

Тұжырым
СӘТТІ ӨТУ ЖАҒДАЙЫ ҚАРҚЫНДЫ ЕМДЕУ БӨЛІМІНДЕ БЕЙІМДЕЛМЕГЕН
СҮТ ӨНІМДЕРІНЕН БАЛАНЫҢ ТОКСИКАЛЫҚ УЛАНУ ЖАҒДАЙЫ
Д.М. Секербаяев

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің медицина орталығы

Мақалада ерте жастағы баланың бейімделмеген сүт өнімдерінен улану жағдайы айтылған. Ерте жастағы баланың бейімделмеген сүт өнімдерімен тамақтанудан болатын соңғы улану салдарын болдырмау мақсатында, дәл уақытылы біріккен тезарада және белсенді араласу, клиникалық жағдайы келтірілген.

Негізгі сөздер: бейімделмеген сүт өнімдерінен улану, жазанды тамақтану, қарқынды ем шара.

Summary
A CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF TOXIC POISONING CASE CHILD UNADAPTED DAIRY
PRODUCTS IN THE DEPARTMENT INTENSIVE CARE
D.M. Sekerbayev

Medical Center State Medical University of Semey

The article highlights the problem of poisoning unadapted dairy product of the young child. Is a clinical case illustrating primersvoevremennogo prompt and adequate intervention will prevent the extreme impact of the non-adapted dairy foods in the young child.

Keywords: poisoning unadapted dairy product, artificial nutrition, intensive therapy.

УДК 616-053.22-616-073.43

Д.К. Файзуллина

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Аннотация

В статье приведен практический опыт врача-узиста, иллюстрирующего успешный пример клинического наблюдения, лечения, выхаживания недоношенного ребенка 26-недельной беременности весом 990 граммов.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, выхаживание недоношенного ребенка.

Актуальность

Одной из актуальных проблем акушерства и неонатологии является невынашивание беременности и рождение маловесных детей. Преждевременно родившиеся дети составляют от 3% до 16% от всех новорожденных, причем 20% составляют близнецы [1, 2, 3, 4].

Дети, родившиеся недоношенными, имеют высокий уровень развития различных осложнений, нарушающих качество их жизни в неонатальном, постнатальном и старших возрастных периодах. Статистические данные указывают на высокую перинатальную и младенческую смертность среди недоношенных детей, увеличение числа детей страдающих физической, интеллектуальной и эмоциональной неполноценностью, по сравнению с детьми рожденными в срок [5, 6, 7].

Благодаря усовершенствованию и внедрению современных перинатальных технологий во многих передовых странах резко увеличилась выживаемость новорожденных [8].

Цель: иллюстрировать опыт успешного диагностирования, клинического наблюдения и лечения недоношенного ребенка

Материалы и методы

На клиническом примере продемонстрирован опыт успешного диагностирования, интенсивной терапии, лечения, и клинического наблюдения недоношенного ребенка.

Результаты и обсуждение

История выздоровления. Желанный ребенок мужского пола А. от 4-й беременности, вторых преждевременных родов родился через естественные родовые

пути в сроке 26 недель массой 990 граммов, оценка по шкале Апгар на 1 балл. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания, хронической фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода, хориоамнионита. По тяжести состояния ребенок с рождения переведен на аппаратную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), помещен в кювет, начата интенсивная терапия. Сурфактант в роддоме не вводился.

Через трое суток ребенок был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии с диагнозом: Основной: врожденная генерализованная инфекция (пневмония, энтероколит). Фоновый: респираторный дистресс-синдром 1-го типа. Осложнения: пневмоторакс левосторонний. Полиорганная недостаточность (ОДН 3-й степени, парез кишечника, церебральная недостаточность, метаболические нарушения). Сопутствующие заболевания: недоношенность 26 недель. Экстремально низкая масса тела.

Состояние при поступлении в ОРИТН расценено как очень тяжелое за счет полиорганных нарушений. Степень угнетения ЦНС - глубокое оглушение. Диффузная мышечная гипотония, адинамия, безусловные рефлексы орального и спинального автоматизмов угнетены, стволовые рефлексы и реакция на боль сохранены. Температура тела 32,8 °С. Кожный покров бледный с массивными экхимозами, подкожно-жировой слой отсутствует, распространенные периферические отеки (патологическая прибавка 14 процентов). Спонтанное дыхание отсутствует, аппаратное - проводится над всеми полями равномерно, из левой плевральной полости

по дренажу аппарата активной аспирации воздуха - постоянный сброс воздуха. Экскурсия грудной клетки симметричная, снижена на фоне традиционной ИВЛ. Ребенок переведен на высокочастотную ИВЛ. Тоны сердца приглушены, нежный систолический шум, ритм правильный, ЧСС 92 в минуту, АД 57/25 мм рт. ст., среднее АД 38 мм рт. ст., сатурация тканей 99 процентов, симптом бледного пятна - 4 сек. Темп диуреза снижен. Живот симметрично умеренно вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Перистальтика не выслушивается. Энтеральное кормление в роддоме проводилось в режиме трофического питания. Стул переходный зеленый после очистительной клизмы.

Диагноз подтвержден клинико-лабораторными и инструментальными методами обследования. В ОАК - признаки системного воспалительного ответа, по кислотно-основному состоянию крови — декомпенсированный метаболический ацидоз, повышение уровня лактата, то есть достоверные признаки врожденной генерализованной инфекции. В биохимическом анализе крови - метаболические нарушения. На рентгенограмме органов грудной клетки - респираторный дистресс-синдром 1-го типа, пневмония, пневмоторакс слева. По данным нейросонографии (НСГ) - перинатривентрикулярное кровоизлияние 3А степени, УЗИ органов брюшной полости - эхо-признаки пареза кишечника, УЗИ почек - эхо-признаки ишемической нефропатии. По данным ЭКГ - метаболические нарушения в миокарде, по данным эхоКГ - открытый артериальный проток, открытое овальное окно.

