

В настоящее время, благодаря лучшему пониманию патогенеза заболевания, лечение больных муковисцидозом постоянно совершенствуется. Патогенетическая терапия включает лечебное питание, ЛФК, массаж, физиотерапию, при необходимости — современные антибактериальные средства. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы хорошо корригируется заместительными ферментами, покрытыми кислотоустойчивой оболочкой (креон, панцитрат, панкреалипаза). Ферментативные препараты назначаются в каждое кормление, стандартных доз не существует, показателем достаточности является прибавка массы тела (не менее 300 г в месяц) и оформленный характер стула (1 раз в сутки). У трех из шести наблюдаемых пациентов отмечается гиперреактивность бронхов, и применение противовоспалительных препаратов является необходимостью. Всем детям с муковисцидозом оформлена инвалидность и жизненно важные препараты пациенты получают бесплатно. В условиях пульмонологического центра большое внимание уделяется психологическому комфорту детей. Опытный психолог оказывает помощь не только маленьким пациентам, но и членам их семей. В течение последних лет появилась реальная возможность оздоровления детей с муковисцидозом в условиях санатория, как местного, так и за пределами области. Благодаря комплексному подходу в лечении детей, удается добиваться продолжительной ремиссии в течении заболевания (более одного года). У четырех детей показатели физического развития в настоящее время соответствуют средним величинам.



Как показывает практика, течение и прогноз муковисцидоза значительно ухудшают поздняя диагностика заболевания и отсутствие заместительной терапии в значимый для ребенка отрезок времени. В связи с этим, основные усилия врачей-педиатров должны быть направлены на раннее выявление заболевания. При ведении пациентов с упор-

ным кашлем, кишечным синдромом, часто и длительно болеющих всегда следует включать в план дифференциальной диагностики муковисцидоз и направлять детей на исследование потовой пробы в медико-генетическую консультацию. При подтверждении диагноза показано наблюдение в условиях городского пульмонологического центра.

ПЕРЕВОЩИКОВА Н.К., БАСМАНОВА Е.Д., КОБА В.И.,
БЛАГОВИДОВА Н.П., ВОЕВОДИНА Г.В., КУЦЕВА Н.А.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская клиническая больница № 1,
г. Кемерово*

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

В структуре детской смертности онкологические заболевания занимают третье ранговое место. В расчете на 100000 детского населения смертность детей от онкопатологии составляет от 6,0 до 8,7.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей наблюдения детей со злокачественными новообразованиями на педиатрическом участке. Исследования проводились на базе 2-й детской поликлиники МУЗ Детская клиническая больница № 1 г. Кемерово. В течение последних пяти лет в поликлинике ежегодно наблюдаются от 6 до 8 детей с онкологической патологией. В 2004 г. на диспансерном учете состояло 6 человек в возрасте от 5 до 17 лет: с остеогенной саркомой — 2 чел., с лейкозом, опухолью головного мозга, раком щитовидной железы, гистиоцитозом — по 1 чел. Злокачественные новообразования выявлялись приблизительно с одинаковой частотой, как у мальчиков, так и у девочек. В наших наблюдениях начало заболевания имело, как правило, острый или подострый характер. Клиника объемного процесса развертывалась на фоне полного благополучия, лишь в двух случаях началу заболевания предшествовали неблагоприятные факторы: психоэмоциональный стресс (развод родителей) и травма (сотрясение головного мозга). Наследственность по злокачественным новообразованиям была отягощена в двух случаях. Особая сложность возникла в некоторых ситуациях при постановке диагноза. От первых клинических проявлений заболевания до окончательного подтверждения диагноза проходило, в среднем, от 2 до 4 недель, однако нередко этот процесс затягивался и на более длительный срок (1-2 месяца). В настоящее время диагностические возможности ребен-

ка значительно расширены и включают не только рентгенологические исследования, но и ультразвуковые, компьютерные.

Продолжительность жизни пациентов с объемным процессом в наших наблюдениях, несмотря на лечение, не превышала 1-3 лет. Основной причиной смерти при злокачественных новообразованиях являлись множественные метастазы в жизненно важные органы, приводившие к развитию тяжелой раковой интоксикации, кахексии, легочно-сердечной недостаточности и отеку головного мозга. В 2004 году от злокачественного новообразования умер один ребенок (астроцитомы головного мозга).

Анализ амбулаторных карт детей, наблюдавшихся с онкологической патологией в детской поликлинике, показал высокую степень заинтересованности и ответственности педиатров, курирующих данных пациентов. С первых дней постановки диагноза дети регулярно наблюдались участковыми врачами и узкими специалистами, неоднократно осматривались зав. педиатрическими отделениями на дому. Своевременно и качественно проводилась коррекция лечения болевого синдрома, симптоматическая терапия. В поликлинике организована хорошая преемственность между лечебными учреждениями, курирующими ребенка с онкопатологией (поликлиника — онкологический диспансер — хоспис).

Как показывает практика, ведение детей со злокачественными новообразованиями требует от врача не только высокого профессионализма и мастерства, но и глубокого знания основ деонтологии, соблюдения этических норм поведения. Диагноз «рак» является тяжелой психической травмой, как для самого ребенка, так и для всех членов его семьи. В данной ситуации по-

мощь опытного психолога и психотерапевта является незаменимой, и отсутствие в штате поликлиники данных специалистов затрудняет оказание помощи в полном объеме данной категории пациентов.

В завершение хочется отметить, что прогноз заболевания и качество жизни пациентов во многом зависят от своевременности постановки диагноза. В этой связи роль первичного звена, участкового педиатра трудно переоценить.

ПЛОХИХ Д.А.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГАСТРОШИЗИСОМ

Одной из проблем хирургии новорожденных является лечение гастрошизиса. Актуальность проблемы продиктована высокими цифрами летальности, если в центральных клиниках страны она колеблется от 9,1 % до 41 %, то в ряде регионов нашей страны достигает 90-100 %, длительными сроками лечения (средняя продолжительность госпитализации составляет 50 дней), а также ростом числа больных с данной патологией, которое по последним данным составляет 1 : 2900 новорожденных.

Гастрошизис — тяжелый врожденный порок развития, характеризующийся дефектом передней брюшной стенки справа от нормально сформированной пуповины и внутриутробной эвентрацией органов брюшной полости (в основном, кишечник). В результате контакта кишечника с амниотической жидкостью утолщается его стенка, увеличивается диаметр кишки, висцеральная плевро покрывается фиброзным налетом, который спаивает петли кишечника в конгломерат, т.е. развивается картина асептического фиброадгезивного перитонита. В то же время, брюшная полость, лишенная внутренних органов, остается недоразвитой.

Главной проблемой в лечении данной патологии является преодоление висцеро-абдоминальной диспропорции (ВАД), которая, по данным литературы, наблюдается более чем у 70 % больных с гастрошизисом. В связи с этим, выбор метода операции — наиболее важная задача, которую приходится решать хирургу.

Вопрос оптимальной хирургической коррекции до сих пор остается нерешенным. Наиболее распространенная в прошлом для лечения врожденной эвентрации операция Гросса (первый этап пластики брюшной стенки с формированием большой вентральной грыжи) в настоящее время применяется редко.

Большинство авторов отдают предпочтение радикальной одномоментной пластике брюшной стенки (РПБС), при которой основным элементом преодоления ВАД является насильственное многократное мануальное растяжение передней брюш-

ной стенки с последующим вправлением эвентрированной висцеры и пластикой дефекта. Однако данный метод часто приводит к повышению внутрибрюшного давления, что ведет к нарушению гемодинамики, дыхательным расстройствам, острой почечной недостаточности, нарушению микроциркуляции стенки кишки, тромбозу брыжейки, с последующим летальным исходом. Выполнение этого метода невозможно при высокой степени ВАД.

В последнее время, для преодоления ВАД, хирурги стали применять различные пластические материалы, которые в виде заплат или мешков используют для увеличения объема брюшной полости. Наиболее распространена методика радикальной отсроченной пластики брюшной стенки (РОПБС), когда эвентрированные органы размещают в синтетическом мешке, подшитом к краю дефекта. В дальнейшем проводят дозированное уменьшение мешка, тем самым, вправляя органы в брюшную полость. В связи с длительным периодом вправления при данной методике, часто возникают септические осложнения, некротический энтероколит, некроз стенки кишки.

Целью настоящей работы является анализ собственного опыта лечения новорожденных детей с гастрошизисом.

Материалы и методы: В работе проанализированы истории болезни 44 новорожденных с гастрошизисом, поступивших в МУЗ ДГКБ № 5 за период с 1994 г. по 2004 г.

Из 44 больных было 29 мальчиков и 15 девочек. Умерло 19, из них 17 мальчиков и 2 девочки. Средняя масса тела составила 2300 г и колебалась от 1600 г до 3718 г. ВАД отмечена в 91 % случаев, а ВАД высокой степени — в 57 % случаев. Общая летальность составила 43 %. Коррекция порока выполнена в 39 случаях. У 5 пациентов (мальчики), в связи с тяжелой сопутствующей патологией, оперативное лечение не выполнялось — все умерли. Послеоперационная летальность составила 36 %.

В 37 случаях отмечался изолированный гастрошизис. При изолированном гастрошизисе после-

перационная летальность составила 27 %. У 7 пациентов отмечены другие пороки развития: атрезия различных отделов кишечника (5 детей), стеноз подвздошной кишки (1 ребенок). У 1 ребенка гастрошизису сопутствовали экстрофия мочевого пузыря, тотальная эписпадия и ВПС (ДМЖП). Сочетанные пороки отмечены в 16 % случаев, пороки кишечной трубки – в 14 %.

В зависимости от метода хирургического лечения, все больные разделены на три группы. В первой группе (7 детей) выполнялась операция Гросса. Во второй (15 новорожденных) выполнялась радикальная пластика брюшной стенки с мануальным растяжением брюшной стенки. В третьей группе (12 пациентов) использована радикальная отсроченная пластика брюшной стенки с использованием синтетического материала. Всего 34 ребенка.

У всех детей первой и третьей групп отмечалась высокая степень висцеро-абдоминальной диспропорции, во второй группе только у 5 пациентов, у 4-х пациентов этой группы висцеро-абдоминальной диспропорции не было. Во вторую группу не вошли прооперированные новорожденные с атрезией различных отделов кишечной трубки (4), в третью группу не вошел один ребенок со стенозом подвздошной кишки, т.к. во всех случаях они явились причиной осложнений со смертельным исходом и исказили результаты исследования.

Критериями сравнения результатов лечения в группах были уровень летальности, ранние послеоперационные осложнения и сроки лечения.

Результаты и обсуждение: В первой группе умерли 3 ребенка: один на третьи сутки после операции от сердечно-сосудистой недостаточности, у двоих причиной смерти были осложнения, связанные с развившейся спаечной кишечной непроходимостью. Во второй группе умерли 5 детей: двое от сепсиса, у трех детей возникли осложнения, связанные с синдромом повышенного внутрибрюшного давления: некроз кишки, напряженный пневмоторакс, тяжелые нарушения ге-

модинамики с анурией. В третьей группе умер 1 ребенок, у которого на фоне длительного синдрома псевдообструкции кишечника (более 2-х месяцев) развилась полиорганная недостаточность. Ранними послеоперационными осложнениями в первой группе были синдром повышенного внутрибрюшного давления (4) и синдром псевдообструкции кишечника (4). Во второй группе ведущим осложнением был синдром повышенного внутрибрюшного давления (12). В третьей группе в одном случае отмечен синдром псевдообструкции кишечника.

Средняя продолжительность госпитализации среди выживших детей составила: в первой группе – 49 дней, во второй – 52 дня, в третьей – 47 дней.

Результаты данного исследования позволяют считать радикальную отсроченную пластику брюшной стенки с использованием синтетического материала эффективным методом лечения гастрошизиса, позволяющим сократить летальность и число послеоперационных осложнений.

Выводы:

1. Радикальная отсроченная пластика брюшной стенки (РОПБС) с использованием синтетического материала позволяет решить проблему ВАД при гастрошизисе и исключить осложнения, связанные с синдромом повышенного внутрибрюшного давления.
2. РОПБС с использованием синтетического материала может быть использована при гастрошизисе с высокой и средней степенью ВАД.
3. Радикальная пластика брюшной стенки (РПБС) наиболее эффективна при гастрошизисе без ВАД и с умеренно выраженной степенью ВАД.
4. РПБС не должна применяться при гастрошизисе с высокой степенью ВАД.
5. Операция Гросса в настоящее время не должна применяться для лечения гастрошизиса, т.к. она не имеет преимуществ, по сравнению с РПБС и РОПБС, а имеет серьезный недостаток, связанный с вентральной грыжей, остающейся после операции.

ПОЛУКОНОВА Е.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ В СТАДИИ СЕРОЗНОГО И ПЕРФОРАТИВНОГО ПЕРИТОНИТА

На сегодняшний день проблема профилактики, ранней диагностики, адекватного лечения некротического энтероко-

лита (НЭК) остается актуальной в связи с тем, что летальность при различных методах лечения остается высокой и колеблется, по данным

литературы, от 17 % до 70 %. В подавляющем большинстве случаев летальные исходы при НЭК наблюдаются в стадии перитонита. В связи с этим наибольшую актуальность приобретает разработка мер профилактики осложнений НЭК. Присутствие настороженности неонатологов в отношении развития НЭК у новорожденных из группы риска, выработка оптимальных диагностических алгоритмов, комплекса лечебных мероприятий на разных стадиях заболевания, определение показаний и выбор метода оперативного вмешательства позволяют значительно улучшить прогноз для жизни при этом заболевании.

Материалы и методы: Проанализированы истории болезни 25 детей в возрасте от 3 суток до 3 месяцев, поступивших в ОРИН МУЗ ДГКБ № 5 в 1998-2003 гг. с диагнозом НЭК, перитонит. Больные разделены на две группы: 1-я — 10 детей, умершие, 2-я — 15 детей с благополучным исходом.

При анализе историй болезни оценивалось наличие факторов риска по развитию НЭК — состояний, способствующих централизации кровообращения, приводящих к гипоперфузии кишечной стенки (анте- и интранатальная гипоксия, асфиксия, кровотечение, синдром дыхательных расстройств), патологической контаминации и колонизации кишечника (воспалительные процессы мочеполовой системы у матери, признаки хориоамнионита). Определялись срок гестации, вес ребенка, срок манифестации заболевания, клинические проявления, адекватность терапии до госпитализации, состояние ребенка при поступлении (наличие синдрома системного воспалительного ответа, полиорганной недостаточности, показатели крови), соответствие диагноза клиническим проявлениям, эффективность комплекса консервативного лечения (антибактериальная, посиндромная терапия), показания, сроки и объем оперативного лечения, течение послеоперационного периода, исход.

Результаты: Дети 1-й группы поступили в ОРИТ в возрасте 2-15 суток. Пятеро детей были доношенными, с гипоксическим поражением ЦНС средней и тяжелой степени, вес при рождении 2800-4360 г. Трое детей родились со сроком гестации 36-38 недель, вес 1935-2700 г., двое детей имели тяжелое поражение ЦНС, один — зеленые околоплодные воды и изменение оболочек при рождении. Два ребенка родились при сроке 32 недели с весом 1730 г и 2500 г, имели выраженное поражение ЦНС гипоксического генеза. У всех пациентов отмечены хроническая гипоксия плода, фетоплацентарная недостаточность, очаги инфекции у матери, угроза прерывания беременности.

У 8 новорожденных манифестация НЭК наблюдалась в первые 3 суток. Клинически это про-

являлось изменением поведения ребенка, вялостью, отказом от груди, срыгиванием застойным содержимым, иногда с примесью крови, изменением характера стула (отсутствие или патологические примеси), нарушением пассажа по ЖКТ. У одного ребенка клинические проявления НЭК возникли на фоне длительной диареи, у одного — на фоне пупочного сепсиса.

Сроки поступления детей колебались от нескольких часов до 5 суток от начала заболевания. У всех больных отмечался выраженный синдром системного воспалительного ответа. Согласно классификации, наличие синдрома системного воспалительного ответа в сочетании с гнойно-воспалительным очагом любой локализации дает право поставить диагноз сепсис.

На момент госпитализации, по тяжести состояния в 4-х случаях клиника соответствовала сепсису, в 5 — тяжелому сепсису, один ребенок поступил в состоянии септического шока.

Проводимое лечение включало в себя антибактериальную терапию (цефалоспорины 3 поколения в сочетании с метронидазолом), дезинтоксикацию с применением плазмафереза, посиндромную терапию. Оперативное лечение проводилось в сроки от 4 часов до 9 суток и заключалось в выполнении лапаротомии, санации брюшной полости, резекции части кишки, наложении кишечного стома, оставлении лапоростомы. В последующем брюшная полость промывалась 2-4 раза с интервалом 48 часов, и закрывалась наглухо. Во время первых операций обнаружено, что во всех случаях имелись массивный некроз кишечной стенки либо множественные перфорации. В 9 случаях данный метод оперативного лечения может быть признан эффективным, т.к. наступила санация брюшной полости. Большой разброс сроков оперативного лечения объясняется наличием строгих показаний: наличие свободного газа в брюшной полости и признаки перитонита.

В данной группе, несмотря на проводимое лечение и санацию, улучшение в состоянии не наступило. Прогрессировали признаки полиорганной недостаточности, сохранялась нестабильность гемодинамики и гипотония. Ухудшение состояния было обусловлено наличием других гнойно-воспалительных очагов (выявлены после аутопсии) и выраженных дистрофических изменений со стороны внутренних органов.

Обращает на себя внимание, что начало клинических проявлений НЭК в первые 3 суток жизни, обширное поражение кишечника приводят к быстрой генерализации воспалительного процесса, развитию сепсиса, септического шоку, ПОН и гибели ребенка.

Пациенты 2-й группы поступили в клинику со сроками начала заболевания от 4 суток до 3 месяцев. Девять детей были доношенными, вес

при рождении 2700-3400 г. Трое детей родились со сроком гестации 29-31 неделя, весом 1400-1800 г, двое — 35-38 недель, весом 1900-3400 г. Тяжелое поражение ЦНС гипоксического генеза выявлено у 2-х недоношенных детей, у остальных — легкое и среднетяжелое поражение. Пятеро больных поступили в стадии серозного перитонита (НЭК 3 ст.), один — с клиникой сепсиса.

Проводимое консервативное лечение (голод, декомпрессия желудка, цефалоспорины 3 поколения, метронидазол, тиенам, посиндромная терапия) имело следующие результаты: двое детей выписаны с полным выздоровлением, у троих сформировались множественные стенозы толстой кишки, что потребовало наложения колостомы, один ребенок оперирован в связи с развитием кишечной непроходимости.

Остальные 10 детей поступили в клинику с НЭК 4 стадии, т.е. с перфоративным перитонитом. Состояние больных при поступлении расценивалось как тяжелое за счет синдрома системного воспалительного ответа, однако сохранялись стабильные показатели гемодинамики, отсутствовали признаки полиорганной недостаточности.

Оперативное лечение выполнялось после кратковременной предоперационной подготовки в течение 3-6 часов после поступления. В двух случаях выполнена лапаротомия с наложением кишечного свища. У одного ребенка после выполнения лапаротомии, в связи с продолжающимся перитонитом, потребовалась релапаротомия, наложение лапаростомы. Остальным детям, после лапаротомии и туалета брюшной полости, оставлена лапаростома (закрыта через 48 часов). Здесь при операциях выявились единичные перфорационные отверстия и некроз стенки кишки на небольшом протяжении.

В послеоперационном периоде отмечались быстро купирующиеся гемодинамические расстройства, проявления ДВС-синдрома. На фоне проводимого лечения получена положительная динамика, выраженность синдрома системного воспалительного ответа уменьшилась. При стабилизации состояния для дальнейшего лечения дети переводились в отделение патологии новорожденных или отделение хирургии. В последующем выполнялись реконструктивные операции.

Проведенное исследование показало, что при манифестации заболевания в сроки позже 3 суток отмечается меньший объем поражения кишечника, более быстрая санация брюшной полости. Выполнение комплекса консервативных мероприятий при НЭК 3 ст. не всегда гарантирует отсутствие осложнений.

Таким образом, летальность при НЭК 3-4 ст. составила 40 %. В связи с отсутствием настороженности к детям, имеющих факторы риска по развитию НЭК, в подавляющем большинстве случаев отмечается поздняя диагностика заболевания, чаще на стадии развития перфоративного перитонита.

Поскольку НЭК является фактором риска по развитию сепсиса, установление данного диагноза подразумевает активизацию антибактериальной терапии. При НЭК в сочетании с синдромом системного воспалительного ответа правомочен диагноз «Сепсис», что подразумевает соответствующее лечение. Применение лапаростомии в большинстве случаев позволяет эффективно санировать брюшную полость.

С учетом высокой частоты осложнений, развивающихся при консервативном лечении НЭК 3 ст., возможно расширение показаний для оперативного лечения.

ПОЛУКОНОВА Е. В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ

За последние несколько лет клиническая картина некротического энтероколита изменилась. Причина, по данным литературы, заключается в том, что большинство детей (около 90 %) недоношенные, с низкой массой тела, перенесшие гипоксию и асфиксию в родах, спинальную или черепно-мозговую травму.

Анатомо-физиологические особенности недоношенного новорожденного (несовершенная барьерная функция слизистой ЖКТ, низкий уровень иммуноглобулинов, кислотности желудоч-

ного и кишечного соков, несовершенный фагоцитоз, гипоперистальтика кишечника) на фоне стрессовой ситуации, провоцирующей циркуляторную ишемию кишечника, способствуют развитию некроза кишечной стенки.

Диагностика некротического энтероколита, особенно в начальной его стадии, чаще основана на неспецифических и полиморфных клинических данных и напрямую зависит от опыта врача. Состояние пациентов, относящихся к группе риска по развитию НЭК, бывает настолько тяжелым,

что вовремя заметить патологию органов брюшной полости не всегда просто. Правильный диагноз можно поставить только с учетом всех имеющихся в каждом конкретном случае симптомов.

Помимо стадий некротического энтероколита, в классификации выделяют формы течения заболевания (с учетом срока появления первых клинических признаков, возникновения некроза и перфорации кишечника) — молниеносную, острую и подострую. Молниеносная форма характерна для доношенных новорожденных, перенесших интранатально тяжелую гипоксию или имеющих родовую травму ЦНС. На фоне тяжелого состояния симптомы НЭК появляются в первые дни жизни ребенка, быстро прогрессируют и приводят к некрозу и перфорации кишки через 1-2 суток. Острая форма встречается, в основном, у недоношенных новорожденных с массой тела выше 1500 г, перенесших гипоксию, СДР, введение в сосуды пупочного канатика лекарственных растворов. Клинические симптомы проявляются достаточно ярко после первой недели жизни ребенка, быстро прогрессируют и, при неадекватном консервативном лечении, в течение 2-3 суток приводят к перфорации кишки и развитию перитонита. Подострая форма характерна для глубоко недоношенных детей с очень низкой массой тела. Первые симптомы появляются на 2-3 недели жизни, слабо выражены, имеют перемежающийся характер — периоды ухудшения сменяются мнимым благополучием. При данной форме нередко формируются межкишечные абсцессы, стенозы кишки, развивается полная или частичная кишечная непроходимость.

