



непрерывно в течение 7 суток. В последний год мы активно применяли цераксон с нейтропротекторной целью в дозе 100 мг в сутки в 2 введения в/в медленно через перфузор. Раннее введение нимодипина и цераксона значительно сокращало пребывание детей на ИВЛ и в коматозном состоянии. Актовегин с антигипоксантами целью назначали в дозе до 1000 мг в сутки. С дегидратационной целью маннит 0,5 г в/в капельно в течение 30 мин ч/з день. Антибактериальную терапию начинали с введения цефалоспоринов 3-го поколения.

Объем инфузионной терапии проводили с расчетом ЖФП – 25% в сутки.

Из реанимационного отделения детей переводили не ранее 10 суток, после стабилизации состояния.

Несмотря на все проведенные консервативные мероприятия, из 19-и больных умерло трое детей

(15%). Конечно, по сравнению с 2002-2003 годами, когда летальность от этой патологии у нас составляла 44%, мы имеем положительную динамику результата консервативного лечения, но беспокоит высокий процент инвалидизации после перенесенного ОНМК. В нашем случае 5 детей выписались с относительно благоприятным исходом, остальные 11 (58%) с остаточными дислокационными, окклюзионными, атрофическими изменениями в головном мозге.

Таким образом, по нашим наблюдениям ОНМК в основном встречаются у детей в возрасте от 1-го до 2-х месяцев жизни. У 90 % детей с ОНМК наблюдаются дефицит К-витаминов зависящих факторов крови, поэтому, возможно, в профилактике этой патологии необходима коррекция дефицита витамина К. От своевременности и адекватности выбранной тактики лечения зависит прогноз и исход заболевания.

Литература:

1. Ешмаганбетулы С. Итоги и перспективы развития детской хирургии в Казахстане. Педиатрия и детская хирургия. 2002; 3: 5-9
2. Качурина Д.Р. Церебральные инсульты у новорожденных. Педиатрия и детская хирургия. 2004; 2: 19-22
3. Сарина С.Д. Бегманова Б.А. Клинические случаи внутричерепных кровоизлияний нетравматического генеза у детей. Актуальные проблемы здоровья детей. Материалы научных трудов Научного центра педиатрии и детской хирургии. Алматы, 2007; 225-227

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА, ДЫХАТЕЛЬНЫХ И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

А.О.Момынкулов, К.Н.Надиров, А.Р.Ким, Г.Н.Нигай, З.К.Сапабекова
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Детская городская клиническая больница №1, г. Алматы

Инородные тела (*corpora aliena*) — чужеродные для организма предметы, внедрившиеся в его ткани, органы или полости через поврежденные покровы или через естественные отверстия [1].

Ведение пациентов с инородными телами пищеварительного тракта, дыхательных путей, мочевых путей требует участия в лечебно-диагностическом процессе врачей разных специальностей – хирургов, эндоскопистов, гастроэнтерологов, урологов, проктологов, торакальных хирургов, психиатров, в связи с чем, появилась настоятельная необходимость подготовки данного сообщения [1,2].

Инородные тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в детском возрасте встречаются довольно часто. Причиной всему стремление детей глотать любые попавшиеся предметы. Даже значительные по размерам предметы проходят через пищевод, привратник и баугиниеву заслонку без повреждения пищеварительного канала у 80-90% , но у 10-20% больных требуется проведение лечения, чаще эндоскопического их удаления и только у 1% — хирургического вмешательства [3].

Алгоритм работы врача – детского хирурга приемного отделения начинается с осмотра, тщатель-



Рисунок 1



ного сбора анамнеза, рентгенографии возможно с бариевой взвесью. После уточнения диагноза по показаниям проводится фиброэзофагогастродуоденоскопия. В зависимости от возраста больного, сложности, уровня расположения инородного тела, его размеров, ФЭГДС может быть проведена под общим наркозом. В случае необходимости больной госпитализируется для дальнейшего лечения и наблюдения в динамике.

Среди предметов – инородных тел меньше всего «проблем» создают монеты, которые способны пройти через весь пищеварительный тракт не повреждая его и выйти через 2-4 суток. Далее по частоте встречаются булавки, швейные иглы, батарейки, колпачки от ручек, металлические шарики от подшипника (Рис.1), детали детских конструкторов и инородные тела органического происхождения: кости, орехи.

