Литература:

1. Салеев В.Б. Экономические затраты скорой медицинской помощью на выполнение необоснованных обращений населения старшего возраста // Врач скорой помощи. - 2008. - №1. - С. 31-33.
2. Данные годового отчета ГУ «ГССНМП» г. Актобе за 2007 год.
3. Мирошниченко А.Г., Руксина В.В. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации. - Санкт-Петербург. -2006. - 224 с.

ТҮЙІН

Т.Н. ШИБУК, С.А. ДИЯРОВ, М.Ю. ВОРОНЦОВА, С.Ф. ДИЯРОВА, Т.М. МАРТЫНОВИЧ

АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДА ТҰРАТЫН БАЛАЛАРҒА ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ

Медициналық жедел жәрдем бекеті, Ақтөбе қаласы

Мақала авторлары балаларына жедел медициналық көмек көрсетілген ата-аналардың жасаған өтініштері бойынша әлеуметтік сұрау жүргізген. Сараптама ата-аналардың жедел жәрдем бригадалары олардың балаларына көрсеткен медициналық көмектің сапасына қанағаттанатындығын растап дәлелдеді.

SUMMARY

T.N. SHCHIBUK, S.A. DIYAROV, M.YU. VORONTSOVA, S.F. DIYAROVA, T.M. MARTYNOVICH

PROVIDING OF EMERGENCY TO CHILDREN OF AKTOBE CITY

First-aid station, Aktobe city

The authors of the article carried out sociological questionnaire on the occasion of parents' address whose children were undergone emergency . The results of analysis confirmed that the most of parents were satisfied by the quality of medical service which was rendered by the emergency team.

Д.Б. ДЖЕНАЛАЕВ, О.А. МАМЛИН, А.А. ЕРЕКЕШОВ, Б.И. СЕЙДАХМЕТОВ, Ш.А. УМБЕТОВ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана

Во все времена хирургов не удовлетворял тот факт, что доступ к объекту хирургического вмешательства может по длительности занимать такое же время, что и сама операция; и что хирургическая травма при доступе часто бывает даже более значительна, чем во время основного этапа оперативного вмешательства [1]. Внедрение в широкую медицинскую практику методов эндоскопии коренным образом изменило облик современной хирургии [2]. Интенсивное внедрение эндовидеохирургических операций, ставшее возможным благодаря развитию современных технологий, объясняется существенными преимуществами, которыми обладают эти методики: отличный визуальный обзор на всех этапах оперативного вмешательства за счет интраоперационного увеличения, малая травматичность оперативного вмешательства, ранняя активизация пациентов и более мягкое течение послеоперационного периода, уменьшение количества послеоперационных осложнений -

воспалительных и спаечных, сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, отличный косметический эффект [3, 4].

Все эти преимущества делают применение эндоскопической хирургии в детской хирургической практике наиболее целесообразным, так как они отвечают основным принципам современной детской хирургии.

В последние годы появились первые сообщения о применении эндовидеохирургии в лечении диафрагмальных грыж [5-7]. В Казахстане первую торакоскопическую пластику диафрагмы по поводу истинной диафрагмальной грыжи у ребенка выполнил д.м.н. В.И. Котлобовский (Актобе) в ноябре 2008 г.

Первая торакоскопическая операция по поводу ложной диафрагмальной грыжи в Казахстане была выполнена в отделении общей детской хирургии Национального Научного центра материнства и детства (г. Астана).

Ребенок К., 8 лет (история болезни № 2893 ПБ), поступил в общее детское хирургическое отделение ННЦМД 06.11.08 г. с диагнозом «Диафрагмальная грыжа слева».

Жалобы при поступлении на одышку при физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, вялость, снижение аппетита.

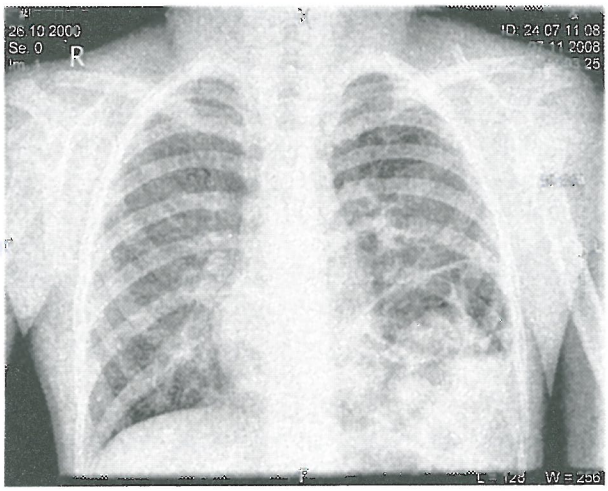
Со слов родителей, диагноз «Диафрагмальная грыжа слева» был установлен в 2003 году во время профилактического обследования по поводу положительной пробы Манту. До проведения обследования признаков наличия диафрагмальной грыжи не отмечалось. В течение 5 лет находились на «Д» учете у хирурга, от оперативного лечения ранее отказывались.