Лечение НЭК напрямую зависит от стадии заболевания, степени выраженности симптомов, сроков, прошедших с момента наступления некроза и перфорации кишечной стенки, а также наличия признаков полиорганной недостаточности.

Проанализированы 30 историй болезни детей, поступивших в ОРИТН ДГКБ № 5 с осложненными формами некротического энтероколита за период в 1998-2004 гг. В основном, пациенты поступали из районов и городов области в поздние сроки от начала заболевания с выраженными симптомами перитонита и проявлениями полиорганной недостаточности.

Доношенными были 20 новорожденных, 14 детей родились с массой тела более 3000 г, 5 — более 2500 г, 2 — более 2000 г. Вес недоношенных детей варьировал в пределах 1000-2500 г. Практически у всех детей в анамнезе отмечен один или несколько отягощающих факторов (перенесенная пре-, интранатальная гипоксия, гипоксическое поражение ЦНС, спинальная травма, внутриутробная инфекция, катетеризация пупочных вен).

У большинства детей появление дисфункции ЖКТ (срыгивания, рвота, изменение характера стула, вздутие живота, отказ от еды), ухудшение общего состояния расценивались как проявление «фоновой» патологии за счет неврологических нарушений или дисфункции других органов и систем.

Рентгенологическое исследование брюшной полости в вертикальном положении проводилось, как правило, при появлении клиники перфорации полого органа (резкое вздутие живота, изменение передней брюшной стенки, выраженный синдром системой воспалительной реакции). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости у детей с подозрением на НЭК до поступления в ДГКБ № 5 не проводилось.

В качестве примера особенностей клинической картины НЭК и сложности диагностики приводим историю болезни больной Р.

Ребенок рожден в срок 26 недель женщиной с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, имеющей вредные привычки (курение, алкоголь). Вес при рождении 1320 г, длина тела 44 см. Закричала сразу, крик громкий, двигательная активность хорошая. В связи с недоношенностью, состояние ребенка расценено как тяжелое, и дальнейшее лечение проводилось в условиях отделения реанимации (кислородная палатка, кувез, гемостатическая, антибактериальная, симптоматическая терапия). Через 12 часов начато зондовое кормление. К концу 1-х суток ребенок удерживал температуру тела, обходился без кислорода, объем питания усваивался. На 3-и сутки переведен в ОПН.

На 6-е сутки состояние ребенка стабильное, объем кормления усваивался, отмечено изменение характера стула (разжижен). На 8-й день жизни ребенок стал вялым, постанывал, появились срыгивания и рвота, живот подвздут, пальпация доступна. Данная ситуация расценена как следствие инфузионной терапии, последняя отменена. Назначена кратковременная голодная пауза. К 9-м суткам (через 4 часа) предпринята попытка возобновить кормление. Вновь у ребенка обильное срыгивание застойным содержимым. Проводилась декомпрессия желудка. Живот при пальпации подвздут, болезненная реакция на осмотр. Ухудшение состояния расценено за счет угнетения ЦНС.

В обследовании выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости, диагностирован пневмоперитонеум. В дальнейшем состояние ребенка прогрессивно ухудшалось, появились признаки полиорганной недостаточности. Через 10-12 часов с момента выраженного ухудшения состояния девочка осмотрена выездным хирургом санитарной авиации. Для уменьшения внутрибрюшного давления выполнена пункция живота,

получено большое количество геморрагической жидкости с примесью каловых масс. После подготовки, с диагнозом НЭК IV ст., некроз, перфорация кишки, перитонит, тяжелый сепсис, полиорганная недостаточность, ребенок транспортирован в отделение реанимации ДГКБ № 5. Оперативное лечение проводилось по экстренным показаниям. Выполнены срединная лапаротомия, резекция некротизированного участка подвздошной кишки, санация брюшной полости, выведение илеостомы, формирование лапаростомы. Проводилась активная антибактериальная, инфузионная терапия.

В послеоперационном периоде состояние оставалось крайне тяжелым, прогрессировали признаки полиорганной недостаточности. Через 12 часов с момента операции констатирована биологическая смерть.

При гистологическом исследовании интраоперационно резецированного участка подвздошной кишки отмечен тотальный некроз всех слоев кишечной стенки. В секционном материале участков подвздошной кишки отмечено частичное слущивание эпителия, лейкоцитарная инфильтрация слизистого слоя, частично расширенные сосуды.

С учетом изложенного, предлагается алгоритм ведения детей из группы риска по развитию некротического энтероколита:

1. При появлении у новорожденных из группы риска по развитию НЭК признаков дисфункции со стороны ЖКТ, следует проводить диагностические и профилактические лечебные мероприятия,
2. В комплекс диагностических мероприятий должны входить: обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении с интерпретацией результатов в динамике, УЗИ органов брюшной полости в динамике, контроль уровня тромбоцитов и лейкоцитов, кислотно-основного состояния.
3. Комплекс консервативного лечения должен включать: голод, декомпрессию желудка, активную антибактериальную и инфузионную терапию, парентеральное питание. Возобновление энтерального кормления осуществляется только при полном восстановлении пассажа по ЖКТ.
4. При отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии либо отрицательной динамике в течение 6-8 часов — консультация детского хирурга.
5. В дальнейшем, для своевременного определения показаний к оперативному лечению, ребенок наблюдается совместно хирургом и неонатологом.

ПРОСВЕТОВ С.В., ПОДЕРИНА Е.В., ГОРДЕЕВ С.М.,
КРАВЧЕНКО В.И., ПУЧКИН А.И.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Лечение гипоспадии направлено на исправление нарушенных функций мочеиспускания и копуляции и достигается средствами пластической хирургии. Коррекция порока начинается в возрасте 2,5-3 лет, и состоит из нескольких этапов (чаще трех). Интервал между этапами — 1-6 месяцев. К возрасту, когда ребенок отправляется в школу, порок должен быть скорректирован. Это необходимо для избежания формирования комплекса неполноценности у ребенка. Коррекция в более старшем возрасте более сложна технически, так как идет неправильное формирование, прогрессирует искривление полового члена и кавернозных тел рубцовой хордой.

Вряд ли существует другой порок развития, для коррекции которого было бы предложено свыше 150 методов и модификаций. Тем не менее, результаты лечения не всегда удовлетворительные. Для выявления причины этого и поиска путей улучшения результатов нами проведен

сравнительный анализ (в хронологическом порядке, 1980-1985 гг. и 1986-2005 гг.) 158 случаев лечения сложных форм гипоспадии. Венечные и головчатые формы не учитывались.

В первой группе было 40 пациентов, которым, после иссечения хорды, дефект закрывался перемещенными кожными лоскутами. Пластика уретры проводилась по Дюпле (32 чел.) или Цицилю (8 чел.). Для отведения мочи 28 больным накладывалась эпицистостома (дважды), пяти детям — четыре и более раз. Во всех случаях пластики использовались узловые швы кетгут (30 чел.), шелком (2 чел.) или монофильной полиамидной нитью (3 чел.). У 22 детей после операции образовались свищи уретры. Без учета рецидивов искривления полового члена после первого этапа, осложнения составили 55 %.

Анализ результатов лечения детей первой группы показал, что на первом этапе не создается достаточного запаса кожи для последующей

пластики уретры. Оставление в месте пластики многорядных узловых швов из кетгута и шелка, обладающих капиллярностью, малой инертностью и чужеродностью, приводит к формированию грубого рубца и свищей. Отведение мочи путем многократного наложения эпицистостомы травматично, удлиняет время операции, усложняет уход за ребенком, не устраняет полностью попадание мочи в зону пластики.

Во второй группе было 118 пациентов, которым на первом этапе дефект закрывался кожей крайней плоти по Омбредану. Уретропластика при гипоспадии дистальной трети проведена одномоментно по Омбредану-Мееру 24 детям без осложнений. По методике Дюпле оперированы 94 ребенка с оставлением диастаза между мочеиспускательным отверстием и сформированной уретрой.

Через этот искусственный свищ дренировался мочевой пузырь двухходовым катетером с пос-

тоянным капельным промыванием до заживления раны сформированной уретры, через месяц свищ оперативно закрывали. Во всех случаях накладывались три ряда непрерывных съемных швов из полиамидной нити. Для их фиксации применялась держалка. Держалка изготавливалась во время операции по размеру полового члена из спицы Киршнера. Все три ряда швов снимались на 10-е сутки и таким образом из места пластики полностью убирался шовный материал, что дает более нежный послеоперационный рубец и, следовательно, растяжимость, функциональную полноценность сформированного участка уретры. Образование свищей незначительного размера наступило у 15 детей (12,7 %), закрыты через 1-2 месяца.

Таким образом, рациональный подход к техническим деталям операции гипоспадии у детей позволяет улучшить результаты их лечения.

ПУЧКИН А.И., ПОДЕРИНА Е.В., ПРОСВЕТАВ С.В.,
КРАВЧЕНКО В.И., ГОРДЕЕВ С.М.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Гидронефроз — заболевание, характеризующееся стойким прогрессирующим расширением полостной системы почек с подавлением функции вследствие нарушения оттока мочи в пиелоретральном сегменте.

В течение 1982-2004 гг. в клинике детской хирургии с диагнозом гидронефроз оперированы 188 детей (66 девочек и 122 мальчика) в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Выполнено 138 органосохраняющих пластических операций и 50 нефроретерэктомий. В 118 случаях гидронефрозом была поражена левая почка, в 61 — правая. Двусторонний гидронефроз выявлен у 9 пациентов.

В диагностике гидронефроза использовались рентгенологические и радионуклидные исследования, с 1987 года — и ультразвуковые (УЗИ). С того же времени внедрена УЗ-диагностика пороков развития мочевыделительной системы у плода, которая проводится динамически во втором и третьем триместрах беременности и после рождения ребенка. Открытие на базе ДГКБ № 5 областного перинатального центра (1995 г.) значительно увеличило число этих исследований.

У больных школьного возраста, где причиной гидронефроза подозревалась сосудистая патология (добавочный сосуд) или имела место «немая» почка, выполнялись ангиографические

исследования (на базах областной больницы или кардиологического центра).

При установлении диагноза гидронефроза, особенно при 3-4 степенях развития патологического процесса и выраженном снижении функции почки, в 16 случаях первым этапом оперативного лечения накладывалась разгрузочная пиелонефростома, на срок от 2-3 месяцев до 1 года. Это позволяло быстро и эффективно разгрузить почку, купировать пиелонефрит и решить вопрос о возможности сохранения органа.

Из пластических операций, предпочтение отдавалось резекции пиелоретрального сегмента с пластикой по Кучера (120 наблюдений). При этом, анастомозы выполнялись наложением однорядных швов (лучше полисорбом 5,0-3,0). Для отведения мочи накладывали пиело- или нефростому. Обязательным считали «протезирование» анастомоза путем проведения интубатора в мочеточник через дополнительный разрез лоханки. В паранефральное пространство, к зоне анастомоза, через дополнительный прокол кожи, на 3-4 дня подводился страховой дренаж. В первую неделю после операции, через интубатор, осуществлялось непрерывное промывание полостной системы, что позволяло удалить сгустки крови и уменьшить в зоне анастомоза асептический воспалительный процесс. При нормализации

температуры тела и отсутствии в промывных водах осадка, интубатор удалялся. После этого, проверялась проходимость сформированного анастомоза путем временного пережатия пиелотомии нефростомической трубки. При недостаточной его эффективности осуществлялась тренировка. В большинстве случаев стома удалялась на 10-14 день.

Из других органосохраняющих операций в 10 случаях был выполнен уретеролиз. Антевазальный анастомоз без резекции сегмента при добавочных сосудах был наложен в 5 наблюдениях. У 3 больных, при обструкции пиелoureтерального сегмента конкрементом, проводилась операция пиелoureтеролитотомия.

Первичная нефрэктомия, при практически нефункционирующей почке и гидронефрозе 4 степени, выполнена в 48 случаях. Из них, восьми детям предварительно накладывались разгрузочные пиелонефростомы, однако это не привело к улучшению функции и сокращению почки. У 2-х больных, где операция Кучера осуществлялась при 3-4 степени гидронефроза и оказалась неэффективной, также была выполнена нефрэктомия.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались в 12 случаях (6,3 %). В 9 наблюдениях имело место обострение инфекции мочевыводящих путей, дети получали консервативное лечение и были выписаны с нормальными анали-

зами мочи. У одного ребенка в раннем послеоперационном периоде отмечалось кровотечение, которое было остановлено консервативно. В одном случае произошло вторичное камнеобразование, что потребовало повторного оперативного вмешательства. У одной пациентки случился отрыв фрагмента интубатора мочеточника, на котором сформировался конкремент, что также явилось причиной повторного оперативного лечения.

Отдаленные результаты после пластических операций прослежены у 124 детей в сроки до 10 лет. При гладком послеоперационном течении, через 1,5-2 месяца, всем детям выполнялись исследования мочи и УЗИ почек. Если при этом были получены благоприятные результаты, дети повторно обследовались через 4-6 месяцев. Очередное обследование осуществлялось через год, а затем каждые 2 года.

Оценка результатов выполненного лечения проводилась по схеме, разработанной Н.А. Лопаткиным и Л.Г. Артемовой (1968). В итоге, получены следующие результаты: «отлично» — 17 человек (13,7 %), «хорошо» — 89 (71,8 %), «удовлетворительно» — 14 (11,3 %), «неудовлетворительно» — 4 пациента (3,2 %).

Таким образом, результаты лечения гидронефроза в урологическом отделении МУЗ ДГКБ № 5 г. Кемерово сопоставим с результатами ведущих клиник детской хирургии и урологии России.

РЕЗНИКОВ О.Г., ГОЛОМИДОВ А.В.
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово

ПРОБЛЕМЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Успешное развитие неонатологии, хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии позволяет в настоящее время выхаживать новорожденных с заболеваниями, летальность при которых в недалеком прошлом доходила до 100 %. Несмотря на значительный прогресс в хирургии и интенсивной терапии новорожденных, по данным литературы, уровень летальности детей с атрезией пищевода составляет 12-35 %, с диафрагмальной грыжей — 46-80 %, с гастрошизисом — 21-80 %.

До настоящего времени отсутствуют протоколы ведения новорожденных с хирургической патологией. Остается открытым вопрос об оптимальных сроках операций. Нет единой точки зрения на методы и сроки проведения ИВЛ, применение вазоактивных препаратов, методов обезболивания, особенно в послеоперационном

периоде, принципы и сроки начала кормления, выбор рациональной антибактериальной терапии.

Отягощающим фактором является наличие более чем у 80 % детей сочетанной хирургической и соматической патологии.

Большая часть детей с хирургической патологией, поступающих в отделение реанимации новорожденных, имеет выраженные нарушения гомеостаза. Хирургический стресс нарушает хрупкий метаболический баланс новорожденного, и без того вовлеченный в сложный процесс адаптации к постнатальной окружающей среде. При недостаточной коррекции этих нарушений перед операцией, в ближайшем послеоперационном периоде наблюдается развитие синдрома полиорганной недостаточности и увеличение летальности. Длительность предоперационной подготовки

определяется хирургической патологией и состоянием ребенка, и длится от нескольких часов до 3 суток. По нашему опыту, целесообразно проведение длительной предоперационной подготовки, что улучшает исходы. Ургентность хирургической патологии ограничивает длительность предоперационной подготовки и требует проведения коррекции дыхательных и гемодинамических расстройств, гидроионных и метаболических нарушений, нормализации гемостаза в кратчайшие сроки. В конечном счете, решение о готовности новорожденного к оперативному вмешательству решается совместно реаниматологом, анестезиологом и хирургом.

Важным является поддержание нормального температурного режима при проведении оперативного вмешательства и в параоперационном периоде. Гипотермия резко увеличивает процессы метаболизма и потребление кислорода, что способствует развитию гипоксемии, ацидоза, респираторного дистресса и кровоизлияния в желудочки головного мозга. Риск развития гипотермии намного выше при транспорте ребенка в операционную хирургического отделения, в связи с чем, в некоторых случаях оперативные вмешательства проводятся в условиях палаты реанимационного отделения, что дает положительные результаты.

В недалеком прошлом новорожденным детям, даже при полостных операциях, не проводилось обезболивание, так как считалось, что они не способны чувствовать боль. Доказано, что длительная и тяжелая боль у новорожденных сопровождается увеличением летальности, большей частотой развития послеоперационных осложнений, и влияет на длительность пребывания в отделении реанимации. Неадекватная анальгезия в некоторых случаях сохраняется из-за недостаточного исследования фармакокинетики и фармакодинамики анальгетиков у новорожденных детей, и отсутствия разрешения на использование ряда препаратов в неонатальном периоде. В предоперационной подготовке мы используем наркотические анальгетики при перитоните, гастрошизисе, диафрагмальной грыже. В послеоперационном периоде всем детям проводится обезболивание методами постоянной инфузии фентанила (3-5 мкг/кг в минуту), болюсного внутривенного введения промедола (0,5-1 мг/кг каждые 4-6 часов) или сочетанием обоих методов. Обычно обезболивание наркотическими анальгетиками в послеоперационном периоде проводится не более 3-4 дней. В дальнейшем лечение болевого синдрома осуществляется ректальным введением парацетамола (10-20 мг/кг каждые 12 часов).

Адекватное питание новорожденных, перенесших операционное вмешательство, является важнейшим фактором, обеспечивающим успешность выхаживания в послеоперационном периоде. Применение парентерального питания позволяет избежать развития тяжелых гипотрофических состояний и грубых метаболических нарушений. Введение аминокислот начинается через 24 часа после операции, жиров — через 48 часов. Дозы аминокислот и жиров увеличиваются постепенно, начиная с минимальных (0,5 г/кг). В нашем отделении мы придерживаемся методики раннего начала энтерального питания. Сразу после разрешения послеоперационного пареза кишечника осуществляется трофическое питание с постепенным увеличением объема. Препаратами выбора являются смеси из гидролизатов белков.

Большой проблемой в послеоперационном периоде у новорожденных является нозокомиальная инфекция. Применяемый в нашем отделении микробиологический мониторинг позволяет достаточно быстро выявлять лидирующую флору и проводить коррекцию антибактериальной терапии. В настоящее время ведущим этиологическим фактором развития таких инфекционных осложнений являются *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae* и др., резистентные к большому числу антибактериальных препаратов. При развитии внутрибольничных осложнений целесообразно назначение карбопенемов.

Транспорт новорожденных в ОРИТН осуществляется на реанимобиле, оснащенном современной аппаратурой и представляющем собой реанимационный «пост на колесах». Предоперационная подготовка начинается уже во время транспорта новорожденного и продолжается в отделении. В интенсивной терапии и выхаживании новорожденных используются силиконовые линии для парентерального питания и инфузионной терапии.

Таким образом, выхаживание новорожденных с хирургической патологией очень трудоемкий и деликатный процесс. На каждом этапе лечения этой сложной категории больных персонал нашего отделения осваивает и использует новые и эффективные принципы оказания помощи новорожденным. Смертность среди новорожденных с хирургической патологией снизилась с 28,6 % в 1998 г. до 18,8 % в 2004 г. На современном этапе развития хирургической помощи новорожденным остается множество нерешенных проблем. Для получения положительного исхода требуется слаженная и кропотливая ежедневная работа хирургов, анестезиологов, реаниматологов и неонатологов.

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО АГЕНТА НА СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Инфекционные заболевания занимают в патологии плода и новорожденного особое место в силу экзогенных причин, связанных с беременной и новорожденным. Иммунологическая сопротивляемость детей в перинатальном периоде гораздо слабее и многие микроорганизмы могут вызвать тяжелые, в некоторых случаях завершающиеся гибелью, заболевания. Наряду с этим, многие возбудители инфекции у новорожденных проявляют тенденцию к генерализации, что клинически проявляется как сепсис.

В связи с выраженной морфофункциональной незрелостью клеточного и гуморального иммунитета наиболее высокий риск имеется у недоношенных новорожденных детей. В свою очередь, инфекционный агент вызывает нарушения в системе гемостаза, которая у недоношенных новорожденных и так функционирует на предельном уровне.

Целью исследования явилось изучение свертывающей системы крови у недоношенных новорожденных при инфекционной патологии. В основу оценки гемокоагуляционного потенциала крови был взят метод тромбозластографии, который является высокочувствительным и позволяет дать комплексную оценку состояния свертывающей и фибринолитической систем крови, а также тромбоцитарного звена гемостаза. В основу трактовки брались общепринятые параметры тромбозластограммы.

Материалы и методы: Обследовано 30 недоношенных новорожденных детей. 85 % детей родились путем операции кесарева сечения, другие 15 % — от спонтанных преждевременных родов. Дети родились в сроке гестации от 26 до 36 недель, средняя масса при рождении составила 1670 ± 830 г. Все дети находились в отделении реанимации и интенсивной терапии по совокупности показаний.

Среди недоношенных детей характер инфекционной патологии распределился так: у 15 детей был выявлен сепсис/септицемия, причем 7 новорожденных умерли в раннем неонатальном периоде от генерализованной вирусно-бактериальной инфекции. У 6 детей был диагностирован энцефалит и менингит, у других 6 детей — пневмония; в одном случае — кардит и гепатит.

В отделении все дети получали антибактериальную терапию: стартовали с цефалоспоринов 3 поколения и аминогликозида, на третьи сутки, при отсутствии эффекта от терапии, производи-

лась смена антибактериальных препаратов. Также все дети получали антигеморрагическую терапию: викасол, дицинон в возрастных дозах. 90 % детей получали плазмо/гемотрансфузию по совокупности показаний, в некоторых случаях до 3-4 раз. Геморрагический синдром проявился кровоизлиянием в мозг, подкожными кровоизлияниями, легочным кровотечением, кровотечением из мест инъекций и т.д. При оценке акушерского анамнеза было выявлено, что новорожденные были от мам группы высокого инфекционного риска с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (предшествующие медаборты, рубец на матке, регрессирующая беременность, мертворождения, внематочная беременность, бесплодие, хроническая внутриматочная инфекция).

Показанием к досрочному родоразрешению послужили гестозы среднетяжелой и тяжелой степени, суб/декомпенсация соматической патологии у женщины, суб/декомпенсация маточно-плодового кровообращения, и наличие признаков синдрома фето-фетальной трансфузии у монохориальных двоен.

Исследование системы гемостаза проводилось в динамике раннего неонатального периода: в первые часы жизни после рождения, а затем на третьи и седьмые сутки жизни. Бактериологическое исследование крови, ликвора, содержимого трахеобронхиального дерева — на первые-третьи сутки. Рентгенологическое, ультразвуковое исследование — в первые сутки и в дальнейшем по показаниям.

