

стопы.

Комплексная терапия обязательно предусматривает применение немедикаментозных методов лечения СДС. К ним относятся: гимнастика для ног, физиотерапия, массаж и др.

Из физиотерапевтических процедур для улучшения микроциркуляции широко применялись: гипербарическая оксигенация, лазеротерапия, магнитотерапия, светодиодная фототерапия аппаратом «Ромашка», амплипульс и электрофорез с лекарственными препаратами. Неотъемлемой частью немедикаментозных методов лечения являлась применение лечебной физкультуры.

Профилактические и реабилитационные мероприятия включали, прежде всего, проведение бесед с больными о необходимости ношения специальной обуви, уходе за стопами и использовании медикаментозных средств, предотвращающих прогрессирование уже развившихся осложнений. Использование специализированной ортопедической обуви способно вдвое снизить количество рецидивов язв стоп при диабете. Отличительными особенностями "диабетической обуви" являются ее индивидуализация с учетом особенностей патологии стопы у каждого пациента, специальная бесшовная конструкция, наличие дополнительного объема для вкладывающейся стельки, а также способность рационально распределить давление на подошве с исключением избыточного давления на стопу.

Таким образом, основная задача комплексного консервативного лечения состоит в увеличении длительности состояния стопы диабетика без язвы, что позволяет предотвратить одно из наиболее тяжелых последствий заболевания - ампутацию конечности.

АНАЛИЗ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА В МАТЕРИАЛЕ КЛИНИКИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ГОДКБ

**Иодковский К.М., Хрипунов А.А.
УО «Гродненский государственный медицинский
университет»**

Гродненская областная детская клиническая больница

Повреждением, или травмой, называют результат внезапного воздействия на организм какого-либо фактора внешней среды, нарушающего анатомическую целостность тканей и протекающие в ней физиологические процессы. Повреждения, повторяющиеся среди различных возрастных групп в аналогичных условиях, входят в понятие детского травматизма.

Выделяют следующие виды детского травматизма: бытовой, уличный, транспортный, школьный, спортивный при организованных занятиях и неорганизованном досуге, и прочий.

Рост различных видов травматизма и неблагоприятных исходов травм - одна из наиболее сложных медико-социальных проблем современности. Совершенствование диагностики и организации оказания неотложной помощи данному контингенту пострадавших позволяет значительно улучшить результаты их лечения.

Целью нашего исследования явилось изучение причин возникновения травм у детей, их диагностику, лечение и обследование, перспективы, направленные на снижение числа неблагоприятных исходов.

Материал и методы. Нами анализированы результаты диагностики и лечения 246 детей в возрасте от года до 18 лет с повреждениями кожных покровов и мягких тканей, органов брюшной полости и забрюшинного пространства лечившихся в хирургических отделениях Гродненской областной детской клинической больницы с 2004 по 2009 гг. Мальчиков было 183 (74,4%), девочек 63 (25,6%). По возрасту больные распределились следующим образом: 1-3 года - 20 (8,1%), 4-6 лет - 28 (11,4%), 7-10 лет - 101 (41,1%), 11-14 лет - 86 (34,9%), 15-18 лет - 11 (4,5%) детей.

В тяжелом состоянии поступило 17 детей, в состоянии средней тяжести - 190 и в удовлетворительном состоянии - 39 пострадавших.

Результаты и обсуждение. Для выяснения причин детского травматизма и разработки профилактических мероприятий нами изучена его динамика и структура по вышеотмеченной

классификации. При распределении несчастных случаев с детьми по возрастным группам выяснено, что самым неблагополучным возрастом по травматизации является школьный возраст. На этот возраст приходится 76% всех травм, особенно на младший школьный возраст от 7 до 10 лет - 41,1%. На дошкольный возраст приходится меньшее число травм, т.к. дети в этом возрасте находятся под постоянным наблюдением дома или в детских садах. Когда дети начинают посещать школу, они получают некоторую самостоятельность, как при передвижении в школу, так и во время проведения досуга, причем мальчики травмируются чаще девочек, по нашим данным соответственно 3:1. Это обстоятельство объясняется тем, что мальчикам свойственна большая подвижность, смелость и даже бравада.

Чтобы знать, как предотвратить детей от несчастных случаев, необходимо иметь представление о причинах и месте их возникновения.

Из таблицы 1 следует, что 46% составляют бытовые травмы, 34,2% - уличные, школьный - 13,8% и спортивный травматизм составляет 6%.

Таблица

Причины травматизма у детей

| <i>Вид травматизма</i> | <i>Кол-во случаев</i> |
|--|-----------------------|
| Бытовой | 113 (46%) |
| Уличный: | |
| - транспортный (велосипед, автоавария) - | 49 (20%) |
| - нетранспортный | 35 (14,2%) |
| Школьный | 34 (13,8%) |
| Спортивный: | |
| - на физкультуре | 8 (3,2%) |
| - на тренировке | 7 (2,8%) |
| Всего | 246 (100%) |

К бытовому травматизму относят повреждения, получаемые во время пребывания детей в квартире, во дворе дома, в детском саду. Это наибольшая группа и занимает первое место среди всех повреждений - 46%.

Предупреждение несчастных случаев в быту зависит от взрослых, ухаживающих за ребенком. Уличная транспортная травма является самой тяжелой в связи с увеличением интенсивности движения на дорогах городов и поселков и не

имеет тенденции к снижению.