Общее состояние при поступлении средней степени тяжести. Самочувствие не нарушено. Кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Деформации грудной клетки нет, аускультативно: в легких дыхание везикулярное, ослаблено слева в нижних отделах, ЧД - 24 в 1 минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС - 110 в 1 мин. мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимических анализах - без патологии.

На рентгенограмме органов грудной клетки от 7.11.08 г. - рентгенологическая картина левосторонней диафрагмальной грыжи - грыжа Богдалека, незначительное смещение средостения вправо (рисунок 1).

Рисунок 1

Рентгенологическая картина левосторонней диафрагмальной грыжи ребенка К., 8 лет



На КТ органов грудной клетки от 10.11.08 г. - признаки диафрагмальной грыжи слева (дефект размером 2 см).

После проведенного обследования было решено выполнить торакоскопическую пластику диафрагмы слева.

Положение больной на правом боку. Наркоз эндотрахеальный с раздельной интубацией (правосторонней). В плевральную полость введен 5 мм троакар по среднеподмышечной линии в 4 межреберье слева, на уровне угла лопатки. Давление в плевральной полости 5 мм рт. ст. В плевральную полость введены два 5 мм манипуляционных троакара.

При панорамном осмотре в плевральной полости - петли толстого и тонкого кишечника, большой сальник. При изменении положения тела (возвышенный головной конец) петли кишечника, сальник при помощи эндоскопических инструментов погружены в брюшную полость, после чего выявлен дефект диафрагмы размером около 6-7 см в проекции отверстия Богдалека.

Произведено ушивание дефекта с последующим наложением гофрирующих швов на диафрагму поверх ушитого отверстия (этибонд 2-0).

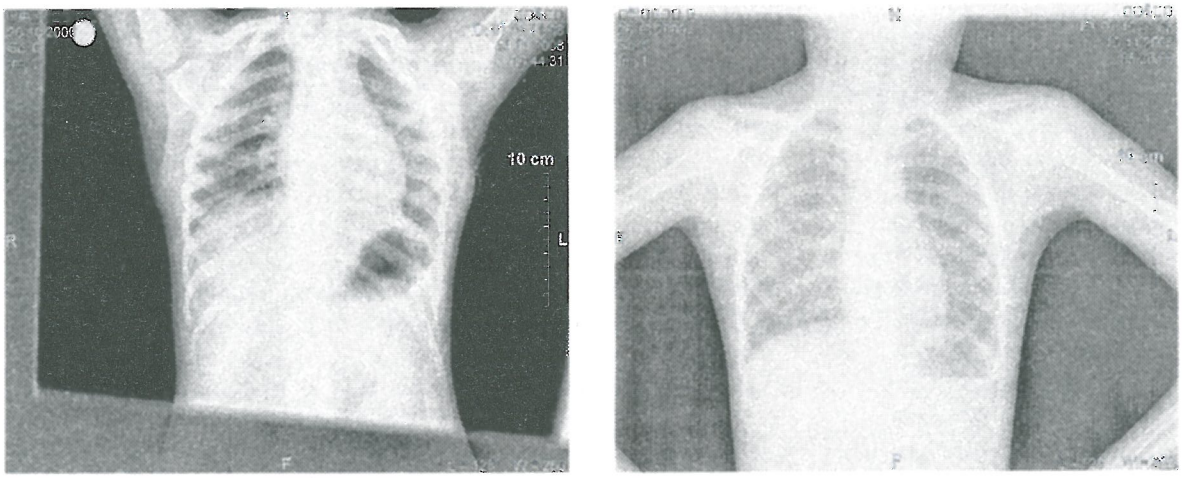
Плевральная полость дренирована.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Обезболивающие препараты назначались в течение первых суток. Самостоятельная двигательная активность восстановилась к началу вторых суток послеоперационного периода. Дренаж из плевральной полости удален к концу первых суток после операции, швы сняты на 7-е сутки, заживление первичным натяжением.

