

пу составили 15 детей с аналогичными проявлениями патологии. Новорожденные получали мексидол по 0,1—0,2 мл/кг массы тела внутривенно капельно на 10% глюкозе с 5—7-го дня жизни в течение 10 дней.

У детей, получавших мексидол, к концу острого периода заболевания значительно уменьшались нарушения в двигательной сфере, снижались проявления повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и вегетативной дисфункции, быстрее купировались морфологические изменения по данным нейросонографического обследования. Проведенные биохимические исследования выявили достоверное повышение активности ферментов антиоксидантной защиты в сравнении как с группой контроля, так и со здоровыми детьми (см. рис.). Это приводило к ослаблению процессов ПОЛ, о чем свидетельствовала тенденция к снижению уровня диеновых конъюгатов. Кроме

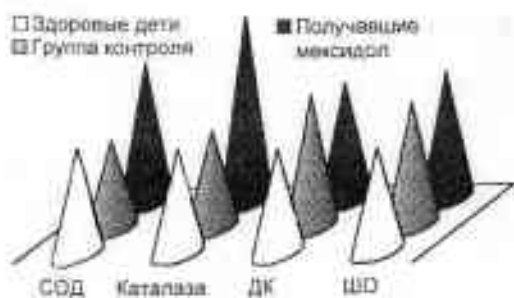


Рис. 1. Характеристика влияния мексидола на показатели системы антиоксидантной защиты и уровень продуктов ПОЛ в мембранах тромбоцитов у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС.

того, препарат нормализовал состав основных фракций фосфолипидов в мембранах.

Таким образом, помимо антиоксидантного действия, мексидол вызывает существенную перестройку клеточных мембран и может привести к изменению синаптической передачи, улучшению интегративной деятельности мозга и пластичности ЦНС.

Отсюда можно заключить, что мембрано-дестабилизирующие процессы являются существенным патогенетическим фактором поражения ЦНС у детей при воздействии перинатальной гипоксии. Установленные изменения в структуре мембран тромбоцитов дают, по нашему мнению, основание констатировать морфологическую и функциональную нестабильность клеточных образований, способную в последующем привести к стойким клиническим проявлениям патологии.

УДК 617.55—053.2—075.48

И.К. Едиханов (Нижнекамск). Значение УЗИ в комплексной диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей

У тяжело больных детей часто возникают состояния, требующие экстренного хирургического вмешательства с высоким риском для жизни. Для уточнения диагноза, определения дальнейшего плана обследования и тактики ведения больного с 1992 г. мы применяем УЗИ, обладающее

высокой информативностью, безопасностью, неинвазивностью.

В межрайонном хирургическом отделении детской городской больницы г. Нижнекамска под наблюдением находились 37 детей с травмами различной тяжести. Повреждение печени было констатировано у 4 больных, селезенки — у 9, почек — у 8, сочетанное повреждение селезенки и почки слева — у 3, ушиб внутренних органов и брюшинная гематома — у 13. Больные поступили в первые сутки с момента получения травмы. УЗИ проводилось с помощью аппарата "Алока" SSD 500. При травмах органов брюшной полости и брюшинного пространства УЗИ делали каждые 1—2 часа. В классификации травматических поражений паренхиматозных органов основным моментом является сохранность капсулы. При разрыве капсулы могут наблюдаться надрывы или полные разрывы органа, которые сопровождаются обильным кровотечением в брюшную полость.

При УЗИ органов брюшной полости свободная жидкость (кровь) определяется вокруг пораженного органа и в малом тазу. Подкапсульные разрывы характеризуются образованием гематом различной величины и расположения — сразу под капсулой, в паренхиме, воротах селезенки и печени. Во время УЗИ гематома иногда явно не визуализируется, но и отсутствуют нормальная структура паренхиматозной ткани, нормальный кровоток в зоне контузии органа. Мелкие гематомы организуются и заживают довольно медленно — в течение 1—2 месяцев в селезенке, 2 недель в печени. Крупные гематомы не закрываются и вызывают образование ложных посттравматических кист, содержащих гематин. Особенности травматического повреждения почек являются: возможность образования сообщения травматической полости с собирательной системой, что имеет важное клиническое значение. Динамика полости гематомы, ее эктогенность зависит от эволюции кровяного сгустка. В первые часы — это эктогенная полость с нечеткими контурами, через 8—12 часов она становится неоднородной за счет появления эктогенных включений. Через 3—7 суток полость закрывается. Если травма произошла с разрывом капсулы, то, кроме травматических надрывов паренхимы почки различной степени, возможно образование гематом, расположенных под капсулой или вокруг почки с пропитыванием окружающих тканей. Объем перинефральной гематомы может быть самым различным, эктогенность зависит от количества излившейся крови и мочи.

Особо следует отметить ценность УЗИ при диагностике острого аппендицита у детей, когда клиническая картина не совсем ясна. Измененный отрокост удается осмотреть почти в 92% случаев. Косвенными УЗ признаками острого аппендицита являются инфильтрация брыжейки отрокоста и купола слепой кишки, а также увеличение лимфоузлов в илеоцекальной зоне. С внедрением УЗИ в клиническую практику появилась возможность аргументировать схему лечения больных с аппендикулярным инфильтратом и сократить до минимума процент тактических ошибок.