Результаты исследования: По данным тромбозластограммы, в первые часы жизни имелись нарушения в 1, 2, 3 фазе свертывания крови. При исследовании плазменного звена свертывания системы крови выявлены существенные нарушения во внутреннем механизме свертывания крови, указывающие на наличие дефекта в образовании тромбопластина и тромбина. Сгусток формировался медленно, его эластичность была снижена практически в 2 раза, по сравнению с нормой. Кроме того, отмечалась тромбоцитопения, уровень фибриногена был снижен в различной степени, а фибринолиз в большинстве случаев был значительно активирован. К третьим суткам отмечалась еще более выраженная депрессия свертывания крови и гипокоагуляция имела более выраженный характер, вплоть до развития ДВС-синдрома. Более выраженная активация протромбиназо- и протромбинообразования, увеличение фак-

торов контактной фазы свертывания, усиление антитромбиновой активности удалось отметить лишь к седьмым суткам жизни, что сопровождалось увеличением общесоагуляционных показателей, однако сохранялась тенденция к гипокоагуляции и общие структурные свойства сгустка не улучшались. Активность фибринолитической системы несколько снижалась. Относительное улучшение гемостазиологических показателей к 7-м

суткам расценивалось нами как результат заместительной терапии свежезамороженной плазмой.

Таким образом, у недоношенных новорожденных инфекционный процесс усугублял исходную гипокоагуляцию, характерную для данной группы детей, до развития ДВС-синдрома различной степени тяжести, с ярко выраженной клинической картиной и максимальными появлениями к третьим суткам.

САТТАРОВА И.Ю., КАБАНОВА М.А., КАЗАКОВА А.А.

МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,

г. Кемерово

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Непрямая гипербилирубинемия является одним из наиболее частых метаболических нарушений у новорожденных детей. Высокий уровень заболеваемости желтухой в период новорожденности и тяжесть осложнений обуславливают актуальность изучения причин данного заболевания.

Целью работы явилось изучение факторов риска, способствующих развитию гипербилирубинемии в нашем регионе.

Проведен анализ 53 историй болезни детей с явлениями патологической непрямой гипербилирубинемии, из них 15 недоношенных и 38 доношенных. Максимальный уровень непрямого билирубина достигал 288-341 мкмоль/л на 2-3 сутки жизни. Все эти дети были выписаны с диагнозом «Гипоконьюгационная желтуха» (уровень билирубина при выписке 100-160 мкмоль/л.). В качестве контрольной группы были взяты 53 истории болезни условно здоровых детей, у некоторых из них отмечались явления физиологической желтухи (уровень билирубина 10-61 ммоль/л.).

Для определения характера распределения вычислялись частоты (в %) и ошибка выборочной доли. Различие и сходство групп оценивали с использованием критерия Стьюдента. Для оценки силы ассоциаций рассчитывался относительный риск заболеваний (RR). Величина RR = 1 указывает на отсутствие ассоциаций, т.е. одинаковую частоту признака у больных и здоровых лиц. Величина RR > 1 (положительная ассоциация) означает, что признак чаще встречается у больных, а величина RR < 1 — признак чаще встречается у здоровых.

Сравнительный анализ обеих групп позволил выявить характерные анамнестические особенности, способствующие развитию заболевания, у детей с неонатальной желтухой:

А. Возраст матерей старше 30 лет (32 % у детей с желтухой и 16 % у здоровых).

Б. Наличие соматической патологии женщин:

а) эндокринные нарушения (20 % больных и 11 % контрольной группы) с преобладанием заболеваний щитовидной железы, полового инфантилизма;

б) воспалительные заболевания половой системы (28 % в исследуемой группе) — эндометриты, кольпиты, сальпингиты.

В. Ранний токсикоз (47,2 % в анамнезе детей с желтухой против 9,4 % у здоровых, RR = 4,18).

Г. Роды путем кесарева сечения (22,6 % с гипербилирубинемией и 5,7 % в контрольной группе, RR = 2,68).

Д. Применение в терапии женщин следующих лекарственных средств:

а) антибактериальные препараты, применяемые в антенатальном (28,3 % больных и 11,3 % здоровых) и интранатальном (62,3 % больных и 43,3 % здоровых) периодах, а также после родов (83 % с желтухой и 45 % контрольной группы);

б) эстрогенсодержащие препараты (11,3 % исследуемой группы и 3,8 % контрольной);

в) нестероидные противовоспалительные средства (75,5 % больных и 52,8 % здоровых);

г) ненаркотические анальгетики (11,3 % матерей, чьи дети страдали желтухой, и 1,9 % матерей здоровых детей, RR = 2,49);

д) препараты железа (35,9 % с желтухой против 18,9 %);

е) наркоз (20,8 % больных и 5,7 % здоровых, RR = 3,9).

Для постнатального периода характерны следующие факторы, позволяющие отнести новорожденного к группе высокого риска по развитию гипербилирубинемии:

- масса тела при рождении, наибольший риск у детей с массой тела менее 2,5 кг (RR = 7,56), наименьший — в группе от 3 до 4 кг;

- наличие гипоксии (детей с желтухой, имеющих оценку по Аргар на 5-й минуте 7 баллов и меньше – 69,8 %, в контрольной группе – 37,7 %, RR = 3,71);
- клинические признаки поражения ЦНС (83 % в группе с желтухой против 71,7 % в контроле, RR = 2,32);
- патология бронхолегочной системы; СДР имели 37,7 % детей с желтухой (RR = 4,97), пневмонию – 17 % детей, (RR = 3,69);
- метаболические нарушения (транзиторная гипогликемия) были в 24,5 % случаев желтухи (RR = 11,67);
- патологическая потеря массы тела (9 % и более) – 39,6 % детей с желтухой и 3,8 % здоровых (RR = 13,62);
- отсроченное прикладывание малыша к груди (среди детей с желтухой 41,5 % новорожденных, приложенных к груди позднее первых суток жизни).

Из медикаментов, получаемых ребенком в первые 3 суток, а также с молоком матери, большое влияние оказывают антибактериальные средства – цефазолин, назначенный как маме, так и ребенку (35,8 %, RR = 4,13); пенициллин, получаемый

женщиной. Действие неблагоприятных факторов в этих условиях, вероятно, комплексное: катаболическая направленность обмена, инфекция, непосредственное воздействие самих лекарственных препаратов, что может отражаться и на повышенном образовании билирубина, и на его конъюгации и экскреции.

Из сравнения полученных данных с работами, публиковавшимися в 1992 году, следует, что значительно изменился характер факторов риска развития патологических непрямых гипербилирубинемий. Если раньше к числу наиболее достоверных причин относились «проживание в экологически неблагоприятных районах», «профессиональные вредности, прежде всего химические, у матери», то в нашем исследовании их воздействие мы не смогли оценить из-за значительного снижения использования женского труда в промышленном производстве и крайне низкой значимости этого фактора в настоящее время. При этом, значительно возросло число женщин детородного возраста, страдающих соматической патологией, с патологическим течением беременности, и увеличилось количество лекарственных препаратов, назначаемых беременным женщинам и их новорожденным.

СЕРГЕЕВА О.Н., СУТУЛИНА И.М.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ОТДАЛЕННЫЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ

Известно, что почти любое, более или менее длительное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонению в психическом развитии. Наиболее частым повреждающим фактором во внутриутробном периоде является гипоксия. Внутриутробное гипоксическое воздействие, в той или иной степени, испытывает практически каждый ребенок. Однако до сегодняшнего дня его отдаленные последствия не конкретизированы, а индивидуальное прогнозирование практически невозможно.

Под наблюдением с рождения до трехлетнего возраста находились 63 ребенка, перенесших перинатальную гипоксию. Наиболее частыми причинами перинатальной гипоксии были хроническая фетоплацентарная недостаточность, гестозы беременной, острая асфиксия в родах. У 13 детей (20,6 %) гипоксия была тяжелой степени, у 50 (79,4 %) – средней степени тяжести. Внутричерепные кровоизлияния гипоксического характера (САК и ПИВК) были выявлены у 21 ребен-

ка (33,3 %). Признаки сочетанного поражения головного и спинного мозга отмечались у 35 детей (55,6 %). На первом году жизни гипертензионно-гидроцефальный синдром различной степени тяжести наблюдался у 25 детей (40 %), судорожный синдром – у 3 (4,8 %), двигательные расстройства – у 6 детей (9,5 %). В динамике, на втором и третьем годах жизни, явления гипертензионно-гидроцефального синдрома купировались у большинства детей, и к 3 годам сохранились лишь у 4 детей (6,3 %), судорожный синдром и двигательные расстройства встречались с той же частотой.

В работе использовалась методика оценки нервно-психического развития детей раннего возраста А.Ю. Панасюка и Л.А. Бударевой с определением коэффициента психического развития (КПР), осуществлялась оценка сфер нервно-психического статуса по общепринятым описательным критериям.

При сравнении КПР в 1, 2 и 3 года отмечено, что уровень нормального психического развития



во всех возрастных группах имели около 30 % детей, перенесших перинатальную гипоксию. Дети с пограничным уровнем развития составляли от 44,4 % в двухлетнем возрасте до 34,9 % в трехлетнем. Задержка нервно-психического развития с КПП менее 82 выявлена в 1 год у 25,4 % детей, с увеличением до 34,9 % в трехлетнем возрасте, грубая задержка развития (КПП менее 67) отмечена у 3 детей (4,7 %) без возрастной динамики.

При анализе динамики развития детей по сферам нервно-психического статуса в 1, 2 и 3 года отмечена высокая стабильность задержки речевого развития (более 80 % детей во всех возрастных периодах), эмоциональной лабильности (около 70 % детей) и двигательной расторможенности (около 70 %). У большинства детей страдала тонкая моторика с тенденцией к увеличению в трехлетнем возрасте (от 50 % до 70 %). Задержка грубой моторики и агрессивность, встречаясь в возрасте 1 года у относительно небольшой части детей (13-14 %), также имели тенденцию к учащению к трехлетнему возрасту (21-24 %). Повышенная возбудимость с возрастом встречалась достоверно реже (64 % и 44 %, соответственно, в 1 год и в 3 года).

Достоверно более высокая чувствительность ЦНС к гипоксии выявлена у мальчиков. Мальчики в трехлетнем возрасте в 1,5 раза чаще имели задержку нервно-психического развития (КПП менее 82), по сравнению с девочками. У мальчиков значительно чаще отмечались задержка речевого развития, тонкой моторики и агрессивность, что, вероятно, является основой для более частого формирования у них затруднений в обучении и асоциального поведения в школьном возрасте.

При проведении корреляционного анализа параметров нервно-психического статуса детей трехлетнего возраста, перенесших перинатальную гипоксию, с клинико-анамнестическими данными, характеризующими состояние здоровья матери, особенности течения беременности и родов, период ранней адаптации и состояние здоровья детей на первом году жизни, были определены факторы риска формирования нарушений нервно-психического развития детей.

Установлено, что задержка речевого развития в трехлетнем возрасте коррелирует с порядковым номером беременности, отягощенностью акушерско-гинекологического анамнеза, родоразрешением путем кесарева сечения, наличием асфиксии в родах и степенью ее тяжести, наличием гипотонии на первом году жизни.

Формирование задержки тонкой моторики имеет корреляционную связь с асфиксией в родах, ее тяжестью, требующей ИВЛ, наличием судорожного синдрома.

Повышенная возбудимость корреляционно связана с порядковым номером беременности,

отягощением акушерско-гинекологического анамнеза, гестозом у матери, родоразрешением путем кесарева сечения, асфиксией в родах, ПИВК, развитием гипертензионно-гидроцефального синдрома на первом году жизни.

Выявлена корреляционная связь формирования эмоциональной лабильности в трехлетнем возрасте с ПИВК, гипертензионно-гидроцефальным синдромом, сочетанным поражением головного и спинного мозга.

Проявления агрессивности в трехлетнем возрасте коррелируют с гестозом матери, тяжелой асфиксией в родах, требующей ИВЛ, САК и ПИВК, синдромом угнетения ЦНС в периоде ранней адаптации, судорожным и гипертензионно-гидроцефальным синдромом на первом году жизни.

Факторами риска низкого уровня КПП в 3 года являются тяжелая асфиксия в родах, требующая ИВЛ, наличие ПИВК, синдром угнетения ЦНС, судорожный синдром, гипертензионно-гидроцефальный синдром, мышечный гипертонус, сочетанное поражение головного и спинного мозга, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и угроза прерывания беременности.

Выявленные закономерности позволили разработать алгоритмы прогнозирования нарушений формирования отдельных функций нервно-психического статуса и низкого КПП в трехлетнем возрасте в виде таблиц прогностических коэффициентов.

Проверка разработанных алгоритмов показала, что на основе данных анамнеза и клиники уже в первые месяцы жизни возможен правильный прогноз в отношении формирования к 3 годам жизни задержки речевого развития в 58,7 % случаев, задержки развития тонкой моторики – в 41 %, задержки развития грубой моторики – в 65 %, повышенной возбудимости – в 82,5 %, эмоциональной лабильности – в 20,6 %, агрессивности – в 65 %, низкого КПП – в 72,4 % случаев. Ошибочные заключения были отмечены при прогнозировании развития грубой моторики (3,2 %), гипервозбудимости (6,3 %), агрессивности (3,2 %). Алгоритм для прогнозирования двигательной расторможенности оказался неэффективным.

Общеизвестна неравномерность развития сфер нервно-психического статуса детей раннего возраста, в результате чего задержка нервно-психического развития у детей, перенесших перинатальную гипоксию, нередко носит функционально-динамический характер и с возрастом может компенсироваться. В то же время, у части детей нарушения нервно-психического статуса могут проявляться на более поздних этапах развития. В связи с этим, был проведен корреляци-

онный анализ между уровнем нервно-психического развития детей в трехлетнем возрасте и параметрами его соответствующих сфер в возрасте 3, 6, 9 месяцев и 1, 2 лет. Установлено, что до девятимесячного возраста прогностическое значение имеет только задержка речевого развития. Выявление двигательной расторможенности, задержки развития тонкой и грубой моторики имеют прогностическое значение только с девятимесячного возраста. Агрессивность трехлетних детей коррелирует с агрессивностью детей в 1 и 2 года. Повышенная возбудимость и эмоциональная лабильность в трехлетнем возрасте коррелируют только с состоянием этих сфер в возрасте 2 лет.

Проведенные исследования динамики нервно-психического развития, указывают на необ-

ходимость длительной диспансеризации детей с перинатальным поражением ЦНС. Серьезной ошибкой является снятие их с учета на протяжении первых 2 лет жизни, так как в ряде случаев нарушения нервно-психического статуса могут проявляться в более позднем возрасте. Все дети с перинатальным гипоксическим поражением ЦНС, вне зависимости от тяжести поражения, должны находиться под постоянным наблюдением участкового педиатра и детского невропатолога до 6-7 лет. Диспансеризация таких детей должна включать динамическое исследование уровня нервно-психического развития с оценкой КПП и состояния отдельных сфер нервно-психического статуса, прогнозирование уровня проспективного развития, медикаментозно-психологическую коррекцию выявленных нарушений.

СИНИЦА Н.С.

*ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
г. Ленинск-Кузнецкий*

МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

На долю детского травматизма приходится, в среднем, 25-30 % повреждений (Бондаренко Н.С. и др., 1980). Множественная и сочетанная травмы, по данным разных авторов, имеют тенденцию к увеличению.

Разнообразие множественных и сочетанных повреждений, присущий им синдром взаимного отягощения значительно усложняют диагностику, клиническую картину и лечение травматической болезни (Козырев С.А., 1975; Ревенко Т.А., Бабий В.Н., 1977; Кузнечихин Е.П., Немсадзе В.П., 1999). Большинство пострадавших (47-96 %) поступают в стационар в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с явлениями травматического шока (Баиров Г.А., Гордеев В.С., Цибулькин Э.К., 1980; Кузнечихин Е.П., Немсадзе В.П., 1999).

Особенность этого вида травм — существование «доминирующего» травматического очага, скрадывающего в острый период сопутствующие повреждения, которые, проявляясь через некоторое время, могут привести к тяжелым осложнениям, инвалидности, летальному исходу.

Проблемы лечения больных с множественной и сочетанной травмой — одновременно и социально-медицинские проблемы (Болотцев О.К., Тер-Егизаров Г.М., Андреева Т.М., 1984; Кондрашин Н.И. и др., 1987; Silva I.F., 1984), и социально-экономические (Козлова А.П. и др., 1987; Lewinnek G.E. et al., 1980; Numoz E.,

1984). 12-20 % пострадавших становятся инвалидами (Волков МВ., Любошиц Н.А., 1979; Трубников В.Ф., Попов И.Ф., 1986). Посттравматические состояния, приводящие к инвалидности, наблюдаются у 4,5 % детей, длительные функциональные расстройства, затрудняющие учебу, — у 38 (Андрианов В.Л. и др., 1980).

Цель исследования — выявить основные тенденции множественной и сочетанной травмы у детей.

Материал и методы: Исследование проведено по результатам анализа случаев множественной и сочетанной травмы у детей, лечившихся в ФГЛПУ НКЦОЗШ г. Ленинска-Кузнецкого в течение 10 лет.

Результаты исследования: Наши наблюдения касаются 57 пострадавших с множественной и сочетанной травмами, лечившихся в ФГЛПУ НКЦОЗШ г. Ленинска-Кузнецкого, что составляет 1,6 % от всех больных детей с травмой, находившихся на стационарном лечении.

Наиболее высокий уровень госпитализации отмечен в июле, августе, сентябре, что связано с увеличением травмоопасных ситуаций из-за повышения физической и эмоциональной активности детей. Увеличение числа пострадавших в августе можно объяснить неорганизованностью досуга детей и недостаточностью контроля со стороны родителей.

С множественной травмой опорно-двигательной системы наблюдались 22,8 % детей, с сочетан-

ной 77,2 % (мальчиков 68,4 %, девочек 31,6 %). Основная группа пострадавших (77,2 %) – дети 8-14 лет, среди них дети младшего школьного возраста составили 40,9 % (сочетанная травма – 45 %, множественная – 31,5 %). У детей 12-14 лет сочетанные повреждения опорно-двигательной системы составили 37,5 % случаев, множественная травма – 52,6 %.

Причины травм у детей самые разнообразные, зависят в некоторой степени от возраста детей. По нашим данным, при уличном травматизме (92,9 % случаев) страдают, в основном, дети 8-14 лет (наезд транспортных средств – 61,4 %). Бытовой травматизм наблюдается в 3,5 % случаев.

Поскольку каждому механизму травмы в большой степени соответствует определенный вид повреждений, данные о механизме травмы открывают возможности для более точной диагностики, своевременного и целенаправленного лечения.

При сочетанной травме повреждения конечностей наблюдались у 65,9 % больных, переломы костей таза – у 18,8 %. Черепно-мозговая травма наблюдалась в 81,8 % случаев, абдоминальная – в 50 %, торакальная травма – в 6,8 % случаев. Открытая репозиция костей проведена у 12 детей (21 %), у остальных (79 %) проводилась закрытая репозиция с различными методами фиксации.

Всего в группе больных с политравмой проведено 29 оперативных вмешательств на конечностях, включая 26 неотложных и 3 отсроченных. Травматический шок при множественной травме наблюдался в 18,2 % случаев, при сочетанной травме – 78,8 %.

Из 57 детей с множественной и сочетанной травмами, наблюдавшихся в клинике, погибли 3 ребенка (5,3 %). Острые посттравматические реакции (шок, кровопотеря и т.д.) при повреждениях нескольких анатомических областей определяли критические состояния у погибших. У двух детей доминировала тяжелая черепно-мозговая травма ушиб головного мозга со значительным повреждением вещества головного мозга, особенно базальных структур, у одного больного в сочетании с переломами бедренной кости, у другого – двух бедер в сочетании с разрывом легкого, гемотораксом. У третьего больного доминировали повреждения брюшной полости – разрыв печени и селезенки в сочетании с переломом костей таза, переломом бедра и черепно-мозговой травмой.

Заключение. Таким образом, множественная и сочетанная травма у детей требует решения диагностических, тактических и лечебных задач в максимально короткие сроки, своевременной диагностики всех повреждений, определения ведущего травматического очага и составления конкретной программы лечебных мероприятий.

СТЕРЖАНОВА О.В., ТОЛКАЧ Н.М., КОЛЕСНИКОВА Н.Б.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

В 2004 году родильному дому МУЗ ДГКБ № 5 г. Кемерово присвоено звание ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». Послеродовое отделение, рассчитанное на 60 коек, с 2001 года функционирует по принципу «Мать и дитя». В 1999 году преобладало, преимущественно, раздельное пребывание матери и ребенка (53,6 %), с 2001 г. в палатах совместного пребывания находились уже более 93 % новорожденных.

Целью работы явилось сравнительное изучение развития гнойно-септической заболеваемости в условиях раздельного и совместного пребывания матери и ребенка; оценка факторов, способствующих реализации внутриутробного инфицирования; сравнение качественного пейзажа

микробной флоры при раздельном и совместном пребывании матери и ребенка.

Для сравнения были взяты все случаи гнойно-септических заболеваний новорожденных в 1999 году (25 детей – 1-я группа) и в период 2001-2004 гг. (17 детей – 2-я группа) на основании данных экстренных извещений на случаи гнойно-септических заболеваний новорожденных.

Проведен анализ общего и акушерского анамнеза матери, течения настоящей беременности, родов, состояния новорожденных, характера вскармливания, сроков прикладывания к груди. Проанализированы также изменения структуры гнойно-септических заболеваний, результаты бактериологических обследований новорожденных.

За 1999 год поступили 25 экстренных извещений (14,6 ‰) на гнойно-септические заболевания, за период 2001-2004 гг. — всего 17 экстренных извещений, количество их имеет четкую тенденцию к уменьшению, коррелирующую с длительностью работы роддома по системе совместного пребывания матери и ребенка (2001 г. — 3,8 ‰, 2002 г. — 2,8 ‰, 2003 г. — 2,1 ‰, 2004 г. — 1,57 ‰). В 2004 году, по сравнению с 1999 годом, гнойно-септическая заболеваемость новорожденных снизилась в 9,7 раз. Во 2-й группе значительно уменьшилось число случаев гнойных конъюнктивитов, гнойных омфалитов, нет случаев гнойных флебитов. Однако в общей структуре внутрибольничных инфекций возросла доля гнойно-септических заболеваний кожи, таких как везикулопустулез, псевдофурункулез, гнойный мастит, абсцессы кожи (1999 г. — 21,4 %, 2001-2004 гг. — 44,4 %). Все случаи инфекций кожи имели место в 2001 году, когда родильный дом работал в условиях длительной перегрузки при низкой укомплектованности средним медицинским персоналом и дефиците пеленок, что и послужило причиной роста заболеваемости.

Возрастной состав и социальный статус женщин в обеих группах были идентичными, обладали первородящие повторнородящие женщины. До 90 % женщин обеих групп наблюдались в женской консультации.

В 1-й группе, по сравнению со 2-й, здоровых женщин было на 8,5 % больше. Хроническую соматическую патологию имели одинаковое количество женщин в обеих группах. Экстрагенитальные воспалительные заболевания чаще имели женщины 2-й группы (24 %) (в 1-й — 11,8 %). Патология половой сферы отмечена у 8 % женщин 1-й группы и 5,9 % женщин 2-й группы. В 1-й группе (2001-2004 гг.) имела более высокая частота пиелонефрита (47 %), угрожающего прерывания беременности (41,2 %), кольпита (41,2 %), которые могут рассматриваться как факторы повышенного риска по развитию гнойно-септических заболеваний. Отмечена более высокая частота встречаемости женщин с TORCH-инфекцией в 1-й группе (36 % против 29,5 % во 2-й группе). Носительство *St. aureus* и *St. epidermalis* выявлено у 8 % пациенток 1-й группы и у 11,8 % пациенток 2-й группы.