На контрольных рентгенограммах от 14.11.08 г. и 19.11.08 г. - легкое слева полностью расправлено, смещения органов средостения нет, патологические образования в плевральной полости не определяются, данных о наличии воздуха, жидкости в плевральной полости нет (рисунок 2).

Рисунок 2

Рентгенологическая картина левосторонней диафрагмальной грыжи ребенка К., 8 лет.
(А - снимок через сутки после операции, Б - снимок на 6 сутки после операции)



А) Б)

На 7-е сутки ребенок в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение.

Таким образом, приведенное наблюдение показывает возможности применения методов эндовидеохирургии в лечении диафрагмальной грыжи у детей и наглядно демонстрирует основания для их более широкого применения в клиническую практику.

Литература:

1. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феденко В.В. Лапароскопическая хирургия: прошлое и настоящее // Эндоскопическая хирургия. - 1995. - № 1. - С. 16-21.
2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. - Москва: «Гэотар-мед». - 2002. - 440 с.
3. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. - Москва: «ИМА - пресс. - 1996. - 144 С.
4. Шестаков А.Л. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. Автореферат докт. дисс. - Москва. - 1999. - 229 с.
5. Затолокин П.А., Васбейн И.З., Терехов М.О., Гудков Д.В. Первый опыт эндоскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы // Эндоскопическая хирургия. - 2005. - № 1. - С. 55.
6. Козлов С.В., Синько С.П., Карась Р.С. Результаты антирефлюксной операции при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы // Эндоскопическая хирургия. - 2005. - № 1. - С.61.
7. Галимов О.Г., Сендерович Е.И., Гололобов Ю.Н. и др. Лапароскопические операции у больных скользящими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // Эндоскопическая хирургия. - 2004. - № 1. - С. 43-44.

ТҮЙІН

Д.Б. ДЖЕНАЛАЕВ, О.А. МАМЛИН, А.А. ЕРЕКЕШОВ, Б.И. СЕЙДАХМЕТОВ, Ш.А. УМБЕТОВ

БАЛАЛАРДАҒЫ КӨК ЕТ ЖАРЫҒЫН ТОРАКОСКОПИЯЛЫҚ ЖОЛЫМЕН БІРІНШІ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Ана мен бала денсаулығының ұлттық орталығы, Астана қаласы

Балалардағы жалған көк ет жарығын торакоскопия жолымен емдеудегі қол жеткен жетістіктердің мысалдары келтірілген.

SUMMARY

D.B. DZHENALAYEV, O.A. MAMLIN, A.A. YEREKESHOV, B.I. SEIDAKHMETOV, SH.A. UMBETOV

THE FIRST EXPERIENCE OF THORACOSCOPY USE IN TREATMENT OF DIAPHRAGMATIC HERNIA IN CHILDREN

National scientific center of maternity and childhood, Astana city

The case of successful treatment of congenital false diaphragmatic hernia in child with thoracoscopy interventions is presented in the article.

З.С. ХАЙРУЛЛИНА, Ж.Ж. СУИНТАЕВА, Н.А. АЛИМБАЕВА, Р.Ж. ЖУМАНИЯЗ

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОВАНИКА В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Областной аллергологический центр,
Актюбинский филиал, АО «Медицинская служба транспорта» железнодорожной больницы, г. Актобе

Актуальность. Аллергический ринит – это заболевание, характеризующееся Jg E (имуноглобулин Е) – опосредованным воспалением, которое развивается в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку носа и приводит к развитию характерных симптомов: выделения из носа, чихания, зуда в полости носа, заложенности носа [1].

По данным эпидемиологических исследований, частота аллергических заболеваний в последние два десятилетия неуклонно растет и колеблется в пределах 10 - 40 % в разных странах. В Казахстане аллергическими ринитами страдает около 24 % населения [2].

Трудно не согласится с некоторыми высказываниями А.А. Богомольца (1936) и других крупных ученых: «Аллергия это рукотворная болезнь, которая развивается параллельно с ростом цивилизации», «В XXI веке будут побеждены все инфекции и человечество останется один на один только с аллергией» [3].

В настоящее время доказано, что аллергический ринит не является безобидным заболеванием, поскольку он не только сам по себе резко снижает качество жизни больных, но и является предвестником и предрасполагающим фактором развития тяжелых инвалидизирующих заболеваний, таких как бронхиальная астма [4].

Согласно классификации ARIA BO3 (2001) – Allergic Rhinitis and its Jmpact on Asthma различают следующие степени тяжести аллергических ринитов интермитирующего или персистирующего течения: легкая, средней тяжести и тяжелая.