

пределах от 31,80 до 42,30 мкмоль/л, а у лиц с нормальным АД – от 26,04 до 37,20 мкмоль/л.

Таким образом, при гипотонии уровень нитратов и нитритов плазме крови достоверно выше, по сравнению с лицами с нормальным АД. Это изменение в метаболизме NO может быть одним из механизмов, посредством которого у лиц с гипотонией развивается клиника данного состояния.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ОСЛОЖНИВШИХСЯ ОЖГОВЫМ ШОКОМ

Шундрик В.С., Стацкевич С.И., Буйницкая А.С., Салкевич Е.Я.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель - к.м.н., доцент К.М.Иодковский

Несмотря на известные успехи детской камбустиологии, достигнутые в последнее время, проблема лечения детей с ожогами сохраняет свою актуальность. В последние годы отмечается рост ожогового травматизма, в детском возрасте 18% травматических повреждений приходится на термическую травму. Основными проблемами комплексного лечения ожоговой болезни и одновременно главными направлениями разработок в области изучения патогенеза и методов лечения, больных с термической травмой были и остаются ожоговый шок, борьба с инфекцией и ускорение эпителизации ожоговых ран.

Цель работы: проанализировать весь процесс лечения детей с ожогами в условиях Гродненской детской областной клинической больницы (УЗ «ГДОКБ»).

Материалы и методы: всего нами было проанализировано 163 истории болезни детей поступивших в реанимационное отделение УЗ «ГДОКБ» с диагнозом термический ожог, осложнившийся ожоговым

шоком в период с 2000 г. по 2006 г.

Распределение больных по возрасту, было следующим: от 1 мес. до 1 года – 39 детей (24%), от 1 года до 3 лет 99 детей (60,7%), старше 3 лет – 25 детей (15,3%). По этиологии получения ожога: кипятком -151 ребёнок (92,6%), пламенем -10 детей (6,2%), контактные ожоги 2 ребёнка (1,2%), по степени тяжести ожогового шока: 1 степени -70 детей (43%), 2 степени 31 ребёнок (19%), 3 степени 2 детей (1,2%). 57 детей (35%) поступили из районов области в стадии токсемии и 3 детей (1,8%) в стадии септикотоксемии. Противошоковые мероприятия этим больным проводились в реанимационных отделениях центральных районных больниц.

Открытое ведение больных с ожогами было у 54 детей (33,2%), под повязкой у 16 больных (9,8%), смешанное у 93 детей (57%). Аутодермопластика была произведена 48 больным (29,4% от числа поступивших в реанимационное отделение), из них один раз 27 детям (56,2%), дважды 14 (29,2%), три раза и более 7 больным (14,6% от общего числа прооперированных).

Распределение ожогов по тяжести согласно American burns association (Американской ожоговой ассоциации) ожоги легкой степени тяжести составили 16%, средней степени тяжести 53,3%, тяжелой степени 30,7%.

При ожогах тяжелой степени в стадии ожоговой токсемии, с высокими показателями ЛИИ для дезинтоксикации проводились гемосорбции 42 больным (25,8%), из них один раз 16 детям (9,8%), многократно 26 больным (16%).

В результате проводимого лечения в условиях УЗ «ГДОКБ» с полным выздоровлением в период с 2000 по 2006 годы выписаны 146 детей (89,6%), в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение 12 детей (7,4%). В связи с обширными ожогами, более 30% поверхности тела, 2 детей переведены в лечебные учреждения республиканского уровня. Выписались по настоянию родителей, не

закончив лечения, 2 ребенка с ожогами средней степени тяжести.

Умер 1 ребенок в возрасте 2 лет с диагнозом: термический ожог пламенем головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей площадью 65% в стадии ожоговой септикопиемии.

Таким образом, по возрастной структуре основная доля ожогов приходится на возраст от 1 до 3 лет, по механизму получения травмы преобладает ожог кипятком, что обусловлено этапами развития ребенка (первые шаги, несовершенная координация движений и моторики, любознательность). Наиболее оптимальным, по нашим данным, является открытый и смешанный способ лечения ожогов у детей как обеспечивающие низкую летальность.

ВЫБОР КОНСЕРВАТИВНОГО ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Щеберяко Е. Н., Скоробогатых А. Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра урологии, анестезиологии и реаниматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.И. Юшко

Введение: До сих пор в литературе [1,2] доминирует мнение, что хирургическая коррекция первичного обструктивного мегауретера (ПОМУ) является наиболее оптимальным способом лечения данного порока развития. В то же время нет четких показаний к тому или иному виду оперативного лечения, и существует большой процент развития ранних и поздних послеоперационных осложнений. С другой стороны, в течение последнего десятилетия в зарубежной литературе [3,4] постоянно дискутируется вопрос об эффективности консервативной терапии ПОМУ.

Цель исследования: выработать эффективную тактику лечения ПОМУ у детей.

Материалы: В период с 1981 по 2005 год под наблюдением находилось 84 детей. Одностороннее поражение отмечалось в 63,1%