Во 2-й группе чаще наблюдалось преждевременное излитие околоплодных вод с длительным безводным периодом более 12 часов, патологические изменения околоплодных вод, инфекционные осложнения в родах (58,8 %). Частота срочных родов, в том числе с задержкой внутриутробного развития, и преждевременных

родов была одинаковой в обеих группах, но только в 1-й группе отмечалась задержка отпадения пуповинного остатка (после шести суток — в 12 % случаев).

В обеих группах дети находились на грудном вскармливании, но во 2-й группе все дети находились на исключительно грудном вскармливании, а в 1-й группе 1/4 детей получала докорм смесью в связи с недостаточной лактацией у матерей. Пребывание матери и ребенка с первых суток в 2001-2004 гг. было совместным во всех случаях, в 1999 г. — лишь в 36 % случаев.

Снижение показателей по гнойно-септической заболеваемости можно объяснить не только совместным пребыванием матери и ребенка, но и уменьшением срока пребывания в родильном доме (7,8 дней в 1999 г., 5,3 дней в 2004 г.).

При изучении спектра микрофлоры, выделяемой в посевах из глаз, выявлено, что при конъюнктивитах во 2-й группе монокультура выделялась реже, чем смешанная флора (4 случая — 40 %), в 1-й группе монокультура была преобладающей (17 случаев — 77,3 %). В монокультурах обеих групп выделялась преимущественно условно-патогенная флора (*St. epidermalis*). Наиболее частой ассоциацией были *St. Epidermalis* и *St. aureus*. В посевах из пустул, абсцессов, пупочной ранки в обеих группах выделена монокультура *St. aureus*.

В условиях совместного пребывания матери и ребенка несколько ухудшился санитарно-эпидемиологический фон родильного дома, однако это не повлияло на гнойно-септическую заболеваемость, по-видимому, это обусловлено разобщением пар (родильница — новорожденный) друг от друга, что явилось наилучшим методом профилактики неонатальной гнойно-септической заболеваемости.

Таким образом, в 1999 г., несмотря на большее число соматически здоровых женщин, при раздельном пребывании матери и ребенка частота гнойно-септической заболеваемости новорожденных была на 2/3 выше, чем при совместном пребывании. В условиях совместного пребывания риск внутриутробного инфицирования у детей был значительно выше, но реализовался он в меньшей степени. Уровень гнойно-септической заболеваемости новорожденных имеет обратную корреляцию с длительностью работы родильного дома по инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница доброжелательная к ребенку».

Таким образом, совместное пребывание матери и ребенка — это перспективная технология, позволяющая снизить уровень гнойно-септической заболеваемости новорожденных, даже в условиях ее высокого риска.

РАННЯЯ САНАЦИЯ ЛИКВОРНЫХ ПРОСТРАНСТВ ПОСЛЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) у новорожденных — тяжелое заболевание детского организма, дающее высокий процент инвалидности и летальности. Длительность пассивной санации ликворных пространств после ВЖК, по данным литературы, составляет 4-5 месяцев. За это время у больных в большинстве случаев формируется выраженная постгеморрагическая гидроцефалия (ПГГ), которая усугубляет неврологический дефицит. Поэтому вопросы ранней диагностики и лечения этой патологии являются актуальными.

Цель исследования — оценить результаты ранней санации ликворных пространств после ВЖК.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 69 новорожденных с ВЖК III-IV степени (классификация Papile, 1978), находившихся на лечении в Кемеровском областном перинатальном центре в 2001-2004 гг. Из них, 36 мальчиков и 33 девочки. Недоношенных детей было 58 (85,6 %), доношенных — 11 (14,4 %).

Диагноз устанавливали на основании неврологического статуса, УЗИ головного мозга, анализа ликвора, ликвородинамических проб. В первые 3 суток диагноз установлен у 33 пациентов (45 %), 4-7 суток — 23 (33,7 %), 8-20 суток — 10 (14,4 %), более 20 суток — 3 детей (6,9 %). Выраженность неврологической симптоматики была прямо пропорциональна степени тяжести ВЖК, но зависела от степени зрелости новорожденного, других органических повреждений головного мозга и сочетанной патологии.

В 17 случаях (25 %) детям с тяжелыми формами ВЖК при отсутствии блока ликворопроводящих путей медикаментозное лечение выполняли в сочетании с санационными люмбальными пункциями. При развитии гидроцефального синдрома, у 9 пациентов (13,7 %) санационные и разгрузочные вентрикулярные пункции сочетали с наружным дренированием боковых желудочков мозга.

Наружное дренирование — наиболее эффективный способ удаления крови и продуктов ее распада из ликворной системы. Он имеет свои преимущества и недостатки, по сравнению с другими методами хирургического лечения ВЖК. Преимуществом является более свободный доступ к желудочковой системе с возможностью промывать ее и эффективно удалять продукты

распада крови и лизиса свертков, сокращая, тем самым, сроки санации ликвора. Существенным недостатком является сообщение желудочков мозга с внешней средой и высокий риск инфекционных осложнений, что требует выполнения манипуляции в условиях операционной и более качественного ухода за новорожденными.

Дренирование выполняли с помощью перфоратора-проводника, адаптированного для новорожденных. Длительность дренирования туннелированным дренажом составила 6-8 суток, после чего дренаж удаляли из-за угрозы инфекционных осложнений.

После наложения наружного дренажа, у 90 % младенцев в первые сутки после операции отмечали симптомы раздражения головного мозга (беспокойное поведение, гиперестезия, гиперкинезы, судороги), связанные, очевидно, с гиперперфузией мозга и ликвородинамическими колебаниями. Эти нарушения имели временный характер (1-2 дня) и хорошо корригировались медикаментозной терапией. При ультрасонографии отмечали четкие признаки значительного уменьшения вентрикуломегалии. Воспалительные изменения в ликворе отмечали у 3 пациентов.

С учетом того, что длительное пассивное наружное дренирование боковых желудочков мозга чревато инфицированием, а дробное промывание их физиологическим раствором при помощи шприца приводит к перепадам внутричерепного давления, было создано устройство для промывания полостей.

«Устройство для промывания полости организма» (патент № 2000128546, приоритет от 14.11.2000 г., авторы Тарабрин В.И., Старых В.С.) содержит шприц с трубкой для введения жидкости и шприц с трубкой для отсасывания жидкости. При этом цилиндры шприцев установлены по одной оси и конусами друг к другу на общей подставке, а штоки поршней их соединены между собой жестким элементом с возможностью одновременного и равного противоположно направленного перемещения поршней шприцев.

Работая по такому принципу, устройство исключает перепады гидравлического давления в полости организма путем обеспечения одновременного и в равных объемах вливания и отсасывания жидкости из промываемой полости. Для промывания необходимо вводить 2 катетера: либо в разные желудочки, если они сообщаются,

либо в задний и передний рога одного желудочка, либо промывать через двухпросветный дренаж с отверстиями, расположенными на разном уровне.

Для промывания ликворных пространств целесообразно применять искусственный ликвор, так как использование физиологического раствора в половине случаев привело к формированию окклюзионной гидроцефалии.

Несмотря на попытки ранней санации ликворных пространств, ПГГ наблюдали у 27 больных (40 %), признаки прогрессирующей гидроцефалии – у 14 (20,6 %). Окклюзию ликворных путей отмечали у 6 детей (9,3 %) и, при наличии свертков крови в желудочках, в 80 % случаев

она была на уровне водопровода среднего мозга, а в 20 % – отверстий Мажанди и Люшка. Шунтирующие операции выполнены им в сроки от 3 недель до 3 месяцев жизни.

Выводы. Ранняя санация ликворных пространств после ВЖК при помощи люмбальных, вентрикулярных пункций и наружного дренирования позволяет снизить процент ПГГ, а при наличии признаков окклюзии – значительно раньше выполнить шунтирующую операцию, что приводит к уменьшению вендрикуломегалии и неврологического дефицита. Для промывания желудочков мозга при ВЖК целесообразно применять искусственный ликвор и устройство для промывания полости организма.

ТАРАБРИН В.И., КОВАЛЬКОВ К.А., ЧЕРКАШИН А.Н.,
КОНЮКОВА Т.А., ЯНЕЦ А.И.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ЛИКВОРОШУНТИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ликворошунтирующие операции (ЛШО) с применением различных клапанных систем являются наиболее распространенным и эффективным методом лечения гидроцефалии, благодаря своей доступности, простоте выполнения и малой травматичности. По данным разных авторов, в результате этих операций компенсирование гипертензионно-гидроцефального синдрома достигается в 85,5-96,5 % случаев. Дальнейшее течение заболевания зависит, в основном, от этиологии и патогенеза процесса, которые в большинстве случаев определяют дальнейшую судьбу больных.

Целью исследования является анализ результатов применения ликворошунтирующих операций при различной нейрохирургической патологии.

Материалы и методы. За период с 1994 г. по 2004 г. нами выполнены 351 ЛШО 225 пациентам в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Распределение больных по возрасту: дети первого года жизни – 170 чел., 1-3 года – 77, 3-6 лет – 39, 6-9 лет – 25, 9-15 лет – 40 чел. Мальчиков было 201 чел., девочек – 150.

Этиопатогенетические факторы гидроцефалии: аномалии развития ликворных путей – 51 чел. (14,5 %), родовая травма и ее последствия – 103 (29 %), воспалительный процесс – 86 (25 %), опухоли головного мозга – 16 (4,6 %), неизвестного генеза – 95 чел. (27 %). У всех больных, независимо от этиопатогенетического фактора, в клинической картине отмечался гипертензивно-ликворный синдром.

Степень выраженности гидроцефалии определяли методом транскраниальной ультрасонографии, КТ, МРТ головного мозга. Окклюзию ликворных путей подтверждали измерением ликворного давления в желудочках мозга и люмбальном канале, а также проведением ликвородинамических проб.

Перед проведением оперативного вмешательства учитывали характер гидроцефалии, анализ ликвора, ликворное давление, характер и уровень окклюзии, размеры и форму боковых желудочков. Наружное отведение ликвора после его санации завершали удалением дренажа и выполнением ЛШО. Из ликворошунтирующих операций предпочтение отдавали вентрикулоперитонеальному шунтированию, так как этот способ в настоящее время является наиболее распространенным и эффективным.

При гидроцефалии опухолевого характера ликворошунтирующие операции производили только больным с неоперабельными опухолями ствола мозга.

Количество и вид ликворошунтирующих операций: вентрикулоперитонеостомия – 151 (43 %), бивентрикулоперитонеостомия – 9 (2,6 %), субдуроперитонеостомия – 3 (0,9 %), вентрикулоатриостомия – 52 (14,8 %), кистоперитонеостомия – 5 (1,4 %), герниоперитонеостомия – 2 (0,6 %), люмбоперитонеостомия – 3 (0,9 %), ревизии, замены шунтов – 126 (35,9 %). Повторные операции выполнены 126 больным (35,9 %), в соответствии с характером развившихся осложнений.

Для шунтирования применяли клапанные системы: ДГС-14, системы со щелевидным клапаном собственной конструкции (рационализаторское предложение № 9 от 27.05.85 г., авторы: Тарабрин В.И., Черкашин А.Н.), системы иностранных фирм.

Положительные результаты в остром периоде отмечены в 92,9 % случаев, в сроки до 10 лет — в 90,3 %.

Ранние осложнения (до 2-х недель после операции), связанные с погрешностью в хирургической технике и подборе шунта, отмечены в 16 случаях (4,5 %).

Из поздних осложнений наиболее часто встречались дисфункция абдоминального катетера в виде его окклюзии или не всасывания ликвора в брюшной полости — 90 (25,6 %), обтурация венстри-

кулярного катетера, обусловленная оседанием в его отверстиях мозгового детрита, белковых фракций ликвора и его форменных элементов, форменных элементов крови — 28 (8 %). Инфекционные осложнения имели место у 19 больных (5,4 %) и были обусловлены, в основном, обострением ранее перенесенных менингоэнцефалитов, венитрикулитов. В сроки до 10 лет умерли 22 больных (9,7 %).

Выводы. Результатом проведенных ликворошунтирующих операций явились стабилизация ликворного давления и регресс гипертензионного синдрома у 209 пациентов (92,9 %). Таким образом, ликворошунтирующие операции до настоящего времени остаются самым эффективным методом лечения гипертензивного ликворного синдрома, независимо от этиопатогенетического фактора его формирования.

ТАТАРКИН Е.В., ДУДАРЕНКО О.О., САВИНА С.А.

*Детская городская клиническая больница № 4,
г. Новокузнецк*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

В отделе детской хирургии в течение 1994-2004 гг. наблюдались 41 ребенок с диагнозом «Атрезия пищевода» (АП). Из них, 23 девочки и 18 мальчиков. 24 ребенка были недоношенными и имели массу при рождении менее 2500 г. Из них, 8 детей менее 2000 г, двое менее 1500 г, один менее 1000 г. Большинство детей (33 чел.) поступили в первые сутки после рождения. На 2-е сутки поступили 6 детей. Два ребенка поступили на 5-е сутки. Всем детям при поступлении было проведено контрастное исследование пищевода с раствором верографина.

У 32 детей диагностирована типичная форма АП с нижним трахеопищеводным свищем (ТПС). У 4 детей имелись два свища, выпадающих в трахею. У 3 детей АП была без свища. У одного ребенка дистальный свищ впадал в правый главный бронх, у одного — в бифуркацию трахеи. При более полном обследовании выявлены сопутствующие пороки развития и заболевания: атрезия 12-перстной кишки — один ребенок, синдром Дауна — один, несовместимые с жизнью пороки сердца — 4, пороки легких и бронхов (гипоплазия хрящей трахеи, агенезия левого легкого, гипоплазия главных бронхов) — 3, внутрижелудочковые кровоизлияния — 4, пороки почек — 4, атрезия ануса — 4. У 4-х детей при поступлении диагностирована перфорация полого органа (желудка).

Всем детям проводилась предоперационная подготовка в отделении реанимации новорож-

денных. Длительность предоперационной подготовки зависела от общего состояния, сроков поступления и величины вздутия живота (что позволяло прогнозировать ширину свища) и составляла, в среднем, около 6 часов. Большинству детей (31 чел.) проведена правосторонняя торакотомия с перевязкой ТПС и наложением прямого анастомоза пищевода «конец в конец» отдельным однорядным швом. До 2000 года использовалась хлопчатобумажная нить 4/0 с многоцветной иглой. С 2000 года начато использование современных шовных материалов (викрил, дексон 5\0) на атравматичной игле. Прямой анастомоз накладывался при величине диастаза до 2 см. Трем детям дополнительно наложена колостомия, двум детям выполнена двойная эзофагостомия по Баирову, двум — проксимальная эзофагостомия в сочетании с гастростомией, у 5 детей из-за тяжести состояния оперативное вмешательство ограничено перевязкой и иссечением свища и наложением гастростомы. У одного ребенка выполнена диагностическая лапаротомия, после чего он был признан некурабельным.

Результаты лечения. Умерли 27 детей, из них 10 человек во время или сразу после операции (до 1 суток). Трое детей умерли на 3-е сутки, 6 — после 6 суток, 8 — после 12. Причиной смерти были дыхательная и сердечная недостаточность. У 4 умерших детей диагностирована несостоятельность швов пищевода, по поводу чего выполнялись следующие операции: в 2-х случаях реторакотомия и двойная эзофагостомия, в

2-х случаях реторакотомия и ушивание несостоятельности пищевода.

Выздоровление наступило у 14 детей. Все дети имели массу более 2000 г. Из них, у 12 детей была типичная форма АП с диастазом до 2 см (в среднем, 1 см), у 2-х — АП с двумя свищами, вдающимися в трахею. Ни у одного ребенка не было выявлено тяжелых сопутствующих пороков развития, перечисленных выше. Все дети поступили в 1-е сутки после рождения. У 3-х детей этой группы на 4-5 сутки после операции диагностирован напряженный пневмоторакс справа. Причиной его у 1 ребенка послужила несостоятельность швов трахеи; ему была выполнена реторакотомия, ушивание несостоятельности. У 2-х детей обнаружена несостоятельность швов пищевода; им было выполнено наложение гастростомы по Кадеру, с дальнейшим консервативным лечением несостоятельности путем длительного дренирования средостения и проведения склерозирующей терапии введением в дренаж раствора верографина. У

одного из детей в последующем развился стеноз пищевода, что потребовало проведения бужирования. У 2-х детей в раннем послеоперационном периоде развился стеноз пищевода без предшествующей клиники несостоятельности; бужирование выполнялось под контролем рентгена. У одного ребенка через год после операции в зоне анастомоза обнаружено длительно находившееся инородное тело (монета достоинством 5 копеек), которое было извлечено при помощи эндоскопа, после чего так же проведено бужирование.

АП, по нашему мнению, является корригируемым пороком развития. Успех лечения в значительной степени зависит от величины диастаза, массы тела, отсутствия сопутствующих пороков развития, применения современных шовных материалов. При возникновении несостоятельности пищевода в раннем послеоперационном периоде, успешной является консервативная терапия при адекватном дренировании средостения и наложении гастростомы.

УСКОВА Т.И., ЛОСИМОВИЧ В.Д., ПАНОВА Т.А., МЕШКОВ В.А.
*МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ И СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Химические ожоги и стенозы пищевода остаются актуальной проблемой детской хирургии. Вместе с тем, до настоящего времени существуют различные взгляды на многие вопросы тактики ведения и лечения больных с такими поражениями. Это касается объема неотложной помощи, сроков диагностики, длительности профилактического и лечебного бужирования.

Целью работы является обобщение опыта лечения химических ожогов, профилактики и лечения сформировавшихся стенозов пищевода.

За 15 лет, с 1990 г. по 2004 г., в отделении детской хирургии находились 63 больных с химическими поражениями пищевода. По виду травмирующего агента мы разделили всех больных на группы:

1. Ожог кислотой.
2. Ожог щелочью.
3. Травмирующий агент не известен.

По сроку поступления больные были разделены на 2 группы:

1. Дети в остром периоде, лечившиеся в специализированных стационарах (сначала в отделении реанимации и интенсивной терапии, затем в соматическом или хирургическом отделениях), которым на 5-8 сутки выполня-

лась эзофагоскопия с целью уточнения степени ожога и определения показаний для проведения профилактического бужирования.

2. Дети, которые в остром периоде не лечились и обратились впервые с проявлениями стеноза пищевода, или лечились в соматическом отделении, но в остром периоде им не выполнялась эзофагоскопия, или начатое лечение было прервано родителями по собственному усмотрению. Чаще всего это дети иногородние или из районов. Дети второй группы поступали, как правило, с жалобами на затруднение прохождения твердой пищи, иногда и жидкой пищи, рвоту, боли за грудиной. Сроки поступления таких пациентов варьировали от 3-х недель до 3-х лет.

Обследование пациентов 1-й группы ограничивалось, главным образом, эзофагоскопией с оценкой степени ожога и выраженности эзофагита. Во 2-й группе всем детям выполнялись эзофагоскопия и рентгенологическое обследование. Большинству детей 2-й группы были наложены гастростомы по Юхтину с целью питания и бужирования за нить. Показаниями к гастростоме считали:

- невозможность проведения бужа № 9;
- наличие пристенотического расширения;

- наличие асимметричной стриктуры;
- наличие стеноза на протяжении;
- наличие гипотрофии и невозможность коррекции питания через рот.

В 1-й группе среднее пребывание детей составило 25 к/д. Как правило, к этому сроку у ребенка отсутствовали жалобы и свободно проходил соответствующий возрасту буж, т.е. ребенок уходил на амбулаторное лечение поддерживающим бужированием. Во 2-й группе проводилось бужирование за нить антеградно, с последующим переходом на слепое. Среднее пребывание составило от 20 до 40 к/д.

Следует отметить, что бужирование в обеих группах проводилось с частотой 2 раза в неделю. Бужирование с более коротким интервалом мы считаем нецелесообразным, т.к. местно отек купируется не ранее 3-4 дня.

Лечение включало антибактериальную терапию, местное лечение (болтушки с гидрокортизоном, новокаином, альмагель, масляные препараты), физиолечение (электрофорез с лидазой, лазер, ультразвук), баротерапию. Местное лече-

ние и баротерапия проводились не всем детям, но в тех случаях, когда ребенок получал препараты, воздействующие на слизистую, и баротерапию, стеноз купировался легче и ребенок лучше переносил бужирование.

Мы получили два осложнения бужирования в виде перфорации пищевода (2 раза у одного больного). С возникшим медиастинитом удалось справиться, и в дальнейшем у этого ребенка достигнут хороший результат при бужировании.

Таким образом, формирование стеноза зависит от срока поступления и времени начала бужирования, характера травмирующего агента, ранней эзофагоскопической диагностики и раннего начала бужирования при III степени ожога. Лечение сформированного стеноза должно включать наложение гастростомы по показаниям и бужирование за нить, а также комплексную терапию.

Летальности за 15 лет не было. У детей, прошедших через отделение детской хирургии, показания к проведению пластических операций отсутствовали.

УСТИМЕНКО О.Н., ЦОЙ Е.Г., ИГИШЕВА Л.Н.,
ЛЕОНОВА М.Ю., ПАНТЕЛЕЕВА Л.П.

*Кемеровский государственный университет,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Общеизвестно, что материнское молоко — превосходная и самая сбалансированная пища для малыша. Состав материнского молока идеально отвечает потребностям новорожденного в питательных веществах и обеспечивает его наилучшую адаптивность в процессе роста. Питание детей в грудном возрасте оказывает долговременное влияние на физическое развитие, состояние здоровья, коэффициент интеллектуального развития в последующие годы.

Целью исследования явилось изучение влияния времени первого прикладывания к груди и типа вскармливания на физическое и психомоторное развитие детей первого месяца жизни.

Исследование проводилось в психоневрологическом отделении МУЗ ДГКБ № 5 г. Кемерово. Для достижения поставленной цели, анализировались антропометрические показатели и психомоторное развитие у 25 доношенных ново-

рожденных. Первую группу составили новорожденные, находящиеся на грудном вскармливании (14 детей), вторую — новорожденные на смешанном вскармливании (11 детей). В качестве докорма использовалась молочная смесь «Малютка». Комплексная оценка неврологического развития включала в себя медицинский осмотр, обследование неврологического статуса, а также определение макромоторики и способности решать наглядные и речевые задачи с помощью системы «КАТ/КЛАМС». Физическое развитие детей оценивалось по стандартным центильным таблицам. Математическая обработка проводилась посредством автоматизированной программы «Statistica V5».