Небольшой процент (6%) по нашим данным составляет спортивный травматизм. Для профилактики травмы на уроках физкультуры и тренировках необходимо обучить детей правилам падения, лучше организовать «страховку» во время упражнений и обеспечить занятия доброкачественным спортивным инвентарем.

Характер повреждений был различный. Наибольшую группу составили повреждения кожных покровов и мягких тканей, это ушибы передней брюшной стенки (121), грудной клетки (3), поясничной области (20), ушибы и повреждения половых органов и промежности (46). Повреждения мягких тканей в основном были закрытыми и в большинстве своем связаны с бытовой травмой. Ранения кожных покровов: передней брюшной стенки, промежности, половых органов и др. наблюдались у 27 детей.

Повреждения передней брюшной стенки возникают в результате прямого ушиба, сдавления при защитном мышечном напряжении передней брюшной стенки, резком внезапном сокращении или насилиственном перерастяжении мышц во время спортивных упражнений. В большинстве такие больные требуют госпитализации и динамического наблюдения, т.к. необходимо исключить повреждение внутренних органов. Ультразвуковое исследование и рентгенологическое помогают уточнить диагноз. При закрытых повреждениях мягких тканей назначали постельный режим, для уменьшения отека в первые сутки холод, а затем тепловые процедуры: УВЧ, электрофорез димексида или обезболивающих средств. При ранениях - первичная хирургическая обработка ран с последующим УФО. Средний койко-день этих больных составил 2,79. В одном случае при повреждении промежности с разрывом прямой кишки был наложен противоестественный задний проход - как первый этап хирургического лечения.

Повреждения внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства диагностированы у 41 (16,6%) пострадавшего. Наиболее часто травмировались паренхиматозные органы, в т.ч. почки в 21 случае, селезенка - в 13, печень - в 4, поджелудочная железа - у 1 ребенка и у 2

больных - повреждение кишечника.

Среди повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства могут наблюдаться ушибы с подкапсульными или внутриорганными гематомами, нарушение паренхимы органа с одновременным разрывом капсулы, отрыв и размозжение части или всего органа, сопровождающееся выраженным кровотечением в брюшную полость, дефекты стенки кишки не проникающие или проникающие в просвет органа, иногда с полным разрывом по окружности.

Нестереотипность и разнообразие клинических проявлений повреждений внутренних органов обусловлены механизмом травмы, возрастом больного и анатомо-физиологическими особенностями. Этим нередко определяются трудности диагностики, особенно при сочетанных повреждениях. Неоценимую услугу при повреждениях паренхиматозных органов оказывает ультразвуковое исследование. При интерпретации эхограмм оценивали положение, размеры, форму и четкость контуров органа, однородность его эхоструктуры, наличие патологических включений в паренхиме, пульсация сосудов в области ворот органа (допплерографией), количество излившейся крови в забрюшинное пространство или в брюшную полость. УЗИ применяли при всех повреждениях внутренних органов динамике через 6, 12, 24 часа, а так же у больных с малейшим подозрением на повреждение. При всех повреждениях почек с наличием гематурии выполняли экскреторную урографию.

В сложных ситуациях применяли лапароскопию, которая в ряде случаев являлась и лечебной. При повреждении паренхиматозных органов, как и большинство отечественных и зарубежных авторов, придерживались максимально щадящих методов лечения. Так при повреждении почек у 18 пострадавших применяли консервативное лечение и в 3 случаях хирургическое: 1 - люмботомия и дренирование забрюшинного пространства, 1 - люмботомия с резекцией нижнего полюса почки и в 1 случае нефрэктомия. При повреждении селезенки из 13 больных, только у 1 больного выполнена частичная резекция селезенки, в остальных случаях проводилось консервативное лечение. Пяти больным применялась диагностическая лапароскопия при

которой у 3 выявлен спонтанный гемостаз поврежденной селезенки, а у 2 обнаружены повреждения кишечника, потребовавшие лапароскопии и ушивания ран. Принципы органосохраняющего лечения травматических повреждений печени такие же, как и при повреждении селезенки. В комплексе лечебных мероприятий при ушибах и повреждениях широко применяли физиотерапевтические методы: электрофорез с анальгетиками или антибиотиками, токи ультравысокой частоты, ультрафиолетовое облучение ран после первичной хирургической обработки, переменное магнитное поле.

Заключение. Изучение несчастных случаев с детьми показало, что наибольшее количество травм происходит вне дома, на улице и связано с транспортом. Самым неблагополучным возрастом по травматизации является младший школьный (7-10 лет), когда дети уходят из-под опеки родителей, а влияние школьного воспитания еще достаточно хорошо не усвоено. Спортивные травмы среди детей встречаются реже (6%), так как дети находятся в организованных коллективах.

Лечение повреждений внутренних органов в растущем организме должно быть максимально консервативным.

Литература:

1. Афаунов М.В. Диагностика и лечение повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей // дет. хирургия. - 2001, №4. - С. 42-45.
2. Соков Л.П. Предупреждение и лечение травм у детей: Учебное пособие. - М.: УДН, 1987. - 123 с.
3. Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: в 2т./под ред. Ю.Ф.Исакова.- М.: ГЭОТАР - MED, 2004 г. - т.2. - 584 с.

РОЛЬ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Максимчик Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»