Эффективность и достоверность УЗИ в комплексной диагностике инфильтратов и абсцессов брюшной полости подтверждены и нашими клиническими наблюдениями. До операции аппендикулярный инфильтрат был установлен у 3 боль-

ных, периаппендикулярный абсцесс — у 8. В послеоперационном периоде УЗИ проводилось 38 больным с инфильтратом и абсцессом брюшной полости различного генеза, у 34 из которых указанные осложнения возникли на фоне деструктивного аппендицита. Инфильтрат был выявлен у 24 больных, абсцесс — у 14. При УЗИ инфильтраты имели вид гомогенного очага в правой подвздошной (или мезогастральной) области различной плотности. Инфильтраты, в отличие от абсцессов, не имели четких контуров. Ультразвуковая картина абсцесса характеризовалась наличием эхонегативного полостного жидкостного образования с отчетливыми контурами различной формы, без признаков перистальтики и пульсации, с наличием плотного перифокального инфильтрата вокруг гнойника.

Анализ собственных клинических наблюдений свидетельствует о том, что применение УЗИ позволяет заметно сократить сроки выявления абсцесса и инфильтрата, а это имеет важное значение при выборе адекватной лечебной тактики. В клинических условиях УЗИ позволяет осуществлять динамическое наблюдение за больным, дает возможность определения фазы воспалительного процесса и перехода инфильтрата в абсцесс, объективизируя контроль за эффективностью проводимого лечения.

При заболеваниях и травматических повреждениях поджелудочной железы УЗИ облегчает диагностику острого панкреатита и его осложнений — формирование кисты, динамику ее развития, позволяет обеспечить динамическое наблюдение за больным органом в послеоперационном периоде.

У 10-летнего больного, прооперированного по поводу травматического панкреатита и перитонита, в послеоперационном периоде на 10-й день образовалась посттравматическая киста поджелудочной железы. Динамическое УЗИ позволило объективно проследить динамику уменьшения кисты на фоне интенсивной терапии и избежать повторной операции. Не так давно это было бы невозможно объективно подтвердить, диагностика основывалась на клинических данных.

Максимально быстро проводят дифференциальную диагностику при наличии болей в правом и левом подреберьях. Мы имеем 3 клинических наблюдения точной диагностики карбункула почки с паранефритом и успешного оперативного вмешательства на ранних стадиях заболевания.

При УЗИ мочевыводящих путей удается обнаружить изменения в почках — гидронефротическую трансформацию и патологическую их подвижность.

Среди обследованных был больной 5 лет, у которого обнаружилась опухоль Вильмса на ранней стадии заболевания. Обследование проводилось в связи с изменениями показателей мочи и периодическими болями в животе. Выявлена опухоль в верхнем сегменте левой почки размером 3 x 4 см. Своевременное оперативное лечение, проведенное проф. А.А. Ахунзяновым, с последующей химиотерапией в ДРКБ г. Казани дало полное клиническое излечение.

Метод УЗИ позволяет установить патологические изменения в матке, придатках, выявить выраженные нарушения, которые не могут быть сразу интерпретированы. Заподозривая диагностику перекрута придатков яичников является показани-

ем к лапаротомии и удалению гонады. Острый болевой приступ в нижней части живота, ранее с такой яркостью не отмечавшийся и послуживший причиной госпитализации ребенка через 1—2 часа после его начала, является показанием к экстренному УЗИ. С каждой минутой промедления нарастает вероятность нарушения кровообращения в яичнике и тромбоза сосудов. УЗИ проводят при наполненном мочевом пузыре. Не следует терять время на обильное питье в ожидании самопроизвольного наполнения мочевого пузыря, нужно через катетер заполнить его физиологическим раствором. У 5 больных, прооперированных по поводу перекрута придатков, подтвержденного УЗИ до операции, причиной этого были дермоидная киста (у 2) и воспалительная инфильтрация тканей (у 3). К сожалению, больные были госпитализированы через 12—18 часов с момента заболевания, у 4 из них пришлось удалить придатки.

Мы наблюдали девочку 3 лет с регулярными менструальными циклами в течение 3 месяцев. Первоначально был установлен диагноз гормонпродуцирующей кисты яичника. При тщательном регулярном УЗИ в динамике в течение 2 месяцев диагноз гормонпродуцирующей кисты яичника был опровергнут, и заподозрена аденома шишковидного тела. В детском возрасте она протекает весьма своеобразно. Основным клиническим синдромом при этом является преждевременное половое созревание, в том числе ранняя макрогениетомия (несоответствующее возрасту увеличение наружных половых органов), и у девочек появляется менструация. Диагноз был подтвержден проф. М.К. Михайловым. Лечение проведено в онкологическом центре г. Москвы.

Специалисты, занимающиеся только УЗИ, не всегда имеют достаточный опыт для правильной трактовки полученных данных, поэтому овладение хирургом техникой УЗИ следует считать положительным моментом на пути совершенствования своего мастерства. Проведение УЗИ самим хирургом значительно улучшает качество диагностики, поскольку именно он, как никто другой, сможет правильно интерпретировать полученные данные и без промедления провести адекватное лечение.

УДК 617.576—001.6—089

И.Е. Микусев, Р.И. Муллин, Г.И. Микусев (Казань). Закрытые вывихи пястных костей кисти и их лечение

В связи с особенностями анатомического строения пястно-запястных суставов — небольшим объемом движений в них, прочным связочным соединением между основаниями пястных костей и дистальным рядом костей запястья — чистые вывихи пястных костей наблюдаются редко. Чаше они сопровождаются внутрисуставными переломами оснований пястных костей или даже костей дистального ряда запястья с нарушением правильного соотношения костей, формирующих пястно-запястные суставы.

Клиника при свежих вывихах (и переломах) пястных костей очень характерна: выраженный отек тканей, гематома, деформация поперечного и продольного сводов кисти, укорочение пястья по сравнению со здоровой