В результате проведенного исследования выявлено, что между временем прикладывания к груди, типом вскармливания и психомоторным развитием ребенка есть достоверная корреляция. В группе, находившихся на грудном вскармли-

вании, 1/3 детей была приложена к груди в родильном зале, остальные – в первые сутки жизни. В группе смешанного вскармливания не было детей, приложенных к груди в родильном зале, 1/3 детей были приложены к груди в первые сутки жизни, а 1/4 детей этой группы – лишь на вторые сутки.

У 10 детей (0,9 %), находившихся на смешанном вскармливании, в возрасте 15 суток определялись признаки повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (тремор конечностей, подбородка, клонусы) и ослабление сосательного рефлекса. В группе детей, находившихся на естественном вскармливании, гипертоническая возбудимость была у 5 детей (0,33 %). При обследовании в возрасте 1 месяца признаки повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и ослабление сосательного рефлекса по-прежнему преобладали в группе детей на смешанном вскармливании. Дети, находившиеся на естественном вскармливании и приложенные к груди в ранние сроки, имели более высокий уровень психомоторного развития.

Среднее значение коэффициента психического развития (КПР) в первой группе составило 125 %, во второй – 61,4 %. Более низкое значение КПР в группе детей на смешанном вскармливании было обусловлено снижением решения наглядных задач (фиксация взгляда на кольце,

поднимание подбородка лежа на животе). Решение речевых задач (реакция на звук, затихание на руках) в сравниваемых группах не различалось. Более низкий КПР у детей на смешанном вскармливании обусловлен, вероятно, недостаточностью тесного контакта между матерью и ребенком в процессе кормления и формированием у детей, получавших смесь «Малютка», дефицита таких биологически активных веществ, как таурин, обеспечивающий рост и дифференцировку нервной ткани, ω -жирных кислот (функционального компонента фосфолипидов головного мозга), меди и цинка, обеспечивающих сохранность и дифференцировку нервной ткани головного мозга. Достоверных отличий по параметрам физического развития между двумя группами не обнаружено.

Таким образом, темпы физического развития детей первого месяца жизни не зависят от типа вскармливания. В большей степени характер вскармливания влияет на развитие нервно-психических функций. Младенцы в возрасте 1 месяца, находившиеся на смешанном вскармливании, были более возбудимы и имели более низкий уровень КПР. Следовательно, исключительно естественное вскармливание и более раннее прикладывание к груди способствуют формированию высокого интеллекта у детей уже в неонатальном периоде.

ФИРСОВА Н.А.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ ДЕТЯМ В Г. КЕМЕРОВЕ

Эпилепсия и пароксизмальные расстройства у детей относятся к числу важных медицинских, социальных, психологических и экономических проблем. По данным ВОЗ, эпилепсией страдает около 1 % детской популяции, 7 % детей переносят хотя бы один приступ в течение жизни. В г. Кемерово в 2004 г. зарегистрировано 506 больных эпилепсией (0,4 % детского населения). В 85 % случаев при эпилепсии и пароксизмальных расстройствах у детей своевременная адекватная медицинская помощь приводит к улучшению состояния больных. Факторами, препятствующими проведению эффективной терапии, являются разобщенность специалистов, недостаточная компетентность врачей. «Миграция» больного от специалиста к специалисту при отсут-

ствии единой терапевтической стратегии приводит к недопустимой резкой отмене противоэпилептических препаратов или необоснованному назначению политерапии, к применению слишком низких или чрезмерно высоких доз антиконвульсантов.

В 1997 г. ВОЗ, Международная противоэпилептическая лига и Бюро по эпилепсии объявили кампанию «Эпилепсия из тени». Ее задачами являются повышение уровня знаний и понимания эпилепсии в обществе, привлечение внимания органов здравоохранения к проблеме эпилепсии, ее изучению и профилактике, обеспечение всех потребностей больных, включая образование, обучение, обслуживание. Согласно рекомендациям Международной противоэпилептической лиги, выделена эпилептология –



междисциплинарная наука, объединяющая различные аспекты неврологии, педиатрии, психиатрии, нейрохирургии, нейрофизиологии, нейрорадиологии, клинической фармакологии, нейропсихологии.

Все изложенное выше доказывает необходимость совершенствования системы централизованной помощи в г. Кемерово. С октября 2003 г. на базе психо-неврологического отделения № 2 МУЗ ДГКБ № 5 работает Городской центр по лечению эпилепсии и пароксизмальных состояний.

Основные задачи Центра:

- диагностика пароксизмальных расстройств и эпилепсии;
- составление индивидуальной программы лечения;
- координация диагностической и лечебной работы с педиатрами и неврологами;
- направление в необходимых случаях на стационарное лечение;
- анализ эффективности лечения;
- проведение городских врачебных конференций;
- профилактическая работа.

Организация приема эпилептолога предусматривает предварительную запись пациента. Эпилептолог занимается дифференциальной диагностикой эпилептических и неэпилептических пароксизмов, диагностикой формы эпилепсии, подбором и коррекцией терапии, составлением индивидуальных программ лечения и наблюдения.

На эпилептологическом приеме можно выделить несколько групп пациентов, тактика по отношению к которым различна:

1. Больные с неэпилептическими церебральными пароксизмами. В наблюдении нуждаются больные с расстройствами сна, обмороками, преходящими нарушениями мозгового кровообращения при высокой частоте, с ассоциированной мигренью, атипичными фебрильными судорогами, псевдоэпилептическими пароксизмами. Консультирование и электроэнцефалографическое обследование проводятся 1-3 раза в год.
2. Больные с дебютом эпилепсии. Консультант осуществляет необходимую диагностику и планирование обследования для уточнения диагноза.
3. Больные с ремиссией эпилепсии. Консультант определяет срок отмены антиконвульсантов, планирует этапное снижение дозировок. После отмены лечения, через 2 месяца, проводится ЭЭГ-обследование и завершающее консультирование.

4. Больные с контролируемым течением эпилепсии. При достижении частичного контроля над припадками сохраняется постоянная схема приема антиконвульсантов, контроль проводится 1-2 раза в год.

5. Больные с неконтролируемым течением эпилепсии. Необходимо выяснение природы резистентности для определения дальнейшей тактики.

6. Больные с эпилепсией на фоне текущих заболеваний мозга. Тактика определяется характером и прогнозом основного заболевания.

Для диагностики, кроме рутинного ЭЭГ-обследования, используется система видео-ЭЭГ-мониторинга, позволяющая четко дифференцировать генез пароксизмов, локализацию эпилептического очага, а также характер эпилептической активности. Запись производится не только в период бодрствования, но и во время сна, что позволяет проводить дифференциальный диагноз пароксизмальных состояний различного генеза. Кроме того, применяются ЭХО-энцефалография, реоэнцефалография бассейнов сонной и позвоночной артерий, кардиоинтервалография. Методы нейровизуализации включают компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию.

При необходимости госпитализации, больные направляются в психо-неврологическое отделение № 2 МУЗ ДГКБ № 5. Исключение составляют больные с выраженными нарушениями поведения и тяжелыми формами умственной отсталости.

Между неврологами и психиатрами, специализирующимися в области эпилептологии, устанавливается преемственность. Планируется разработка единой компьютерной базы данных, включающей информацию о пациентах, страдающих эпилепсией. За прошедший год проведено две городские конференции, посвященные вопросам эпилептологии.

Постоянный многолетний прием антиконвульсантов составляет основу лечения больных эпилепсией. Монотерапевтический вариант лечения используется у 65 % больных эпилепсией. 70 % детей принимают вальпроаты, 28 % — карбамазепин (финлепсин). Сложившаяся система специализированной помощи больным эпилепсией доказала свою необходимость и эффективность.

Вестороннее обследование и пролонгированное наблюдение специалиста позволяет добиться стойкой ремиссии, выздоровления, контроля над приступами или улучшения качества жизни больного, предупредить дезадаптацию и инвалидность, оптимизировать затраты на лечение.

ХОРОШКО Е.Е., КУРЗАНЦЕВА О.М.
Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА

Определение предполагаемой массы (ПМ) плода является важной задачей, решаемой в акушерской практике. Это имеет большое значение для диагностики задержки внутриутробного развития плода, макросомии. Дородовое определение ПМ плода играет важную роль в тактике ведения беременности, в выборе оптимального способа родоразрешения. От того, какая будет масса плода, в немалой степени зависят тактика ведения родов, материнский травматизм, а также перинатальные исходы.

Возможности определения ПМ плода значительно расширились с внедрением в клиническую практику ультразвуковой диагностики, которая позволяет достаточно точно определять размеры различных частей тела плода. Определение ПМ плода основано на использовании различных формул, отражающих математическую зависимость между фетометрическими параметрами плода и его массой. Чаще всего используются следующие фетометрические параметры: бипариетальный размер головки, лобно-затылочный размер и окружность головки; длина бедренной кости плода; средний диаметр и окружность груди; средний диаметр и окружность живота. Кроме того, некоторые авторы рекомендуют использовать размеры внутренних органов плода, а именно, сердца и почек.

В настоящее время существуют более 100 формул для вычисления ПМ плода. Согласно данным литературы, их диагностическая ценность различна. Она характеризуется величиной средней ошибки, которая чаще всего не превышает 250 г. Значительные ошибки определения ПМ плода связаны с неточностью при проведении фетометрии, обусловленной многочисленными факторами, в первую очередь, соматической патологией женщин, невыгодным для фетометрии положением плода, неправильным выбором плоскости сечения, особенностями систем измерений различных ультразвуковых сканеров.

Обследованы 150 беременных женщин. Исследование проводили на аппарате SSD-650 при использовании конвексного датчика с частотой 3,5 Мгц, в режиме серой шкалы.

Определение ПМП проводилось по формуле токийского университета:

$$\text{ПМП} = 1,07 \times (\text{BPD}^3) + 3,42 \times \text{APTD} \times \text{TTD} \times \text{F},$$

где BPD – бипариетальный размер головки плода, F – длина бедренной кости плода, APTD – поперечный диаметр туловища плода, TTD – продольный диаметр туловища плода.

В результате проведенной сравнительной оценки точности дородового определения массы плода с помощью ультразвуковой фетометрии по уравнению токийского университета, было установлено, что средняя ошибка не превышала 250 г.

У 108 пациентов (72 %) разница в ПМ плода и весом новорожденного составляла, в среднем, 250 г. У 42 пациентов (28 %) выявлена разница в весе от 300 г до 1000 г, из них у 11 пациентов (26,2 %) разница составила от 300 г до 400 г; у 16 (38,1 %) – до 500 г; у 5 (11,9 %) – до 600 г; у 5 (11,9 %) – до 700 г; у 2 (4,8 %) – до 800 г; у 2 (4,8 %) – до 900 г; у одной пациентки (2,3 %) – до 1000 г.

При анализе полученных данных, у 42 пациенток (28 %) с большими колебаниями ПМ плода и весом новорожденного установлено, что во всех случаях у данных женщин имелась сопутствующая патология. Так, у 11 пациенток (26,2 %) диагностировано конституционально-алиментарное ожирение 2-3 степени, у 18 (42,9 %) – патологическое количество околоплодных вод, из них у 10 женщин (55,5 %) определялось многоводие различной степени и у 8 (44,5 %) – маловодие (два случая полного отсутствия околоплодных вод). В 13 случаях (30,9 %) временной промежуток между днем ультразвукового исследования и датой родов составлял более 7-10 дней.

Таким образом, в результате выполненных исследований установлено, что оценка ПМ плода с помощью ультразвуковой фетометрии является прогностически значимой в акушерской практике. Наличие различного рода причин, влияющих на физические свойства ультразвуковой волны при прохождении ее в органах и средах организма, отражается на величинах фетометрических показателей и, тем самым, неблагоприятно влияет на оценку предполагаемой массы плода.

ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

В настоящее время летальность от острого аппендицита в большинстве детских хирургических клиник равна нулю. Однако частота осложнений вовремя не оперируемых острых аппендицитов остается достаточно высокой. Наиболее тяжелое осложнение – перитонит, который у детей с острым аппендицитом наблюдается с частотой 5-9 %. Сочетание тяжелого гнойно-септического заболевания с неизбежной хирургической травмой становится причиной развития критических состояний. Аппендикулярный перитонит у детей является причиной сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности в 72 % наблюдений. Все это заставляет искать новые, более эффективные и физиологические методы его лечения.

Материалы и методы. Мы провели анализ историй болезни детей в возрасте от 1 года 10 месяцев до 14 лет, находившихся на лечении в нашей клинике с 2001 года по настоящее время, с различными формами перитонита аппендикулярной этиологии. Мы руководствовались классификацией, предусматривающей подразделение перитонита по степени распространенности на местный и общий. Анализированы оперативно-лечебные мероприятия. Их эффективность и результаты оценивались на основании клинических симптомов и данных лабораторных исследований. Всего пролечено 63 пациента. Самую многочисленную группу составили больные с местным не отграниченным перитонитом – 37 детей (58,7 %); у 9 больных (14,3 %) имелся отграниченный процесс: абсцесс и инфильтрат, у 17 детей (27 %) – общий перитонит.

Результаты и их обсуждение. Местный отграниченный перитонит развивался у детей в возрасте от 2 до 14 лет (9 детей). Давность заболевания составила от 2 до 12 дней. У одного ребенка развился периаппендикулярный инфильтрат, у остальных – периаппендикулярный абсцесс. Всем больным выполнены оперативные вмешательства. Детям с периаппендикулярным абсцессом проводилось дренирование полости абсцесса, с предварительной аппендэктомией у 7 детей, у 1 ребенка отросток не удален в силу его лизиса. Ребенку с периаппендикулярным инфильтратом, 3,5 лет, с давностью заболевания 12 дней, проведена лапароскопическая аппендэктомия из инфильтрата.

Снижение температуры тела отмечалось в 1-10 сутки после оперативного вмешательства. По-

казатели периферической крови, за исключением, в некоторых случаях, СОЭ, нормализовались на 3-15 сутки. Дренажи удалялись на 3-4 сутки. Пребывание в РАО продолжалось от 2-х до 4 койко-дней. Осложнений не отмечено.

Местный неотграниченный перитонит развивался у детей в возрасте от 4 до 14 лет. Давность заболевания составила от 12 часов до 4 суток. Оперативное лечение: в 22 % случаев – лапароскопическая аппендэктомия, в остальных – доступом Волковича-Дьяконова. Морфологические изменения в червеобразном отростке: флегмонозный аппендицит – 1 ребенок (2,7 %), гангренозный – 7 детей (18,9 %), гангренозно-перфоративный – 29 (78,4 %). У 12 детей (33 %) выполнена резекция большого сальника в связи с оментитом.

Пребывание в РАО детей с местным неотграниченным перитонитом составило, в среднем, 2 койко-дня. Постоперационные осложнения наблюдались у 2 детей (5,6 %). В одной ситуации на 3-и сутки развился общий перитонит, санирован лапароскопически, во второй – кишечная непроходимость на 6-е сутки, выполнены лапаротомия, разделение спаек.

Общий перитонит развивался у детей в возрасте от 1,5 до 14 лет. Давность заболевания составила от 1,5 до 14 суток. У всех больных был гангренозно-перфоративный червеобразный отросток.

При общем перитоните использовались 3 метода оперативного лечения: срединная лапаротомия, аппендэктомия, туалет брюшной полости (1-я группа больных); срединная лапаротомия, аппендэктомия, туалет брюшной полости, лапаростомия (2-я группа больных); лапароскопическая аппендэктомия, туалет брюшной полости (3-я группа больных).

В 1-ю группу вошли 5 детей 1,5-14 лет. Срок заболевания составили 1,5-5 суток. Отмечены умеренно выраженные явления перитонита. Это позволило выполнить одномоментную санацию брюшной полости с ушиванием ее наглухо. У одного ребенка выполнена резекция большого сальника. Послеоперационный парез длился не более 2-х суток. Нормализация температуры тела наступила на 2-5 сутки. Показатели общего анализа крови нормализовались на 3-12 сутки. Пребывание в РАО составило 1,5-4 койко-дней.

Во 2-ю группу включены 5 больных, в возрасте от 1 года 10 месяцев до 14 лет. Давность

заболевания составила от 2-х до 14 суток. Двое детей поступили по санавиации из районов, где выполнялась аппендэктомия. Отмечено очень тяжелое состояние, значительно выраженные нарушения гомеостаза, инфильтрация брюшины, грубые фибриновые наложения по всем полям в большом количестве, межпетлевые гнойники, обильный гнойный выпот, выраженный парез кишечника. При таких изменениях закрытие брюшной полости привело бы к ухудшению состояния за счет возрастания внутрибрюшного давления, поэтому формировалась лапаростома. В 4-х случаях дважды проводилась ревизия лапаростомы через 48 часов, в одном случае ее удалось закрыть при повторной ревизии. На 2-4 сутки появлялась перистальтика, которая полностью восстанавливалась после закрытия лапаростомы. Средний койко-день в РАО — 7,5. После 2-4 суток от закрытия лапаростомы отмечалась нормализация температуры тела. Осложнений и летальных исходов не было.

Третья группа представлена 7 больными, в возрасте от 6 до 14 лет. Давность заболевания составила 1,5-4 суток. В 2-х случаях, помимо аппендэктомии, выполнена резекция инфильтрированного сальника, у одного ребенка вскрыт периаппендикулярный абсцесс. Наличие множественных межкишечных абсцессов, стойкий парез кишечника, в сочетании с его выраженной инфильтрацией и отечностью, являются непосредственным противопоказанием к дальнейшей лапа-

роскопии. В таких случаях показано наложение лапаростомы.

В этой группе больных перистальтика появлялась на 2-е сутки, восстанавливалась полностью на 3-и сутки. Нормализация температуры происходила на 2-4 сутки. Средний койко-день в РАО составил 2,6. Сразу после перевода в общее отделение, ребенка в течение одного дня выводили на полный энтеральный объем.

Таким образом, большинство перитонитов, за исключением отграниченных, целесообразно оперировать лапароскопической методикой. По сравнению со срединной лапаротомией, сроки реабилитации сокращаются в силу наименьшей операционной травматичности. Также, возможно проведение более адекватной санации брюшной полости, в отличие от доступа Волковича-Дьяконова при местном не отграниченном перитоните.

Выводы:

1. Отграниченный перитонит (инфильтрат, абсцесс) является показанием к оперативному лечению доступом Волковича-Дьяконова.
2. При наличии клиники местного не отграниченного и общего перитонита операцией выбора является лапароскопическая санация брюшной полости.
3. Наличие выраженного пареза с инфильтрацией кишечника и множественные межкишечные абсцессы являются прямым показанием к методике наложения лапаростомы с последующей ее ревизией.

ЦОЙ Е.Г., СУТУЛИНА И.М., КОРОВАЕВА И.В., БАЛЯНОВА Л.А.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ

Врожденный порок сердца (ВПС) — это структурная или функциональная патология сердца, имеющая место при рождении ребенка независимо от того, когда впервые выявлена. В последние годы отмечается увеличение распространенности этой патологии. Ранняя диагностика врожденной патологии сердца и сосудов позволяет квалифицированно подходить к решению вопроса о тактике ведения детей с врожденной патологией сердечно-сосудистой системы, что крайне важно, особенно в аспекте снижения младенческой смертности по причине ВПС.

Целью работы стало изучение подхода к терапевтическому лечению детей с ВПС, госпитализированных в отделение патологии новоро-

жденных Кемеровского областного перинатального центра.

Проведен анализ «Медицинских карт стационарного больного» в течение 4 лет (2001-2004 гг.). Под наблюдением находились 136 детей с ВПС. За период с 2001 по 2003 гг. количество госпитализированных больных с ВПС увеличилось в 2 раза.

Клинически дети с ВПС имели значимые гемодинамические нарушения в виде недостаточности кровообращения (НК) — 55 %, синдрома артериальной гипоксемии — 14,5 %, сочетания гипоксемического синдрома с НК — 12,5 %. У 29 % больных НК появилась в первые 3 дня жизни, у 14 % — на 4-7 сутки, у 50 % — в позднем неонатальном периоде, у 6 % — после месяца жизни. Летальный исход наступил у 13,2 %

детей. Вопрос о показаниях к кардиохирургической коррекции решался у 72 детей. Экстренное оперативное лечение было рекомендовано 15 детям, однако у 2 детей летальный исход наступил до перевода в специализированную клинику.

С целью купирования НК дети получали фармакотерапию. Лекарственные средства, применяемые в настоящее время для лечения НК, делятся на 2 основные группы: 1) обладающие положительным инотропным действием (сердечные гликозиды, катехоламины – дофамин); 2) вызывающие разгрузку сердца: нейрогуморальную (ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента – ИАПФ, верошпирон, β -блокаторы), объемную (диуретики), гемодинамическую (нитраты – перлингганит).

В длительной терапии больных с НК ИАПФ играют ключевую роль. Это единственная группа препаратов, о которых известно, что они улучшают выживаемость больных с позиции доказательной медицины. По нашим данным, из 40 детей (53,3 %), получавших ИАПФ, 24 ребенка (60 %) имели положительную динамику в терапии НК. Диуретики различных групп получали 71 человек (95 %), у 35 детей (49 %) отмечался положительный эффект. Особого внимания, на наш взгляд, заслуживает верошпирон. Данный препарат является антагонистом по отношению к альдостерону. Влияя на дистальный отдел нефрона, он повышает выделение натрия, задерживает калий и, тем самым, обуславливает усиление диуреза, в связи с этим он может быть отнесен к препаратам как нейрогуморальной, так и объемной разгрузки сердца. Из 35 детей (45 %), получавших верошпирон, 19 человек (49 %) имели статистически достоверный положительный эффект. Сердечные гликозиды применялись при неэффективности ИАПФ и диуретиков, а также как препараты выбора. Все дети были с сочетанными пороками сердца. Положительной динамики не

было получено ни в одном случае. В urgentных ситуациях назначались катехоламины и нитраты. Дофамин получали 16 детей, из них у 10 человек наблюдались положительная динамика либо стабилизация состояния. Перлингганит в условиях реанимационного отделения использовался у 15 детей, из них 8 детей имели положительную динамику. У 6 детей при использовании катехоламинов и у 7 детей при использовании нитратов были пороки, несовместимые с жизнью.

Учитывая все выше сказанное можно сделать вывод, что у большинства новорожденных детей с ВПС НК развивается в первый месяц жизни, поэтому необходимо тщательное наблюдение за состоянием ребенка в этот период жизни, как критический по развитию НК. Течение НК при ВПС зависит от анатомического дефекта и рациональной фармакотерапии, следовательно, необходимо как можно раньше определять тактику ведения каждого ребенка в отдельности. Успешное ведение ребенка с ВПС зависит от раннего выявления порока, определения его гемодинамической значимости, профессионального подхода к терапевтическому лечению. Во второй половине XX века произошла смена концепций развития НК, что привело к изменению подходов ее лечения, на первый план вышли нейрогуморальные модуляторы, которые в большинстве случаев помогают оптимизировать период первичной адаптации при ВПС у большинства новорожденных детей. Патогенетическая терапия включает также мочегонные препараты, а при жизнеугрожающих ситуациях – катехоламины и нитраты. Сердечные гликозиды в настоящее время отошли на второй план, так как не имеют преимуществ в сравнении с ИАПФ. При их назначении имеется высокий риск развития побочных эффектов. Медикаментозное лечение способствует выживанию больных и является важным шагом в плане подготовки к оперативному лечению.