Значительные трудности, не столько в диагностике, сколько в лечении, создают швейные иглы, булавки. Последние имеют особенность раскрываться уже в просвете пищевода, желудка. Ожидание возможной хирургической «катастрофы» в случае, когда инородное тело проникает в нижние отделы ЖКТ, весьма негативно сказывается на психоэмоциональном статусе не только больного, но и его окружении (родители, врачи). Подобная психологическая ситуация создается и при наличии в просвете ЖКТ такого инородного тела как бытовая аккумуляторная батарейка (пальчиковая) или дисковая батарейка от часов, процесс окисления которых может привести к химическому повреждению стенок пищеварительного тракта. Продвижение по пищеварительному тракту швейной иглы проходит под строгим наблюдением врача детского хирурга стационарно. В процессе динамического наблюдения проводят этапную обзорную рентгенографию брюшной полости. Фиксированные в просвете ЖКТ швейные иглы подлежат оперативному удалению. Необходимо отметить, что швейные иглы имеют способность мигрировать в брюшной полости, прободая стенки кишечника.

Клинический пример. Больная М., 11 лет, поступила в стационар 26.10.2009 г. (номер истории болезни 1-6776) в экстренном порядке с жалобами на боли в животе. Из анамнеза – за 6 суток до поступления девочка проглотила иглу в момент вышивания. При поступлении обследована: произведена рентгенография. Определяется инородное тело – швейная игла, ориентировочно в просвете тонкого кишечника. На контрольных рентгенограммах от 28.10.2009 г. (Рис.2), 30.10.2009 г., 4.11.09 г (Рис.3) швейная игла визуализируется на прежнем месте, фиксирована в мягких тканях. В плановом порядке 4.11.2009 г. проведено оперативное вмешательство – срединная лапаротомия, удаление инородного тела. Швейная игла обнаружена между листками брыжейки подвздошной кишки, отмечен спаечный процесс в области дуодено-еюнального перехода. В послеоперационном периоде получала соответствующую антибактериальную, симптоматическую терапию. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии 14.11.2009 г.

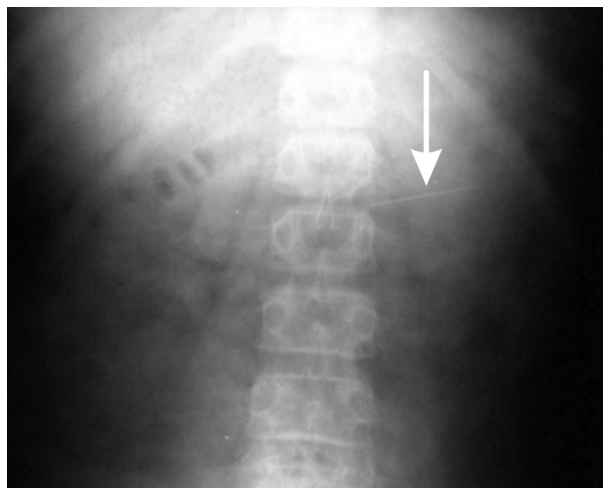


Рисунок 2



Рисунок 3

Инородные тела, попадающие в дыхательные пути чаще органического происхождения: семечки, скорлупа орехов, колоски различных трав. Чаще всего инородные тела попадают в правое легкое (правый главный бронх шире и отходит от бифуркации трахеи более вертикально). Основным механизмом попадания инородных тел в дыхательные пути это – аспирация. Аспирации способствуют особенности системы дыхания у детей раннего возраста: узость просвета дыхательных путей, дискоординированная работа мышц, сниженный кашлевой рефлекс. Грозным осложнением инородного тела трахеи является асфиксия, которая может стать причиной смерти больного. В случае острого возникновения асфиксии, выраженной одышки, обширного ателектаза необходима экстренная бронхоскопия. При менее выраженных проявлениях бронхоскопию проводят в плановом порядке, под наркозом, даже при подозрении на инородное тело. Инородное тело удаляют, аспирируют патологический секрет, при необходимости вводят антибиотик. Неконтрастные инородные тела диагностируют также по косвенным признакам – наличие эмфиземы или ателектаза.

Вокруг инородного тела разрастаются грануляции, приводящие к обтурации бронха. Полная обтурация бронха приводит к развитию ателектаза и ателектатической пневмонии, нередко с последующим формированием хронического бронхолегочного процесса [3]. В осложненных случаях, когда инородное тело глубоко внедрилось в легочную ткань или не может быть удалено в связи с развитием стеноза бронха, показано оперативное вмешательство.

