

держка развития указанных ядер окостенения в исследуемой группе по сравнению с контрольной, проявляющаяся уменьшением их размеров либо, в ряде случаев, полным отсутствием последних.

Выводы. Полученные результаты, при анализе статистических данных, представляют определенный интерес в плане изучения влияния различных факторов на формирование врожденной ортопедической патологии стопы. Задержка развития ядер окостенения таранной и пяточной костей (определенный диагностический критерий) вполне вероятно накладывает отпечаток на становление сумочно-связочного аппарата суставов стопы, а значит и на формирование ее сводчатого строения.

Литература:

1. Мицкевич, В.А. Педиатрия / В.А. Мицкевич, А.О. Арсеньев. – М.: Лаборатория знаний. 2006. – 136 с.
2. Gould, N. Epidemiological survey of foot problems in the continental United States: 1978–1979 / N. Gould, W. Schneider, T. Ashikad // Foot Ankle. – 1980. – v.1; pp. 8–11.
3. Wong, R.A. An Evidence–based Approach to Ortoctic and Prosthetic Rehabilitation / R.A. Wong, M.M. Lusardi // Ortoctics and Prosthetics in Rehabilitation. Ed.by Lusard M.M., Nielsen C.C. Elsevier. 2007: pp 109–134.

ИНОРОДНЫЕ ПРЕДМЕТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Лопадчак М.¹, Лопадчак Р.²

¹ *Детская городская клиническая больница, Львов*

² *Львовский Национальный медицинский университет, Львов*

Введение. Наличие тяжелых осложнений при аспирации инородных предметы (ИП) в дыхательных путях, возможность смерти, трудности диагностики при неопределенной клинической картине, а также возможность возникновения хронического поражения бронхолегочной системы делают проблему инородных тел дыхательных путей актуальной, особенно в вопросах их ранней диагностики. Симптоматика и прогноз аспирации ИП определяются размером, формой и природой инородного тела, его локализацией и положением в дыхательных путях, возрастом ребенка.

Наиболее опасной для жизни является локализация ИП в гортани и трахее, поскольку обструкция верхних дыхательных путей может вызвать асфиксию, угрожающую жизни ребенка. При этом основными клиническими проявлениями являются тяжелый непрерывный приступ кашля, общее беспокойство ребенка, затруднение вдоха, шумное дыхание, цианоз, быстро развивается дисфония или афония.

Материал и методы исследования. Исследование базируется на ретроспективном анализе историй болезней в период с 2000 по 2014 годы в возрастной группе от 0 до 18 лет. За этот период более 248 детей обращались за помощью в городскую детскую клиническую больницу, а также помощь предоставлялась детям Львовской области по «санавиации». Чаще всего (примерно в 95–98% всех случаев) инородные тела дыхательных путей встречаются у детей в возрасте от 1,5 до 3 лет. Именно в этом возрасте ребенок активно сознательно начинает познавать окружающий мир. И именно в этом возрасте ребенок тянет в рот все, что попало в пределы его досягаемости. Этот возраст еще характерен тем, что ребенок учится правильно жевать и глотать твердую пищу. Учится сам, на основе собственных ощущений. Учится на уровне подсознания. И разумеется, не сразу у него все получается. Поэтому именно в этом возрасте максимальная опасность попадания мелких предметов в дыхательные пути. Плохо еще и то, что ребенок не всегда может сказать, что именно с ним произошло. И иногда посторонние предметы в дыхательных путях обнаруживаются слишком поздно. Также следует отметить двукратное преобладание детей из сельской местности по сравнению с пациентами, которые проживают в городах. Разница связывается с уровнем санитарно-гигиенического образования и возможностями ухода за детьми.

По происхождению чаще наблюдали органические ИП, реже неорганические. Среди них: орехи, семена, злаковые, металлические и пластмассовые изделия. Наши данные совпадают с общепризнанными и подтверждают, что абсолютное большинство инородных тел является органического происхождения, в частности растительного. Следует отметить достаточно значительную группу (9,46%) инородных тел из пластмасс, которые являются инертными для организма, поэтому способны находиться в дыхательных путях неограниченное время без изменений и таким образом, нести угрозу пожизненно, и является находкой при аутопсии.

Мальчик «М» 8 лет. Болеет 6 месяцев, трижды лечился по поводу пневмонии амбулаторно и стационарно. Рентгенконтрастный инородный предмет правого главного бронха. Факт аспирации категорически отрицает. Выздоровление.

Девочка «Х» 12 лет. Болеет 3 часа. Рентгенконтрастный инородный предмет правого главного бронха. Выздоровление.

Результаты и их обсуждение. Кашель во время еды или игры, свистящее дыхание, цианоз кожных покровов, одышка и т.д. Могут присутствовать, как и все эти признаки, так и каждый из них отдельно. Обычно родители четко связывают появление этих симптомов с едой или с игрой с мелкими игрушками. Но иногда, особенно когда ребенок остается без присмотра, этой связи можно и не установить. Тогда диагностика особенно тяжёлая. Иногда инородные предметы дыхательных путей могут вообще никак себя не проявлять до определенного времени, и ведут до развития хронического поражения бронхолегочной системы.