ЦОЙ Е.Г., СУТУЛИНА И.М., АБРАМОВА Л.Н., КОРОВАЕВА И.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

В Кузбассе каждый год рождается около 300 детей с врожденными пороками сердца (ВПС). При ультразвуковом исследовании (УЗИ) антенатально выявляются 24-39 % случаев ВПС. Еще 27 % – в родовспомогатель-

ных учреждениях. Остальные ВПС выявляются в более поздние сроки.

В системе оказания кардиологической помощи работают совместно специалисты Кемеровского областного перинатального центра (КОПЦ) и Ке-

меровского кардиоцентра (ККЦ), решая вопросы диагностики ВПС, прогноза для жизни и здоровья плода, оперативной и консервативной тактики ведения. При наличии у плода ВПС родоразрешение осуществляется в родильном доме КОПЦ. Кардиологическая помощь новорожденным детям представлена стационарными койками патологии и реанимации новорожденных на базе КОПЦ (ОПН, ОРИТН), консультативными приемами специалистов ККЦ и поликлиники КОПЦ. Кардиохирурги ККЦ только недавно начали оперировать пациентов старше 1 года, с 2003 года выполняются около 80 операций в год. Дети с ВПС младше года, требующие оперативного вмешательства, направляются в кардиохирургические клиники гг. Новосибирска, Москвы и Томска.

За последние 4 года (2001-2004 гг.) в отделении патологии новорожденных Кемеровского областного перинатального центра были госпитализированы 136 детей с ВПС, что составило 8,7 % в структуре больных отделения. За период с 2001 г. до 2003 г. количество госпитализированных больных с ВПС увеличилось в 2 раза. Антенатально у этих детей, при проведении ультразвукового скрининга плода, ВПС были диагностированы в 8 % случаев, 17 % женщин не наблюдались по беременности и не проводили УЗИ плода, в 75 % случаев ВПС не был выявлен, несмотря на ультразвуковое исследование во время беременности. В половине случаев ВПС был диагностирован в раннем неонатальном периоде, у остальных – в течение первого месяца жизни. Клинически дети с ВПС имели значимые гемодинамические нарушения в виде недостаточности кровообращения (НК) (55 %), синдрома артериальной гипоксемии (14,5 %), сочетания гипоксемического синдрома с НК (12,5 %). У 43 % больных НК появилась в раннем неонатальном периоде, у 50 % – в позднем неонатальном периоде, у 6 % – после 1-го месяца жизни.

По степени влияния выявленных анатомических аномалий сердца на гемодинамику, больные были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили дети с ВПС, проявляющимися тяжелыми нарушениями гемодинамики и создающими в неонатальном периоде критическую ситуацию. Данный вариант встретился у 21 ребенка (15,2 %). Это были комбинированные ВПС: полная ТМС, ОАС в сочетании с атрезией дуги аорты, ОАП и ДМПП, ОАП в сочетании с ДМЖП и КоА; аплазия правого желудочка в сочетании с ДМПП и атрезией дуги аорты, критический аортальный стеноз в сочетании с ДМПП, ТФ, атрезия дуги аорты в сочетании с ДМЖП, ДМПП и ОАП, единый желудочек в сочетании с ТМС, двойное отхождение магистральных сосудов от ПЖ в сочетании с ДМПП и ДМЖП. Во 2-ю группу вошли

28 детей (21 %), имевших ВПС со средней степенью выраженности гемодинамических нарушений. Эта группа больных с ТФ, ДМЖП, ДМЖП + ДМПП, КоА, а также с неполной формой АВК, ДМПП, клапанным стенозом легочной артерии. В 3-ю группу вошли 87 детей (63,8 %) с ВПС без выраженных нарушений гемодинамики: ДМПП, ДМЖП, ТФ, ДМЖП + ДМЖП.

ВПС одинаково часто встречались как у девочек, так и у мальчиков, однако у мальчиков преобладали сложные пороки, соотношение мальчиков и девочек в 1-й и 2-й группах составило 2 : 1, в 3-й группе преобладали девочки.

Летальный исход наступил в 13,2 % случаев (18 детей). Только у 13 из 18 умерших детей был прижизненно поставлен топический диагноз, у 5 детей эхокардиографическое исследование не было проведено в связи с тяжестью состояния и невозможностью транспортировки в ККЦ, располагающий необходимой диагностической аппаратурой.

Вопрос о показаниях к кардиохирургической коррекции решался у 72 детей (52,2 %). На лечение в кардиохирургические стационары непосредственно из отделения были направлены 15 детей (10,9 %), однако у 2-х детей летальный исход наступил до перевода в специализированную клинику.

Таким образом, несмотря на рост врожденной патологии сердечно-сосудистой системы у младенцев, качество антенатальной диагностики ВПС на сегодня остается недостаточным. Имеет место слабая материально-техническая оснащенность лечебно-диагностического процесса у детей с кардиологической патологией, госпитализированных в КОПЦ. В связи с этим, тяжело больные дети, в т.ч. находящиеся на ИВЛ, транспортируются в ККЦ, что представляет опасность для их жизни и здоровья. У половины новорожденных с ВПС развиваются критические состояния, требующие интенсивной терапии и экстренного решения вопроса о хирургической коррекции. Оказанию кардиохирургической помощи новорожденным и детям раннего возраста в условиях г. Кемерово препятствует отсутствие специальной аппаратуры, кардиохирургов и реаниматологов, имеющих опыт работы с этой категорией больных. Оперативное лечение за пределами области ограничено проблемами транспортировки тяжелобольных детей, лимитом квот Федерального бюджета. В связи с этим, часть больных умирают без оказания помощи, которая возможна на современном уровне развития медицины.

Дальнейшее повышение уровня диагностики и лечения ВПС напрямую зависит от уровня технического оснащения структурных подразделений КОПЦ, повышения профессионального

уровня врачей. Все это, безусловно, требует значительного финансирования, но только так

мы сможем более качественно помогать детям с ВПС.

ЦОЙ Е.Г., ИГИШЕВА Л.Н., ЛЫСЕНКО О.В.,
ВЯЛОВА Н.С., КУЛЬЧИЦКАЯ Н.Г., ЛЯЩЕНКО Г.А.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМИ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ

Нарушения сердечного ритма – большая гетерогенная группа заболеваний сердечно-сосудистой системы. Наибольшее клиническое значение имеют жизнеугрожающие тахикардии (ЖУТ), которые служат причиной ранней инвалидизации и наиболее часто сопряжены с риском внезапной сердечной смерти.

В основе причин нарушения ритма сердца и проводимости у детей чаще лежат функциональные поражения. Их патогенез связан с экстракардиальными нарушениями иннервации сердца вследствие поражения центральной и вегетативной нервной системы, которые, в свою очередь, возникают в результате неблагоприятного течения беременности и родов, внутриутробной гипоксии, внутриутробных инфекций, внутричерепной родовой травмы. В настоящее время большинство авторов пришли к единому мнению, что в детском возрасте одним из ведущих патофизиологических механизмов развития аритмий является нарушение нейрогенной регуляции сердечного ритма, приводящее к выраженной электрической нестабильности миокарда. Вследствие этого изменяется чувствительность кардиомиоцитов к электрическому стимулу.

В соответствии с этим, существует единая тактика ведения больных с ЖУТ, включающая базисную, антиаритмическую (ААП) и метаболическую терапию, а при наличии дополнительных путей проведения – радиочастотную абляцию (РЧА). Отношение к использованию антиаритмических препаратов в педиатрии неоднозначное. В связи с этим, мы изучили клинико-электрофизиологические варианты ЖУТ у детей и эффективность терапевтических воздействий для оптимизации тактики ведения этих детей.

За последние три года (2002-2004 гг.) в педиатрическом отделении МУЗ ДГКБ № 5 г. Кемерово находились на лечении 58 детей в возрасте от 1 мес. до 15 лет с нарушениями ритма. Из них, ЖУТ выявлены у 11 детей, что составило 19 %. Был проанализирован анамнез детей, для исключения органической патологии сердечно-сосудистой системы. Для уточнения электрофизи-

ологических вариантов аритмий использовали данные стандартных электрокардиограмм, заключения суточного ЭКГ-мониторирования, чрезпищеводной ЭКГ, велоэргометрии, кардиоинтеваллографии.

Выявлено, что наиболее часто ЖУТ встречались в периоде новорожденности – 7 случаев, реже в подростковом возрасте – у трех детей. В младшем школьном возрасте ЖУТ была диагностирована только у одного ребенка. У большинства детей встречалась пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия (ПСТ) – 9 случаев. Только у двух новорожденных детей выявлена хроническая непароксизмальная суправентрикулярная тахикардия (ХНТ). Наиболее часто ЖУТ возникали на фоне синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта (ВПУ), который выявили у 7 детей (у 5 детей с ПСТ и у двух детей с ХНТ).

Приступы пароксизмальной тахикардии в периоде новорожденности осложнялись недостаточностью кровообращения (НК) и требовали неотложной терапии, которая была эффективной только при сочетании ААП (АТФ, кордарон, обзидан). Применение вагальных проб (холод на лицо) было эффективно только у 1 ребенка.

В соответствии с современной концепцией патогенеза аритмий у детей, использовалась плановая базисная терапия, включавшая ноотропные препараты, карбамазепин (финлепсин), а также вазоактивные (трентал, кавинтон, циннаризин) и метаболические (элькар, кудесан, актовегин, рибоксин) препараты. Ноотропные препараты (пирацетам, фенибут, пантогам) способствуют коррекции нейровегетативных нарушений и восстановлению защитной функции симпатoadренальной системы, оказывают трофическое воздействие на вегетативные центры регуляции. Карбамазепин оказывает легкий антиаритмический эффект и обладает мембраностабилизирующим и антидепрессивным эффектом, особенно эффективен для профилактики повторных приступов пароксизмальных тахикардий. По показаниям применяли вазоактивные препараты, способствующие усилению кро-

вотока и улучшению оксигенации нервных клеток. Из ААП у детей с ПСТ в постприступном периоде предпочтение отдавалось кордарону, в некоторых случаях использовали соталекс, ритмонорм. Рецидивирование ПСТ на фоне проводимой антиаритмической и базисной терапии у 1 ребенка потребовало направления в специализированную клинику для проведения электрофизиологического исследования и РЧА.

У детей с ХНТ использовалась базисная терапия, из ААП предпочтение отдавалось кордарону в средних терапевтических дозах. Однако консервативное лечение детей с ХНТ было мало эффективно, в возрасте 2-2,5 мес. развилась аритмогенная дилатационная кардиомиопатия, НК с 3 функциональным классом (ФК), что потребовало добавления в терапию дигоксина в метаболической дозе, ингибиторов АПФ и верошпирана. Это позволило улучшить внутрисердечную гемодинамику и перевести детей по НК в 1-

2 ФК. Нормализация частоты сердечных сокращений и полное обратное развитие аритмогенной кардиомиопатии было достигнуто после хирургического лечения — радиочастотной катетерной абляции.

У детей старшего возраста приступы пароксизмальной тахикардии регистрировались 1-2 раза в год, купировались самопроизвольно, после проведения вагальных проб (раздражение солнечного сплетения, давление на глазные яблоки) или после однократного введения АТФ.

Таким образом, наиболее часто ЖУТ возникают на фоне синдрома ВПУ. Критическим возрастом является период новорожденности. Лечение ЖУТ комплексное (базисная терапия, ААП, хирургические методы лечения), дифференцированное, в зависимости от клинико-электрофизиологического варианта, возраста больного и первичного ответа на проводимую антиаритмическую терапию.

ЧЕРЕМОВСКАЯ И.В., КОРОВИН Г.В.
*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ШКОЛА ДЛЯ БУДУЩИХ РОДИТЕЛЕЙ И СЕМЕЙНОЙ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ

Школа будущих родителей и семейной подготовки к родам начала работу в 1998 г. на базе консультативной поликлиники. Методика занятий в школе постоянно корректируется в свете новых знаний и приобретенного опыта. Неизменным остается главное — нацеленность на здоровый образ жизни, индивидуальный подход и доброжелательность в отношениях.

На сегодняшний день программа состоит из шести занятий. В работе школы принимают участие психолог, психотерапевт, педиатр.

Во время занятий решаются следующие задачи: помочь будущим родителям наиболее оптимально пережить психологический кризис беременности; подготовить супружеские пары к родам; подготовить супружеские пары к эмоциональному и осмысленному принятию материнства и отцовства; формирование психологического приоритета здоровья и здорового образа жизни; научить практическим приемам кормления ребенка грудью и ухаживания за ним; научить техникам эффективных внутрисемейных коммуникаций.

Основные направления работы Школы: техническая подготовка супругов к родам; снятие избыточной тревоги беременной и ее окружения; принятие будущими родителями ответственности

за течение беременности, родов и здоровье ребенка на себя; развитие материнства и отцовства, как таковых.

Основным методом работы является групповой тренинг, где отрабатываются правила поведения беременной в родах, а также супруга в партнерских родах; проводится гимнастика и сеансы релаксации для беременных; супруги обучаются техникам телесно ориентированной психотерапии для беременных; преподаются теоретические основы перинатальной психологии, психологии беременности, плода и ребенка раннего возраста; используются методы терапии творческим самовыражением; супруги обучаются техникам грудного вскармливания и ухода за ребенком, принципам здорового образа жизни.

В конце каждого занятия проходит чаепитие. Как важный психологический фактор, мы добиваемся посещения школы обоими будущими родителями. Кроме того, проводится отдельное занятие специально для будущих пап.

В феврале 2003 года материалы о работе школы были представлены на Кузбасской выставке «Мединтекс», в 2005 году статья об анализе эффективности работы школы вошла в сборник научно-практических работ выставки.

С целью оценки эффективности работы школы были отобраны две группы женщин, по

40 человек в каждой (метод случайной выборки): опытная – женщины, прошедшие подготовку в школе; контрольная – женщины, имеющие аналогичные возраст, акушерско-гинекологический анамнез, район проживания, не проходившие обучение в школе. Источниками данных были истории родов и результаты опроса.

Проведенный анализ показал, что 80 % новорожденных опытной группы имели оценку по шкале Апгар 7/8-8/8 баллов. Следует отметить, что самые высокие оценки (8/8-8/9 баллов) были у детей, родившихся у супружеских пар, прошедших партнерские роды. В контрольной группе таких детей было 47,5 % ($P < 0,05$). Осложнения в процессе родов отсутствовали у 85 % детей опытной группы и у 37,5 % контрольной ($P < 0,05$). Можно отметить, что такие диагнозы, как кефалогематома, аспирационный синдром, синдром дизадаптации центральной нервной системы, перелом ключицы, в опытной группе отсутствовали и имелись в контрольной (соответственно, 2,5 %, 12,5 %, 7,5 %, 5 %). В 85 % случаев у рожениц опытной группы осложнений родов не было, в то время как в контрольной группе осложнения родов отсутствовали только в 30 % случаев ($P < 0,05$).

87,5 % женщин опытной группы отметили, что переживали роды как радостное событие и уверенно справлялись с любой возникшей ситуацией. Опрос в контрольной группе показал, что уверенно и с радостью рожали лишь 30,5 % женщин. Все остальные роженицы переживали роды как мучительный процесс, полный страдания. В связи с этим, следует отметить, что в контрольной группе между удельным весом женщин, использующих и не использующих эпидуральную

анестезию, достоверных различий не выявлено (соответственно, 47,5 % и 52,5 %). В опытной группе подавляющее число женщин (87,5 %) не использовали анестезию ($P < 0,05$).

Установлена также связь эмоционального состояния женщин в родах с физиологическим состоянием новорожденного. Так, оценки по шкале Апгар 8/8 и выше наблюдались только у тех женщин, которые чувствовали себя во время родов уверенно и спокойно, что составило 55,2 % женщин опытной группы и 40 % женщин контрольной группы.

Грудное вскармливание до года сохранялось у всех детей в опытной группе. В контрольной группе 60 % детей получали грудное вскармливание, 27,5 % – смешанное, 12,5 % – искусственное.

Одним из методов, используемых нами для подготовки женщин к родам, является обучение их физической и дыхательной гимнастике, релаксации, телесно-ориентированной психотерапии для беременных. С целью определения эффективности указанного метода, всем женщинам дважды (в начале и в конце обучения) проводится обследование: УЗИ, КТГ, тест Люшера. Анализ полученных результатов показал, что у 92 % женщин нормализуется тонус матки, улучшается плацентарное кровообращение, снижается уровень тревожности.

Таким образом, получены убедительные данные о высокой эффективности методик, применяемых для подготовки в Школе будущих родителей, что позволяет рекомендовать их более широкое применение при подготовке к родам в других лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих помощь беременным женщинам.

ЧЕРНОВА Л.И., МУКАШОВА Г.А., СВИНЦОВА С.Ю.,
СКОРОБОГАТОВА Т.В., КОЛЕСНИКОВА Н.Б., ШУЙКИНА Е.П.
*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

АНАЛИЗ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Проблема позднего гестоза (ПГ) остается актуальной до сих пор, как одна из причин перинатальных потерь и материнской смертности (МС). МС при ПГ колеблется в пределах 14,8-29,6 % (Горин В.С. и соавт., 2004; Мамакаева М.Д. и соавт., 2004; Селифонов В.Н. и соавт., 2004). Перинатальная смертность, по данным тех же авторов, составляет 10-13 %.

За 17 лет нами пролечены 977 пациенток с преэклампсией, частота которой составила 2,53 %.

Материнской смертности не было. Проведен анализ 100 историй болезни пациенток с преэклампсией. Истории болезни отобраны методом случайной выборки.

Распределение пациенток по возрасту: до 18 лет – 13 %, 19-25 лет – 50 %, 26-30 лет – 16 %, старше 30 лет – 21 %. Первобеременных было 52 %, повторнобеременных первородящих – 20 %, повторнородящих – 28 %. Большинство пациенток были служащими и домохозяйками (36 % и 31 %, соответственно). В браке состояли 88 %

женщин. Не наблюдались в женской консультации только 5 % беременных. Экстрагенитальную патологию имели 86 % женщин. Наиболее часто выявлялась вегето-сосудистая дистония (61 %), по гипо- и гипертоническому типу с одинаковой частотой. Заболевания почек имели 37 % женщин, эндокринной системы — 36 %. У 48 % беременных былотягощенный акушерско-гинекологический анамнез, у 55 % беременность осложнилась угрозой потери плода, у 60 % — хронической фето-плацентарной недостаточностью и гипоксией плода. У 5 % женщин была двойня. Сроки беременности при поступлении пациенток в стационар: 23 недели — одна женщина, 28-32 недели — 9, 34-36 недель — 26, 37-40 недель — 64 женщины. Степень тяжести гестоза при поступлении женщин в стационар соответствовала 13-18 баллам по шкале Г.М. Савельевой-Гоеке.

Жалобы при поступлении были разнообразными и свидетельствовали о наличии гипертонической энцефалопатии. Помимо жалоб, наблюдались общая заторможенность, вялость, сонливость или психомоторное возбуждение, установочный горизонтальный нистагм, неадекватная оценка своего состояния.

Кожные покровы часто были бледными или имели мраморную окраску, иктеричный оттенок, в некоторых случаях отмечалась гиперемия. Отеки наблюдались у 69 % женщин, в том числе анасарка у 13 %. Брадикардия выявлена у 29 % больных, тахикардия — у 39 %, 32 % пациенток имели частоту пульса 72-88 ударов в минуту. У 74 % больных с преэклампсией наблюдалась невысокая гипертензия — 150/100 — 200/140 мм рт. ст. У всех женщин среднее артериальное давление (САД) значительно превышало допустимую величину. Особого внимания заслуживает группа женщин (13 %), поступивших с признаками преэклампсии, у которых артериальное давление при поступлении было на уровне 120/90 — 130/100 мм рт. ст. Со стороны глазного дна выявлялась гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки.

По данным лабораторного исследования выявлялись признаки несостоятельности гемостаза (снижение гемоглобина — у 57 %, тромбоцитов — у 64 %, фибриногена — у 37 %) и гипопротейнемия, в том числе у 10 % от 50 г/л до 45 г/л. Гипопротейнемия обусловила снижение коллоидно-осмотического давления (КОД) плазмы (менее 24 мм рт. ст.), причём у 10 % пациенток снижение КОД было критическим.

У каждой пятой пациентки уровень ферментов печени был выше нормы, наиболее значительно, в 2-3 раза, повышался уровень АСТ. У 5 % больных выше нормы было содержание билирубина и мочевины. Снижение почасового диуреза (менее 30 мл/час) имело место у 69 % па-

циенток. У 2/3 беременных имелись нарушения в системе мононуклеарных фагоцитов, которые проявлялись снижением более чем в 2 раза числа лимфоцитов в крови и снижением уровня моноцитов. Лейкоцитарный индекс интоксикации был повышен до 10 у 28 % пациенток, до 11-15 — у 72 %.

Таким образом, у большинства женщин при поступлении в стационар имелись признаки полиорганной недостаточности.

Лечение пациенток с преэклампсией начиналось с создания лечебно-охранительного режима, то есть, все манипуляции (катетеризация вены, мочевого пузыря, вагинальные исследования и т.д.) проводились на фоне масочного фторотанового наркоза, наркотических анальгетиков, атарактиков, нейролептиков. При судорожной готовности использовали барбитураты. Далее проводилась интенсивная комплексная терапия, направленная на устранение генерализованного сосудистого спазма, нормализацию микроциркуляции и тканевой перфузии. На фоне инфузионной терапии вводился сульфат магния внутривенно капельно из расчета 5 г сухого вещества в первые 30-60 минут, а затем в режиме 1-2 г в час под контролем САД, диуреза, ЧД, активности сухожильных рефлексов. При САД выше 130 мм рт. ст. к лечению добавлялись клофелин, ганглиоблокаторы (пентамин или бензогексоний).

Инфузионная терапия (учитывая, что поздний гестоз — это генерализованное повреждение эндотелия сосудов (эндотелиоз) с нарушением проницаемости сосудистой стенки) не должна превышать 10 мл/кг в сутки. Инфузия 1 л кристаллоидов снижает КОД на 12 %, что может вызвать отек легких в 1-4 % случаев при исходном низком уровне КОД у пациентки. Из других гипотензивных препаратов использовались антагонисты ионов Ca^{++} , адrenoблокаторы, спазмолитики. Крайне редко, очень осторожно, под непрерывным врачебным контролем мы применяли нитроглицерин. Помимо этого, использовались периферические вазодилататоры (изокет или перлинганит), преимущественно при угрожающем или начинающемся отеке легких. Мы не стремились быстро снижать А/Д более, чем на 20 % от исходного, чтобы избежать ухудшения перфузии головного мозга и плаценты. Нежелательно длительное положение больной на спине, так как при этом на 20 % снижается почечный кровоток.

Для нормализации обменных процессов пациентки и лечения фетоплацентарной недостаточности применялись антигипоксанты, антиоксиданты, метаболические препараты, ингаляции кислорода.