В мочевого пузыря инородные тела могут проникать по мочеиспускательному каналу, либо через стенку мочевого пузыря из окружающих его тканей. По мочеиспускательному каналу попадают чаще всего при онанизме (мастурбации). Это могут быть медицинские термометры, резиновые трубки, стеклянные палочки и др. Аналогичные предметы могут вводить себе в мочеиспускательный канал, мочевого пузыря психически больные дети при играх. Чаще это стержни от ручек, швейные иглы, бусинки и др. Попавшие в мочевой пузырь или мочеиспускательный канал инородные тела инкрустируются содержащимися в моче солями, травмируют слизистую оболочку, вызывают цистит, нарушают мочеиспускание. Тактика детского хирурга, уролога складывается в тщательном сборе анамнеза, осмотре больного, интерпретации анализов крови, мочи и т.д. Следует иметь в виду, что больные могут скрывать факт введения инородного тела в мочевые пути. Как правило, начинают с обзорной рентгенографии. После возможного уточнения расположения инородного тела производят лечебно-диагностическую уретроскопию, цистоскопию. Хотелось бы отметить, что удаление инородного тела вышеуказанными методами не всегда представляются возможными. Данные манипуляции часто приводят к проталкиванию инородного тела в заднюю уретру и в полость мочевого пузыря, после чего необходимо проведение оперативного лечения – задней уретротомии, цистотомии, удаления инородного тела.

Клинический пример. Больной А., 10 лет, поступил в стационар 06.09.2009г. в экстренном порядке с жалобами на боли в промежности, уретре, затрудненное мочеиспускание. Из анамнеза – за 1 час до поступления ребенок ввел себе в уретру швейную иглу. На рентгенограмме (Рис. 4) при поступлении инородное тело проецируется в верхней части уретры. Проведена безуспешная попытка удаления инородного тела при уретроскопии. На контрольной рентгенограмме (Рис. 5) швейная игла визуализируется в мочевом пузыре. Произведена катетеризация мочевого пузыря. Попытка удалить инородное тело путем лечебно-диагностической цистоскопии 8.09.2009г. была безуспешной. В плановом порядке 11.09.2009г. проведено оперативное вмешательство – цистотомия, удаление

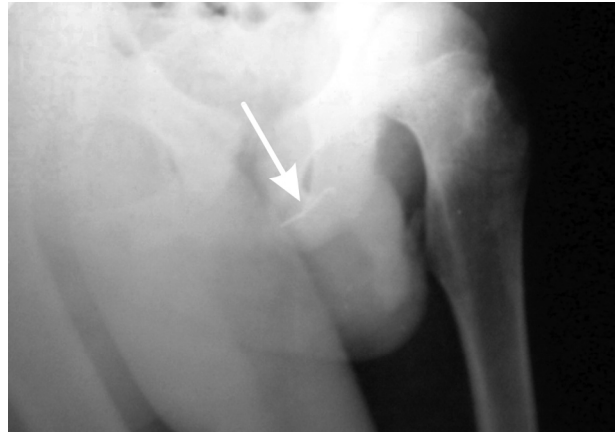


Рисунок 4



Рисунок 5

инородного тела. Во время операции опорожнено 250 мл застойной мочи. Стенки мочевого пузыря не изменены. В послеоперационном периоде назначены антибиотики, уросептики, симптоматическая терапия. Больной 26.09.2009г. выписан на амбулаторное наблюдение. В настоящее время состояние мальчика удовлетворительное.

Таким образом, обследование, наблюдение и лечение детей с подозрением на инородное тело ЖКТ, дыхательных и мочевых путей, должно осуществляться в экстренном порядке и в условиях многопрофильного стационара, с привлечением в лечебный процесс специалистов различного профиля: детских хирургов, эндоскопистов, торакальных хирургов, урологов, анестезиологов-реаниматологов, гастроэнтерологов, психологов и др. Поэтому четкое взаимодействие специалистов, участвующих в работе в экстренных случаях требует заранее продуманных и принятых организационных решений.

Литература:

1. Большая медицинская библиотека. Medical, Enc.ru 2010 г.
2. Arana A., Hauser, B., Hachimi-Idrissi S., Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. Eur. J. Pediatr. 2001; (8)160: 468–72
3. Блажитко, Е. М. Инородные тела. Новосибирск: Наука, Сибирская издательская фирма РАН, 1996; 200 с.