Заподозрить наличие инородного предмета можно при аускультации, рентгенографии и рентгеноскопии грудной клетки. Характер аускультативных и рентгенологических изменений зависит от типа обструкции дыхательных путей. Но не все инородные предметы рентгенконтрастные. Полностью исключить или подтвердить наличие инородного предмета дыхательных путей можно только при трахеобронхоскопии под наркозом. И при любом, даже малейшем подозрении на аспирацию инородного предмета есть прямые показания для проведения трахеобронхоскопии.

Основным лечебно-диагностическим методом при инородных предметах дыхательных путей является бронхоскопия, которая позволяет выявить аспирированные предметы и локальные изменения трахеобронхиального дерева.

Инородные предметы, не диагностированные при рентгенологическом обследовании, а диагностированы и удалены эндоскопически. Неконтрастные аспирированные предметы с отверстием длительно не вызывают развитие вентиляционных расстройств.

Раннее и полное удаление инородных предметов из дыхательных путей является необходимым условием положительных результатов в лечении больных. Консервативное лечение больных после удаления инородных предметов должно быть комплексным, направленным на восстановление нарушений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, предупреждение и лечение гнойных осложнений, восстановление бронхиальной проходимости пораженных долей легких, что достигается проведением курсов бронхологических санаций, с учетом возможности обратного развития патоморфологических изменений у детей раннего возраста. Частота бронхологических санаций определяется характером поражения бронхов и легких, количеством мокроты, активностью воспалительного процесса и эффективностью лечения. Проведение комплекса консервативных лечебных мероприятий позволяет добиться положительного результата в 92,8% случаев.

Выводы. Подозрение на инородные предметы дыхательных путей является абсолютным показанием к неотложному эндоскопическому обследованию трахеобронхиального дерева и удалению инородных предметов.

Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия: В 2т.–СПб.: ПИТ–ТАЛ, 1997.–Т.1. Стр. 95–97.
2. Климанская Е.В. Основы детской бронхологии. Москва «Медицина» 1972. Стр.147–151.
3. Рокицкий М.Р. Неотложная пульмонология детского возраста. Ленинград «Медицина» 1986. Стр. 117–135.
4. Рокицкий М.Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Ленинград «Медицина» 1978. Стр.151–163.

5. Рокицкий М.Р. Хирургические заболевания легких у детей. Ленинград «Медицина» 1988. Стр.151–167.

ПНЕВМОДИЛАТАЦИЯ КАК МЕТОД ВОСТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Лопадчак М.¹, Лопадчак. Р.-М.²

¹Детская городская клиническая больница, Львов

²Львовский Национальный медицинский университет, Львов

Введение. Ожоги пищевода возникают под воздействием агрессивных химических соединений и занимают первое место среди заболеваний пищевода в детском возрасте, а хирургические осложнения – тяжелые в торакальной хирургии. Чаще всего наблюдаются у детей до 3 лет, что составляет 70–75% от общего количества пациентов с ожогами пищевода. Это можно аргументировать, одной стороны, интересом и привычкой детей (особенно раннего возраста) все брать в рот, с другой стороны по неосмотрительности родителей при хранении бытовых химических соединения, или возникают при случайном употреблении этих средств вместо продуктов питания или лекарств.

Материал и методы исследования. Исследование базируется на ретроспективном анализе историй болезни 28 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГДКБ г. Львова в период с 2000 по 2014 годы в возрастной группе от 0 до 18 лет с послеожоговыми стриктурами пищевода II–III степени, вызванные чаще щелочами, пергаманатом калия, кислотами, перекисью водорода, нашатырным спиртом.

Результаты и их обсуждение. Ожоги пищевода делятся на 3 степени: поверхностный, на всю толщину слизистой оболочки и на всю толщину стенки. Наибольшей степени поражаются участки физиологических сужений в пищеводе. В большинстве случаев ожоги пищевода не сопровождаются его перфорацией и лечатся консервативно. На 2-е – 3-и сутки начинает отслаиваться некротизированная слизистая оболочка пищевода, как правило, заканчивается на 5–6 сутки. За этим наступает период гранулирования ожоговой поверхности. Процесс рубцевания начинается с 6 недели, так как к тому времени уже формируется фиброзная ткань в области повреждения пищевода. Постепенно она гиалинизирует (образуется хрящевая ткань) и занимает место разрушенной ткани всех слоев пищевода, в том числе мышечного, что ведет к образованию рубцового стеноза. Эта фаза может длиться до 1 ½ года. Как правило, рубцовые стриктуры возникают после ожога III степени. Большинство стенозов локализируются в среднем и нижнем отделе пищевода и возникают, как правило, через 6 месяцев с момента получения ожоговой травмы.