Для коррекции гемостаза и КОД (12-14 мм рт. ст. и ниже) использовались СЗП, препараты ГЭК, дезагреганты; для стабилизации клеточных

мембран — глюкокортикоиды; в отдельных случаях, при высокой интоксикации, проводился плазмаферез. Диуретики применялись только при левожелудочковой сердечной недостаточности.

В течение первых 4 часов от начала комплексного лечения больных решался вопрос о дальнейшем лечении, сроках и методе родоразрешения пациенток. Операцией абдоминального кесарева сечения (КС) родоразрешены 33 % больных, 67 % женщин родоразрешены через естественные родовые пути.

В первые сутки после поступления в стационар родоразрешены 53 % женщин, в том числе операцией КС родоразрешены 16 человек (30,2 %). Показанием к КС служило отсутствие эффекта от проводившейся комплексной терапии, нередко сочетавшегося с преждевременной отслойкой плаценты, острой гипоксией плода, первичной фетоплацентарной недостаточностью, первичной дискоординацией родовой деятельности. Эндотрахеальный наркоз был основным методом обезболивания у данной группы больных (68,7 %), так как сохранялась неврологическая симптоматика с судорожной активностью, внутричерепная гипертензия, нестабильная гемодинамика. Спонтанно начавшиеся роды (69,8 %) велись на фоне длительной эпидуральной анестезии (ДЭА) у женщин, не имевших акушерских осложнений, при общей продолжительности родового процесса не более 5-6 часов, при эффективной комплексной терапии преэклампсии.

У 21 женщины, под влиянием комплексного лечения, в течении гестоза наступила ремиссия, что позволило пролонгировать у них беременность до поздних сроков гестации. Кровопотеря при кесаревом сечении у 30 женщин была до 1000 мл и только у 3-х до 1500 мл. Кровопотеря в родах была физиологической у 20 женщин, 400-600 мл — у 47.

Всего родилось 105 детей, в том числе 5 двоен. Масса тела новорожденных составляла до 1500 г у 6 детей, 1501-2500 г — у 28, более 2500 г — у 71. Состояние детей при рождении оценивалось по шкале Аpgar. С оценкой 6-7 баллов родились 61 % новорожденных, 5 баллов — 15 %, 0-4 балла — 29 %. Перинатальная смертность составила 7,6 %. Среднее пребывание родильниц составило 14,9 койко-дней, причем 17 % женщин задерживались в родильном доме по состоянию новорожденных.

На основании 17-летнего опыта совместного ведения пациенток анестезиологами-реаниматологами и акушерами-гинекологами, мы считаем, что материнскую смертность при преэклампсии можно предотвратить. Условиями этого являются правильная оценка анамнестических данных, внимательный первичный осмотр, непрерывное врачебное наблюдение, а также своевременная диагностика осложнений и адекватное лечение. Очень важным является строгое соблюдение лечебно-охранительного режима, последовательность лечебных мероприятий и своевременное родоразрешение наиболее щадящим методом.

ЧЕРНОВСКАЯ Ю.Г., ВЛАСОВА В.В.

*Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово*

ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ, ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА У ПОДРОСТКОВ

В России по-прежнему остается актуальной проблема подростковой беременности, возникающей у несовершеннолетних девочек вследствие раннего начала половой жизни, и, как правило, прерывающейся медицинским абортом, влекущим за собой большое число осложнений. Непредвиденная беременность оказывает отрицательное психическое влияние на еще не окрепший организм. Юные беременные относятся к группе повышенного риска в отношении репродуктивного здоровья будущей матери. Это требует разработки и внедрения программы организационно-методических, лечебных и реабилитационных мероприятий при производстве медицинского аборта у подростков.

Проанализировано 35 случаев прерывания беременности в условиях гинекологического отделения у несовершеннолетних девочек в возрасте 13-17 лет: 13 лет — 3 девочки (8,6 %), 14 лет — 4 (11,4 %), 15 лет — 12 (34,3 %), 16 лет — 8 (22,6 %), 17 лет — 8 девочек (22,6 %). У всех пациенток данная беременность была первой, у 7 подростков (20 %) беременность наступила после первого сексуального опыта. Все девочки-подростки не состояли в браке и не использовали методы контрацепции.

В зависимости от срока прерывания беременности, пациентки разделены на две группы: I-я группа (13 пациенток) — прерывание беременности осуществлялось в конце первого триместра

(в сроках 10-12 недель); II-я группа (22 пациентки) — прерывание беременности осуществлялось во втором триместре в сроках 18-22 недели.

В I-й группе преобладали жительницы г. Кемерово (65 %), во II-й группе — большинство (75 %) составляли подростки, проживающие в сельской местности, у которых длительный факт сокрытия беременности приводил к позднему обращению за медицинской помощью. При обследовании среди пациенток данной группы у двух девочек был выявлен сифилис, у одной — ВИЧ-инфекция, гепатит В. Пациентки данной группы (63,6 %) имели экстрагенитальные заболевания: хроническую железодефицитную анемию, хронический пиелонефрит, эпилепсию.

При обследовании нарушение биоценоза влагалища в I-й группе имели 7 девочек (53,8 %), во II-й группе — 9 (40,9 %). Перед операцией медицинского аборта проводилась санация половых путей.

Выполнение аборта проводилось высококвалифицированным акушером-гинекологом с использованием общего обезболивания, в первом триместре — методом инструментального кюретажа после предварительного расширения цервикального канала и вакуум-аспирации плодного яйца; во втором триместре — комбинированным способом (амниоцентез с введением гипертонического раствора хлорида натрия, с последовательным применением простагландинов, окситоцина). В послеабортном периоде применялись антибактериальные препараты, гормональные контрацептивы.

Частота осложнений искусственного аборта зависела от метода, с помощью которого произведено прерывание беременности, ее срока и сопутствующих заболеваний. Наиболее частым ранним осложнением искусственного аборта после инструментального кюретажа полости матки у девочек-подростков I-й группы с нарушением биоценоза влагалищной микрофлоры явилась гематометра (23 %), потребовавшая повторной ревизии полости матки. Пациентки II-й группы требовали более длительного подготовительного периода, включающего санацию влагалища антисептиками, местную подготовку родовых путей простагландинами (гель

для эндоцервикального введения «Препидил», содержащий 500 мкг динопростона). Прерывание беременности в позднем сроке в 18 случаях (81,8 %) окончилось индуцированным выкидышем. В 4 случаях (18,2 %) беременность была прервана путем операции малого кесарева сечения.

На пятые сутки после перенесенного аборта всем пациенткам проводилось контрольное ультразвуковое исследование органов малого таза. Повторная ревизия полости матки потребовалась в 4 случаях (18,2 %), в одном из которых выскабливание полости осложнилось перфорацией матки в области дна. С целью уточнения локализации и размеров дефекта была выполнена экстренная диагностическая лапароскопия с переходом на лапаротомию с ушиванием перфорационного отверстия.

После прерывания беременности проводились лечебно-реабилитационные мероприятия, как в раннем, так и в отдаленном послеабортном периоде. Все девочки-подростки находились на диспансерном учете у детского гинеколога гинекологического отделения ГУЗ КОКБ. В целях предупреждения осложнений аборта и ранней диагностики патологии половой системы, данные пациентки осматривались через 3, 6 и 12 месяцев, с последующим рациональным лечением с назначением индивидуально подобранной контрацепции с использованием гормональных препаратов.

Ранняя сексуальная активность, отсутствие полового воспитания, низкий культурный и общеобразовательный уровень, социальная изоляция подростков требуют реализации программ медико-социальной помощи подросткам для сохранения их репродуктивного здоровья. Снижение частоты неблагоприятных последствий аборта возможно путем профилактики нежелательной беременности (пропаганда и внедрение современных контрацептивов); ранней (в первом триместре) диагностики беременности с углубленным обследованием с использованием общепринятых клинических и дополнительных методов (бактериоскопических, бактериологических, цитологических); санации половых путей перед прерыванием беременности и разработки новых технологий безопасного медицинского аборта.

ЧЕРНЫХ А.А., СУТУЛИНА И.М.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ВЛИЯЕТ ЛИ НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПРИЕМ ЕГО МАТЕРЬЮ НАРКОТИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

Применение наркотических веществ в медицинских целях является одной из наиболее актуальных общественных

проблем. Особый интерес представляет изучение дальнейшего нервно-психического развития детей, внутриутробно перенесших наркоти-

ческую интоксикацию. Высказываемые в литературе мнения неоднозначны, а иногда и противоречивы. Точки зрения варьируют от полного отрицания долгосрочных неврологических или познавательных дефицитов, связанных с приемом матерью наркотиков во время беременности (С. Fabris, G. Prandi, С. Perathoner, А. Soldi, 1998), до признания различной степени нервно-психических дисфункций у таких детей (S.S. Budden, 1996; P. Hanner, 1995 и др.). Некоторые исследователи причину всех отклонений в нервно-психическом развитии детей, внутриутробно перенесших воздействие опиоидов, видят лишь в отрицательном влиянии условий воспитания ребенка, ставя под сомнение роль токсического воздействия самих наркотиков (С. Lejeune, J.C. Ropert, S. Montamat et al., 1997). Отмечается и недостаточная изученность данного вопроса (D.R. Neuspiel, S.C. Hamel, 1991).

Настоящая публикация содержит точку зрения авторов на значение приема матерью наркотиков во время беременности для дальнейшего нервно-психического развития ребенка. Исследование проводилось в 2001-2004 годах на базе МУЗ ДГКБ № 5 и детских поликлиник г. Кемерово. Были обследованы 112 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Основную группу составили 56 детей, внутриутробно перенесших опиоидную интоксикацию. Матери всех детей, вошедших в основную группу, состояли на учете в наркологическом диспансере. У всех женщин был выставлен диагноз «Опиийная наркомания, II стадия». В группу сравнения вошли 56 детей, матери которых не употребляли психоактивные вещества. Отбор детей в группу сравнения проводился по методу «копи-пар», с учетом возраста, пола ребенка, срока гестации, наличия внутриутробной гипотрофии при рождении, асфиксии в родах, респираторной патологии в неонатальном периоде, клинических и параклинических признаков нейтроинфекции. Всем детям основной группы и группы сравнения была проведена оценка нервно-психического развития по методике А.Ю. Панасюка, Л.А. Бударевой (1984).

При оценке нервно-психического развития установлено, что в основной группе нормальное нервно-психическое развитие имели 13 детей (23,2 %), пограничное – 20 детей (35,7 %), задержку – 23 ребенка (41,1 %), в группе сравнения – 41 (73,2 %), 9 (16,1 %) и 6 детей (10,7 %), соответственно. Указанные распределения статистически значимо различны ($p < 0,001$). В основной группе количество детей, имевших нормальное нервно-психическое развитие, было статистически значимо меньше ($p < 0,001$), чем в группе сравне-

ния, а задержку нервно-психического развития – статистически значимо больше ($p < 0,001$), чем в группе сравнения.

Коэффициент психического развития у детей, внутриутробно перенесших воздействие опиоидов, составил $82 \pm 1,2$ % и был статистически значимо меньше, чем у детей группы сравнения ($94,7 \pm 1,3$ %, $p < 0,001$).

Дети, внутриутробно перенесшие опиоидную интоксикацию, статистически значимо отставали от детей группы сравнения в развитии психических функций, связанных с адаптацией, грубой моторикой, речевых функций, психических функций, определяющих индивидуально-социальное поведение ($p < 0,001$).

С целью исключения влияния на результаты исследования условий воспитания ребенка, отдельно было изучено нервно-психическое развитие 15 детей-сирот, воспитывающихся в доме ребенка, матери которых употребляли во время беременности опиоиды. В качестве группы сравнения были обследованы 15 воспитанников этого же учреждения.

При оценке нервно-психического развития детей-сирот выявлено, что в основной группе нормальное нервно-психическое развитие не встречалось, пограничное развитие имели 4 ребенка (26,7 %), задержку нервно-психического развития – 9 детей (73,3 %) (в группе сравнения – 6 (40 %), 4 (26,7 %) и 5 детей (33,3 %), соответственно). Указанные распределения статистически значимо различны ($p < 0,01$).

Коэффициент психического развития у детей-сирот, внутриутробно перенесших воздействие опиоидов, составил $72,9 \pm 4,3$ % и был статистически значимо меньше, чем у детей группы сравнения ($84,3 \pm 3,3$ %, $p < 0,05$).

Дети-сироты, внутриутробно перенесшие опиоидную интоксикацию, статистически значимо отставали от детей-сирот группы сравнения в развитии психических функций, связанных с речью и индивидуально-социальным поведением ($p < 0,05$).

Таким образом, прием матерью наркотиков во время беременности ведет к задержке нервно-психического развития ребенка, которая заключается в нарушениях речевого развития, индивидуально-социального поведения, адаптации и грубой моторики. Данные, полученные при обследовании детей-сирот, воспитывающихся в идентичных условиях, доказывают, что задержка нервно-психического развития у детей, внутриутробно перенесших воздействие наркотиков, связана именно с токсическим поражением головного мозга, а не только с условиями воспитания ребенка.

СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В БОЛЬНИЦЕ

Система нефрологической службы больницы включает амбулаторно-поликлинический консультативный прием врача-нефролога, нефрологический стационар (в составе педиатрического отделения) и реабилитационное звено (в настоящее время в санатории «Журавлик», а до 2000 г. долечивание детей после стационарного этапа интенсивного лечения и обследования продолжалось в отделении восстановительного лечения больницы). С 1998 г. в программу реабилитации включена нефро-школа.

Нефрологические стационарные койки функционируют с октября 1981 г. на базе педиатрического отделения соматического профиля. Ежегодно обследование и лечение в отделении проходят 700-800 человек, из них больные с патологией мочевыделительной системы составляют около 50 % (350-390 человек). В нозологической структуре инфекции мочевых путей составляют 63-68 %, нефриты — 18-21 %, дисметаболические нефропатии — 13-17 %, аномалии развития мочевой системы — 30-38 %. За годы работы отделения были внедрены новые методики обследования и лечения: плазмозорез, пульс-терапия метипредом и циклофосфаном, укороченные и альтернирующие схемы гормональной терапии преднизолоном нефротической формы гломерулонефрита, гепаринотерапия, различные схемы физиолечения циститов и нейрогенных дисфункций мочевого пузыря, отработаны алгоритмы поддерживающей терапии вторичных пиелонефритов. В обследовании широко используются УЗИ почек и мочевого пузыря, скинтиграфия, ренография, биопсия почек, биохимия крови, мочи, ионограмма, КЩС крови, цистоскопия, экскреторная урография, цистография.

Консультативный амбулаторно-поликлинический прием врача-нефролога ведется с 1994 г. на базе консультативной поликлиники. Ежегодно консультативный прием включает 1500-1700 посещений. Наиболее частыми причинами первичной обращаемости являются инфекции мочевых путей (33 %), аномалии развития мочевой системы (24 %), дисметаболические нефропатии (15 %).

Нефрологическая служба работает в постоянном взаимодействии с отделением детской урологии и консультативным приемом врача-уролога. При необходимости консервативного долечивания после операции, больные переводятся в нефрологическое отделение, при показаниях к оператив-

ному лечению — в отделение детской урологии. Дети с врожденными аномалиями развития мочевой системы, пузырно-ренальными рефлюксами наблюдаются совместно урологом и нефрологом.

С мая 1998 г. в программу реабилитации больных с патологией мочевых путей на базе нефрологического отделения и консультативной поликлиники была введена нефро-школа. За год обучение в нефро-школе проходят 120-130 человек с хронической патологией мочевыделительной системы. Основные задачи образовательного курса нефрошколы: формирование знаний об анатомо-физиологических особенностях мочевой системы; предоставление информации об основных проявлениях болезней мочевых органов, о методах диагностики и лечения; знакомство с мерами профилактики обострений (диета, фитотерапия, здоровый образ жизни, санаторно-курортное лечение, санация хронических очагов инфекции); обучение гигиеническим навыкам, правильному сбору анализов, освоение методик ЛФК, методик повышения неспецифической устойчивости организма к действию неблагоприятных факторов; формирование ответственности за свое здоровье. Цель образовательной программы — уменьшить частоту обострений, замедлить прогрессирование заболеваний органов мочевыделительной системы за счет осознанного контроля их течения.

В работе нефрологической службы находят отражение особенности МУЗ ДГКБ № 5, как областного перинатального центра. Проведение ультразвукового пренатального скрининга плода позволяет осуществлять раннюю диагностику врожденных пороков развития мочевой системы. На базе Кемеровского областного перинатального центра осуществляется наблюдение беременных женщин и новорожденных, имеющих пороки развития мочевой системы. Так, в 2001-2003 гг. на диспансерное наблюдение взяты 74 ребенка первого года жизни с пороками развития мочевой системы, из них у 85 % патология была выявлена внутриутробно. При выявлении патологии почек плода, УЗИ почек после рождения осуществляется в роддоме, затем — в 1, 3, 6, 12 месяцев, проводится клиническое исследование мочи, определяется функция почек, ребенок наблюдается урологом и нефрологом консультативной поликлиники. Ранняя дородовая диагностика пороков развития мочевой системы позволяет проводить целенаправленное обследование детей на первом году

жизни и их своевременное лечение, включая хирургическую коррекцию, что предупреждает дальнейшее прогрессирование заболевания. Важным является также формирование группы риска врожденных и наследственных нефропатий по данным анкетирования беременных женщин.

В последние годы отмечается рост нефрологической заболеваемости. Болезни органов мочевой

системы отличаются вариабельностью течения — от скрытого торпидного течения до тяжелых форм, отдельные формы нефропатий при прогрессировании приводят к хронической почечной недостаточности. Поэтому ранняя диагностика, динамическое наблюдение, преемственность и этапность в оказании специализированной нефрологической помощи чрезвычайно важны.

ЧИСТЯКОВА Г.Н., ГАЗИЕВА И.А., РЕМИЗОВА И.И.

*Уральский НИИ Охраны материнства и младенчества,
г. Екатеринбург*

К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМАХ, СПОСОБСТВУЮЩИХ ПЕРСИСТЕНЦИИ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность изучения механизмов апоптоза определяется взаимосвязью нарушения регуляции процесса запрограммированной гибели клеток с большинством заболеваний. Применительно к инфекционной патологии, обусловленной внутриклеточными патогенами, процессы апоптоза выполняют функцию защиты макроорганизма, поскольку гибель пораженных клеток с последующей их элиминацией позволяет предотвратить распространение патологического процесса. Другим механизмом, способствующим предотвращению хронизации инфекции, является образование клеток иммунологической памяти, основной функциональной характеристикой которых является гораздо более быстрый и сильный ответ, по сравнению с наивными лимфоцитами, на повторное введение того же антигена, которым организм был первоначально иммунизирован. Одной из важнейших характеристик клеток памяти является их способность к длительному выживанию и репликации в организме за счет постоянной репликации и саморегуляции, что обеспечивает защиту от патогенов на длительный срок.

Известно, что клинические проявления инфекции во время беременности зачастую носят латентный характер, в связи с чем можно предположить включение механизмов выживания внутриклеточных патогенов путем воздействия на регуляцию процессов формирования иммунологической памяти и апоптоза иммунокомпетентных клеток в процессе гестации.

Целью исследования явилось изучение экспрессии лимфоцитами крови изоформы CD45R0 и маркера готовности к апоптозу CD95 при беременности, осложненной хронической внутриматочной инфекцией.

Материалы и методы. Проведено иммунологическое обследование 99 женщин с верифицированной хронической внутриматочной инфекцией

бактериального и вирусного генеза во втором триместре беременности. Основными возбудителями являлись *Chlamydia trachomatis*, *Herpes simplex virus*, *CMV*. Группу сравнения составили 112 женщин с физиологически протекающей беременностью в те же сроки гестации. Уровень экспрессии изоформы CD45R0 и Fas-антигена на лимфоцитах периферической крови оценивали методом проточной лазерной цитофлуориметрии на анализаторе «FACS Calibur». Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы «Statistica 6.0». Для оценки достоверности различий между группами использовали критерий Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных результатов показал, что при беременности, осложненной внутриматочной инфекцией, количество клеток памяти снижалось как в абсолютных, так и в относительных значениях. Так, относительное содержание CD45R0⁺ снижалось на 13 %, а общая численность этих клеток — в 1,4 раза в сравнении с показателями при физиологически протекающей беременности. Процент CD3⁺CD45R0⁺-лимфоцитов снижался в 1,2 раза, а абсолютное содержание — в 1,5 раза относительно значений при не осложненной беременности. Полученные результаты свидетельствуют об угнетении при беременности, осложненной внутриматочной инфекцией, процессов образования клеток памяти, что приводит, по данным литературы, к персистенции инфекции и хронизации процесса.

При патологически протекающей беременности зафиксировано уменьшение общей численности лимфоцитов, обнаруживающих готовность к апоптозу, как в общем пуле лимфоцитов, так и в популяции Т-клеток: абсолютное содержание CD95⁺-лимфоцитов снижалась при данной патологии в 1,5 раза, а CD3⁺CD95⁺-лимфоцитов — в 1,6 раза, по сравнению с этими показателями при

не осложненной беременности. Такое снижение может быть связано с антиапоптозным действием микроорганизмов, так как на сегодняшний день доказано, что хламидии и вирусы подавляют механизмы включения запрограммированной клеточной гибели, что необходимо этим патогенам для выживания и дальнейшего распространения. Для облигатных внутриклеточных патогенов гибель клетки хозяина означает потерю среды обитания, а значит, контроль клеточной гибели является жизненно важной стратегией этих патогенов. Предотвращение апоптоза способствует сохранению возбудителя, следовательно, развитию хронических форм инфекции. В связи с этим, снижение уровня экспрессии Fas-антигена лимфоцитами крови при беременности, осложненной

внутриматочной инфекцией, служит подтверждением антиапоптозного влияния инфекционных агентов, направленного против реализации естественных механизмов защиты организма от патогенных микроорганизмов, что приводит к персистенции возбудителей и является фактором, усугубляющим течение гестационного процесса.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что при беременности, осложненной внутриматочной инфекцией, внутриклеточные патогены включают механизмы угнетения процессов формирования иммунологической памяти и апоптоза, что позволяет им противостоять защитным факторам макроорганизма и поддерживать оптимальные условия существования.

ЧУРСИНА Н.А., ШИПАЧЕВА Н.В.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗОВ

Проблема гестозов остается актуальной до настоящего времени. Это обусловлено их высокой частотой (16-17 %), не имеющей за последние 10 лет тенденции к снижению, и частыми осложнениями для матери и плода. Гестозы традиционно занимают второе-третье место в структуре материнской смертности. Перинатальная смертность при них достигает 30 % (Ф. Ариас, 1989; М.М. Шехтман, 2003).

При всем клиническом многообразии, основной симптом гестоза – артериальная гипертензия. В основе ее лежит генерализованный вазоспазм гуморального происхождения, обусловленный повышенной чувствительностью к прессорным веществам. Важнейшей составляющей терапии гестоза является подбор гипотензивных препаратов, однако их применение ограничено из-за возможного неблагоприятного влияния на плод. Две наиболее важные проблемы выбора препарата при беременности – это их эффективность и безопасность. При лечении артериальной гипертензии у беременных широко используются антагонисты кальция первого поколения, к которым относятся верапамил и нифедипин (В.В. Абрамченко, 2003; М.С. Кушаковский, 1998). Препарат «Норваск» относится к антагонистам кальция третьего поколения.

Целью исследования явилась оценка эффективности препарата «Норваск» в терапии гестозов.

Под наблюдением находились 50 пациенток в возрасте 25-38 лет, при сроке беременности 22-38 недель. Все беременные имели поздний гестоз,

подтвержденный объективными и параклиническими данными, а также показателями состояния глазного дна и неврологического статуса. Основными критериями служили величина артериального давления, показатели реологии крови, протеинурия, данные о внутриутробном состоянии плода, в том числе КТГ, УЗС и доплерометрия.

В 1-ю группу беременных (основную) вошли 25 пациенток, которые в комплексной терапии гестоза в качестве гипотензивной терапии получали препарат «Норваск» в дозе 5 мг/сут. Вторую группу (контрольную) составили 25 беременных женщин, которые в качестве гипотензивного препарата получали «Кордипин» в дозе 40 мг/сут.

Все пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту, социально-бытовым условиям, паритету. Большая часть женщин (18 женщин (72 %) 1-й группы и 16 женщин (64 %) 2-й группы) имели сочетанную форму гестоза на фоне артериальной гипертензии, гипоталамического ожирения, анемии. Кроме того, у всех женщин отмечалась фетоплацентарная недостаточность, сопровождающаяся синдромом задержки внутриутробного развития плода той или иной степени.

В результате наблюдения установлено, что в основной группе женщины только в 1 случае на фоне проводимой терапии произошло утяжеление гестоза, потребовавшее досрочного родоразрешения путем операции кесарево сечение в 30 недель. У остальных женщин беременность закончилась родами в срок, в том числе в 5 случаях (20 %) – операцией кесарево сечение по сочетанным аку-

шерским показателям (газовое предлежание, возраст, ОАГА, наличие субкомпенсированной гипоксии плода).

У женщин контрольной группы утяжеление гестоза происходило чаще (6 случаев, 24 %), и в пяти случаях (20 %) стало причиной преждевременных родов. Частота оперативного родоразрешения в контрольной группе также была выше (9 случаев, 36 %), в том числе в связи с утяжелением гестоза в 5 случаях и по поводу отслойки плаценты в 1 случае. И в основной, и в контрольной группах, по данным доплерометрии и КТГ, на фоне проводимой гипотензивной терапии ухудшения состояния плода не наблюдалось.

Всего в обеих группах родилось 50 детей. Из 25 детей, родившихся от женщин основной группы, 24 ребенка (96 %) были доношенными, один (4 %) родился недоношенным. Масса доношенных детей распределена от 2400 до 3650 г, оценка по Апгар 8/9 баллов. Недоношенный ребенок родился с массой 1200 г, в состоянии умеренной асфиксии (оценка по Апгар 6/7 баллов). У пяти детей наблюдался синдром задержки развития плода 1 ст., у двоих детей – синдром дыхательных расстройств как следствие незрелости. Случаев интранатальной гибели плода в основной группе не было.

В контрольной группе в одном случае имела место интранатальная гибель плода в связи с отслойкой нормально расположенной плаценты. Живыми родились 24 ребенка с массой от 1300 до 3400 г, из них, 6 детей – недоношенных I и II ст. Трое доношенных детей имели синдром задержки внутриутробного развития, три ребенка – синдромом дыхательных расстройств.

Послеродовый период у женщин обеих групп протекал без осложнений, артериальной гипертензии, кровотечений не наблюдалось.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что «Норваск» является высокоэффективным гипотензивным препаратом, который быстро нормализует и более длительно стабилизирует показатели гемодинамики у беременных с гестозом, позволяет пролонгировать беременность до созревания плода. Лучшие исходы наблюдались у женщин с сочетанной формой гестоза на фоне артериальной гипертензии, что связано, по-видимому, с более ранним назначением гипотензивных препаратов женщинам данной категории. «Норваск» зарекомендовал себя как наиболее эффективный гипотензивный препарат, не влияющий на сократительную активность матки и позволяющий пролонгировать беременность, улучшая тем самым исходы для плода.

ШАБАЛДИН А.В.

*Институт экологии человека СО РАН,
г. Кемерово*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТИПИРОВАНИЯ HLA ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ, НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УЧЕТА ФАРМАКОГЕНОМНОГО ДЕЙСТВИЯ НА МЕТАБОЛИЗМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Мультифакториальные заболевания, в отличие от наследственной патологии, детерминируются несколькими генами-кандидатами, входящими в состав, так называемых, генных сетей. Перспективным подходом в диагностике этих заболеваний является полный скрининг этих генов с применением биочипной технологии. На сегодняшний момент биочипы остаются лишь инструментом научно-исследовательских изысканий, так как остаются нераскрытыми еще многие звенья геногеза всех мультифакториальных заболеваний. В то же время, для многих полиморфных генов из разряда кандидатных обнаружены выраженные ассоциации с этой патологией. Эти ассоциации предлагаются для использования в целях ранней диагностики и прогнозирования ряда заболеваний.

С другой стороны, показан высокий полиморфизм многих генов человека. Этот полиморфизм связан не только с точковыми мутациями в экзоне, но и с тандемными микро- или макроповторами в интроне и в промоторных участках гена. Показана высокая частота встречаемости в популяции микроделетий в различных генетических локусах. Тем самым, можно говорить о генетической индивидуальности каждого человека. Исходя из этого принципа, в настоящее время формируется новое направление в биологии и медицине, называемое фармакогеномикой. Данное направление медицины рассматривает эффективность терапии теми или иными терапевтическими препаратами с учетом генетического полиморфизма генов метаболитов. Биологическое направление более широкое, чем медицинское. Оно рассматривает генетическую детерми-

нированность всех метаболических процессов с позиции адаптации индивидуума к факторам окружающей среды.

Рассмотрим некоторые гены, участвующие в формировании мультифакториальных заболеваний. Наиболее известным из таких локусов является HLA. В этом локусе находятся, так называемые, гены иммунного ответа, которые регулируют силу и качество иммунного ответа ко всем ксенобиотикам эндогенного и экзогенного происхождения. Отталкиваясь от основной функции этих молекул, можно предположить, что и основные ассоциации будут с иммунопатологическими заболеваниями. Наиболее установленными из которых являются: HLAB27 — с анкилозирующим спондиллоартритом; HLADRB*15 (или при серологическом типировании HLADRB2) — с рассеянным склерозом, аллоиммунной формой привычного невынашивания беременности, вторичными иммунодефицитами, слабым иммунным ответом на вакцинальные антигены столбняка и дифтерии; HLADRB1*03 — с аутоиммунными эндокринными заболеваниями, прежде всего, с инсулинзависимым сахарным диабетом I типа (наибольшую ассоциацию с этим заболеванием имеет гетерозиготный генотип HLADRB1*03/04), с болезнью Брутона, с высоким иммунным ответом на вакцинальные антигены дифтерии и с формированием поствакцинальных реакций; HLADRB1*04 — с ревматоидным артритом, в том числе и с его ювенильной формой. Типирование HLA по данным аллелям является дополнительным критерием для диагностики иммуноопосредованных заболеваний.

Внутри локуса HLA находится ген (HFE), мутации в котором приводят к формированию наследственного гемохроматоза. Ранее, пока HFE не был открыт для диагностики этого наследственного заболевания, использовали типирование HLA. Так как этот локус компактный и не подвергается кроссинговеру, то гаплотип с HLA A3 и

HLA DRB1*07 был ассоциирован с гемохроматозом. На сегодняшний день мутации в HFE, приводящие к гемохроматозу, охарактеризованы. У пациентов с гемохроматозом обнаружены две бессмысловые мутации (C282Y и H63D) в этом гене. От 85 до 90 % пациентов с типичным фенотипом врожденного гемохроматоза являются гомозиготными по мутантному C282Y, меньшая часть больных — смешанными гетерозиготами (C282Y/H63D). Если частота самого заболевания невелика, то частота носительства патологического гена составляет от 1 : 8 до 1 : 10 в разных европеоидных популяциях и почти не встречается среди монголоидов. Гетерозиготное носительство этих мутаций связано с нарушениями обмена железа. Так как HFE является белком, стабилизирующим рецептор к трансферрину (он входит в состав этой молекулы), то мутантные формы изменяют сродство рецептора к лиганду, что приводит, в конечном итоге, к накоплению железа в цитоплазме эритробластов и гепатоцитов. Показано, что 80 % пациентов с идиопатическим циррозом или фиброзом печени были носителями патологического HFE в гетерозиготной форме. С этих позиций европейская ассоциация гематологов предлагает проводить скрининг всех беременных женщин на носительство мутантного HFE, так как применение препаратов железа без учета их фармакогеномной по HFE трансформации может приводить к накоплению железа в гепатоцитах как женщины и плода. Кроме того, генетический скрининг HFE необходимо проводить всем лицам с высокими цифрами гемоглобина и/или сывороточного трансферрина и ферритина.

Так на примере одной генетической области показана связь с мультифакториальными и наследственными заболеваниями, а так же участие в фармакогеномике некоторых терапевтических препаратов.



ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>ШЕЛЕПАНОВ В.М.</i> ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 5	3
<i>СУТУЛИНА И.М., БАКАНОВА Т.А., ЖИЛИНСКАЯ Н.К., КОЛЕСНИКОВА Н.Б.</i> КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР: 10 ЛЕТ РАБОТЫ	5
<i>ГОРДЕЕВ С.М., КРАВЧЕНКО В.И., ШЕЛЕПАНОВ В.М.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ, СТАНОВЛЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В Г. КЕМЕРОВО	8
<i>АНФИНОГЕНОВА О.Б., НЕЙЖМАК З.Ф., РУДАЕВА Е.Г., ШМАКОВА О.В., МАШТАКОВА Е.В.</i> ОПЫТ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА БАЗЕ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ «ЖУРАВЛИК»	11
<i>БАКОВСКИЙ В.Б., ВОРОБЬЕВ А.М., ГОЛОВКИН С.И.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ	12
<i>АЧКАСОВА А.А., ПРОТОПОПОВА Т.П., РОГОЛЕВИЧ О.В., СЕЛЕЗНЕВА М.В., ИВАНОВ В.В.</i> ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 2	12
<i>БАЛАШОВА Е.В., КУРЗАНЦЕВА О.М.</i> НЕЙРОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ	14
<i>БУЙМОВ С.А.</i> ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	15
<i>БЕЛОВ С.А., БЕЛОВА Н.П.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЛОТНЫМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ	15
<i>БУЛДАКОВ В.Ф., ШЕРМАН С.В., ГАЛЯТИНА Е.А., ГАВРИЛОВ А.В.</i> МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ КИСТА У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ	16
<i>ВАЙХЕЛЬ И.К., АРТЫМУК Н.В., КУРЗАНЦЕВА О.М., ШАКИРОВА Е.А.</i> ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ	17
<i>ВЕРТЯЧИХ Т.Г., СУТУЛИНА И.М.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ – ЭТО АКТУАЛЬНО	18
<i>ГАЛЯТИНА Е.А., БУЛДАКОВ В.Ф., ШЕРМАН С.В., ГАВРИЛОВ А.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ	20
<i>ВОРОБЬЕВ А.М., ГИБАДУЛЛИН Д.Г., ЛЯСИН Б.М., РУДКОВСКИЙ А.И., БАКОВСКИЙ В.Б., ТИТОВ Ф.В., КОШЕЛЕВ Г.П., МАРЧЕНКОВА Н.М.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДВЫВИХЕ В СІ-СІІ СУСТАВЕ У ДЕТЕЙ	20
<i>ГАУС Е.Г., ФОКИН А.П.</i> ЗНАЧИМОСТЬ ДОППЛЕРОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВО ВТОРОМ И ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ	22
<i>ГАРЕЕВА Ю.В., НАУМОВА Н.Н.</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ В Г. КЕМЕРОВО	22
<i>ГАЗИЗУЛИНА А.А., КОРОВИН Г.В.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ № 5	23
<i>ГОЛОВКИН С.И., ЛЯСИН Б.М., ГИБАДУЛЛИН Д.Г.</i> АКТИВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ	24
<i>ГОЛОВКИН С.И., ГИБАДУЛЛИН Д.Г., ЛЯСИН Б.М.</i> ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ГОЛОВКИ БЕДРА У ДЕТЕЙ	25
<i>ГОЛОВКИН С.И.</i> ОБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ТРАНЗИТОРНЫМ СИНОВИТОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	28



<i>ГОЛОВКИНА Н.М., КОЛЕСНИКОВ Я.М., МАКИЕНКО А.В.</i> ТРИДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ	30
<i>ГОЛОВКИНА Н.М., КОЛЕСНИКОВ Я.М., МАКИЕНКО А.В.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСОВ И МЕЛАНОМЫ У ДЕТЕЙ	31
<i>ГОЛОМИДОВ А.В.</i> НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	32
<i>ДОНСКОВА Е.Ю., КОНЕВ А.М., ВЕРТЯЧИХ Т.Г., ШРАМКО В.В., ГИНЗБУРГ Б.Р.</i> КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПЕРИТОНИТА В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ	34
<i>ГОРДЕЕВ С.М., КРАВЧЕНКО В.И., КУЗЬМИН И.В., КУЗЬМИН А.В.</i> ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ИММУНОСУПРЕССИИ И ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	34
<i>ДРУЖИНИН В.Г., ГЛУШКОВ А.Н., ШАБАЛДИН А.В., ЖИЛИНСКАЯ Н.К., НЕРСЕСЯН С.Л.</i> ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ В КУЗБАССЕ СИСТЕМЫ ПРЕВЕНТИВНОГО МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКЦИИ	36
<i>ЖУК А.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ КЛАРИТРОМИЦИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БЕСПЛОДИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ИППП, У МУЖЧИН	37
<i>ЗАСЕЛЯЕВА Н.Д., БОЯРСКАЯ А.В.</i> ПРОБЛЕМЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В БОРЬБЕ С ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	38
<i>ЗЫКОВА Т.А., КАРПОВА Н.К., МАЛЫШЕНКО Н.В.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВУШЕК РУДНИЧНОГО РАЙОНА Г. КЕМЕРОВО	40
<i>ИВАННИКОВА О.Э.</i> ОПЫТ ВЫХАЖИВАНИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	41
<i>ИГИШЕВА Л.Н., ТЕПЛЯКОВА Л.Ф., АЛЕКСЕЕВА А.Д., ГОНЧАРЕВСКАЯ В.В., БОЛДЫРЕВА Е.Н., ЗВОНКОВА А.В.</i> К ВОПРОСУ О ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	42
<i>ИГИШЕВА Л.Н., ВИНИЧЕНКО С.Н., КУЛЬЧИЦКАЯ Н.Г.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭКСТРАСИСТОЛИЙ У ДЕТЕЙ	44
<i>ИГИШЕВА Л.Н.</i> ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ 6-16 ЛЕТ	45
<i>КОБА В.И., КОБЫЛЯНСКАЯ Г.В., ГРИГОРЬЕВА И.В., КАЛЬМОВА С.Е.</i> РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ	47
<i>КИРРЕВ С.Н.</i> ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ	47
<i>КОБА В.И., ТОРОЧКИНА Г.П., ВОРОСЦОВА Т.Г., КОБЫЛЯНСКАЯ Г.В.</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ БЕЗНАДЗОРНОСТИ	48
<i>КОБА В.И., КАЛЬМОВА С.Е., КОБЫЛЯНСКАЯ Г.В.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ	49
<i>КОВАЛЕВА Н.В.</i> ДИАГНОСТИКА И ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	50
<i>КОЛЕСНИКОВА Н.Б., ЖИЛИНСКАЯ Н.К., СУТУЛИНА И.М., БАКАНОВА Т.А.</i> СИСТЕМА ПРОПАГАНДЫ, ПООЩРЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В МУЗ ДГКБ № 5	51
<i>КОСТРОМИНА Е.Г., СУТУЛИНА И.М., ГАРЕЕВА Ю.В., ПУТИНСКАЯ О.В., ГАНЦЕВА С.Н.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ	53
<i>КОШЕЛЕВ Г.П.</i> ОПЫТ РАБОТЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ГОРОДСКОГО ДЕТСКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА	54



<i>КОШЕЛЕВ Г.П., МАЛИКОВА Л.Г.</i> ОПЫТ РАБОТЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ ДГКБ № 5 С ПОДРОСТКАМИ ПРИЗЫВНОГО И ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА	55
<i>КУТЕНКОВА Н.Е., ЖИЛИНСКАЯ Н.К.</i> ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА В ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ № 5 ..	56
<i>КУХАРЕНКО Л.И., БОЯРСКАЯ А.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА	57
<i>ЛУБКОВА Н.С.</i> АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА	58
<i>ЛЮТОВ К.В., КОРОСТЕЛЕВ А.А., ГОРДЕЕВ С.М.</i> ИММУНОКОРРЕКЦИЯ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ФУРУНКУЛЕЗЕ У ПОДРОСТКОВ	61
<i>МАРЧЕНКО И.В.</i> ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	62
<i>МАРЧЕНКОВА Н.М., ГОРДЕЕВ С.М., ВОРОБЬЕВ А.М.</i> К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТЯХ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	63
<i>МИНАЕВА Т.А., ГАУС Е.Г., ФОКИН А.П.</i> ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	64
<i>ПАВЛЕНКО С.А., МИХАЙЛЕНКО В.А., ГРАБУСОВА Е.Ю., АРТАМОНОВА О.Н., НОВОСЕЛОВА Н.В., ЗАЙКА Е.В., МИХАЙЛЕНКО С.В.</i> ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ	65
<i>ПЕРЕВОЩИКОВА Н.К., БАСМАНОВА Е.Д., РОВДА Т.С., ВОЕВОДИНА Г.В., ГАНИНА А.В., ЛЯХМАН А.С.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ	67
<i>ПЕРЕВОЩИКОВА Н.К., БАСМАНОВА Е.Д., КОБА В.И., БЛАГОВИДОВА Н.П., ВОЕВОДИНА Г.В., КУЦЕВА Н.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ	68
<i>ПЛОХИХ Д.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГАСТРОШИЗИСОМ	69
<i>ПОЛУКОНОВА Е.В.</i> РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ В СТАДИИ СЕРОЗНОГО И ПЕРФОРАТИВНОГО ПЕРИТОНИТА	70
<i>ПОЛУКОНОВА Е.В.</i> ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ	72
<i>ПРОСВЕТОВ С.В., ПОДЕРИНА Е.В., ГОРДЕЕВ С.М., КРАВЧЕНКО В.И., ПУЧКИН А.И.</i> ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ	74
<i>ПУЧКИН А.И., ПОДЕРИНА Е.В., ПРОСВЕТОВ С.В., КРАВЧЕНКО В.И., ГОРДЕЕВ С.М.</i> АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ	75
<i>РЕЗНИКОВ О.Г., ГОЛОМИДОВ А.В.</i> ПРОБЛЕМЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	76
<i>РОМИНА А.И., ЧЕРДАНЦЕВА Г.А.</i> ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО АГЕНТА НА СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	78
<i>САТТАРОВА И.Ю., КАБАНОВА М.А., КАЗАКОВА А.А.</i> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	79
<i>СЕРГЕЕВА О.Н., СУТУЛИНА И.М.</i> ОТДАЛЕННЫЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ	80
<i>СИНИЦА Н.С.</i> МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	82



<i>СТЕРЖАНОВА О.В., ТОЛКАЧ Н.М., КОЛЕСНИКОВА Н.Б.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА	.83
<i>ТАРАБРИН В.И., ЧЕРКАШИН А.Н., КОВАЛЬКОВ К.А.</i> РАННЯЯ САНАЦИЯ ЛИКВОРНЫХ ПРОСТРАНСТВ ПОСЛЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ	.85
<i>ТАРАБРИН В.И., КОВАЛЬКОВ К.А., ЧЕРКАШИН А.Н., КОНЮКОВА Т.А., ЯНЕЦ А.И.</i> ЛИКВОРОШУНТИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	.86
<i>ТАТАРКИН Е.В., ДУДАРЕНКО О.О., САВИНА С.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА	.87
<i>УСКОВА Т.И., ЛОСИМОВИЧ В.Д., ПАНОВА Т.А., МЕШКОВ В.А.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ И СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	.88
<i>УСТИМЕНКО О.Н., ЦОЙ Е.Г., ИГИШЕВА Л.Н., ЛЕОНОВА М.Ю., ПАНТЕЛЕЕВА Л.П.</i> ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ	.89
<i>ФИРСОВА Н.А.</i> ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ ДЕТАМ В Г. КЕМЕРОВЕ	.90
<i>ХОРОШКО Е.Е., КУРЗАНЦЕВА О.М.</i> ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА	.92
<i>ЦОЙ В.К., ГОРДЕЕВ С.М., КРАВЧЕНКО В.М., ЕЛИСЕЕВ А.В.</i> ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ	.93
<i>ЦОЙ Е.Г., СУТУЛИНА И.М., КОРОВАЕВА И.В., БАЛЯНОВА Л.А.</i> ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ	.94
<i>ЦОЙ Е.Г., СУТУЛИНА И.М., АБРАМОВА Л.Н., КОРОВАЕВА И.В.</i> КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТАМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА	.95
<i>ЦОЙ Е.Г., ИГИШЕВА Л.Н., ЛЫСЕНКО О.В., ВЯЛОВА Н.С., КУЛЬЧИЦКАЯ Н.Г., ЛЯЩЕНКО Г.А.</i> ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМИ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ	.97
<i>ЧЕРЕМОВСКАЯ И.В., КОРОВИН Г.В.</i> ШКОЛА ДЛЯ БУДУЩИХ РОДИТЕЛЕЙ И СЕМЕЙНОЙ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ	.98
<i>ЧЕРНОВА Л.И., МУКАШОВА Г.А., СВИНЦОВА С.Ю., СКОРОБОГАТОВА Т.В., КОЛЕСНИКОВА Н.Б., ШУЙКИНА Е.П.</i> АНАЛИЗ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ	.99
<i>ЧЕРНОВСКАЯ Ю.Г., ВЛАСОВА В.В.</i> ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ, ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА У ПОДРОСТКОВ	.101
<i>ЧЕРНЫХ А.А., СУТУЛИНА И.М.</i> ВЛИЯЕТ ЛИ НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПРИЕМ ЕГО МАТЕРЬЮ НАРКОТИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?	.102
<i>ЧИБРЯКОВА Т.М., КУЛЬЧИЦКАЯ Н.Г.</i> СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В БОЛЬНИЦЕ	.104
<i>ЧИСТЯКОВА Г.Н., ГАЗИЕВА И.А., РЕМИЗОВА И.И.</i> К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМАХ, СПОСОБСТВУЮЩИХ ПЕРСИСТЕНЦИИ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	.105
<i>ЧУРСИНА Н.А., ШИПАЧЕВА Н.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗОВ	.106
<i>ШАБАЛДИН А.В.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТИПИРОВАНИЯ nLA ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ, НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УЧЕТА ФАРМАКОГЕНОМНОГО ДЕЙСТВИЯ НА МЕТАБОЛИЗМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ	.107