На фоне интенсивного лечения по стандартам, принятым в современной неонатологии, состояние ребенка постепенно улучшалось, но снять с ИВЛ не удавалось. В ходе динамического обследования на эхоКГ был выявлен гемодинамически значимый открытый артериальный проток (врожденный порок, который чаще встречается у недоношенных), по данным ультразвукового триплексного ангиосканирования (УЗТС) мозговых сосудов — признаки диастолического обкрадывания в бассейне средне-мозговых артерий.

В возрасте 5 недель ребенок был успешно прооперирован, но дальнейшие попытки перевода на спонтанное дыхание оставались безуспешными в связи с развившейся бронхо-легочной дисплазией тяжелой степени.

В 7-недельном возрасте состояние ребенка остается тяжелым за счет сохраняющейся компенсированной острой дыхательной недостаточности 3-й степени по смешанному типу, ребенок на традиционной ИВЛ. При санации из эндотрахеальной трубки - слизисто-гнойная мокрота в умеренном количестве, кашлевый рефлекс удовлетворительный.

Реакция на осмотр и любые внешние раздражители неадекватная, резко негативная. Позу не удерживает, умеренно выраженная мышечная дистония, рефлекс орального автоматизма снижены, спинального - угнетены. Термостабилен в условиях обогреваемого реанимационного столика. Кожный покров бледно-розовый, чистый. Гемодинамические показатели стабильные, симптом бледного пятна 1 сек., оксигенация тканей удовлетворительная при 40%-м кислороде, темп диуреза адекватный. Масса тела 1350 г, плоская весовая кривая, кормление зондовое адаптированной молочной смесью для недоношенных по 50 мл 6 раз в сутки (ребенок интубирован, сосательный рефлекс сохранен), стул зеленый после очистительной клизмы.

На рентгенограмме и по данным компьютерной томографии органов грудной клетки - бронхолегочная

дисплазия тяжелой степени, пневмония; по данным фибробронхоскопии - серозно-гнойный эндобронхит. По данным нейросонографии, субэпидимная киста справа, вентрикулодилатация как исход кровоизлияния. По данным УЗТС мозговых сосудов, вазоспазм в бассейне передних, средних и задних мозговых артерий (IR 0,84 - 0,94). По УЗИ тимуса, акцидентальная инволюция тимуса.

Через 9 недель в связи с восстановлением адекватного спонтанного дыхания ребенок был экстубирован и еще через 5 дней обходился без дополнительной дотации кислорода. Мальчик стал адекватно реагировать на все манипуляции, сон спокойный, тонус мышц повысился, мышечная дистония менее выражена, стал восстанавливаться сосательный рефлекс. Спонтанное дыхание адекватное, аускультативно - дыхание проводится равномерно, пузрильное, хрипов нет. Оксигенация тканей при самостоятельном дыхании адекватная. Показатели гемодинамики стабильные, темп диуреза адекватный. Энтеральное кормление усваивает в большем объеме, восстановился самостоятельный стул.

По данным лабораторно-инструментальных исследований также отмечалась положительная динамика. В анализах крови не отмечалось признаков воспаления, по нейросонографии - без структурных изменений, по УЗТС мозговых сосудов - снижение выраженности вазоспазма (IR 0,8-0,82), по данным УЗИ тимуса - признаки инволюции к выписке сохраняются, при выписке из стационара на рентгенограмме органов грудной клетки признаков бронхолеточной дисплазии, пневмонии нет.

На момент написания истории болезни мальчику 1 год 9 месяцев. За прошедший период однократно в возрасте 9 месяцев ребенок перенес левостороннюю очаговую пневмонию средней степени тяжести без осложнений. Восстановление объема тимуса наступило к 11-месячному возрасту.

Выводы

Положительный исход случая обусловлен своевременным проведением диагностирования, динамического наблюдения, полного комплекса интенсивной терапии и лечения недоношенного ребенка.

Литература:

1. Баранов А.А. Альбицкий В.Ю. Волгина С.Я. Менделевич В.Д. Недоношенные дети в детстве и отрочестве. М. 2001. – 88 с.
2. Володин Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии. М., ГЭОТ АР-МЕД. - 2004. - 446 с.
3. Bourgarit R. La treatment homeopathique de nouveau-nee et du nourisson. Maloine S.A. editeur, 1987
4. Byrne J. Ellsworth C. Bowering E. Vincer M. Language development in low birth weight infants: the first two years of life. J. Dev. Behav. Pediatr. – 1993, Jun. - №14(3). - P. 208-209
5. Abel M.N. Low birth weight and interactions between traditional risk factors. J. Genet, psychol. - 1997 Dec. - №158 (4). - P.443-456
6. Granboulan V. Danan C. Dassieu G. et all. Psychologic management of extreme prematurity.-Arch. Pediatr. – 1995, May №126 (Pt 2). - P.68-74.
7. Michael Muller and Peter L.M. Jansen The Secretary Function of Liver: new aspects of hepatobiliary transport. Journal Hepatology 1998, Vol. 28, P. 344-354.
8. Saling, E The first 40 years - a subjective review JOURNAL OF PERINATAL MEDICINE, 29(4), 2001, pp. 275-280.

Тұжырым
ШАЛА ТҰҒАҢ НӘРЕСТЕНІ УЛЬТРАЗВУКПЕН ЗЕРТЕУ
Д.К. Файзуллина

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің медицина орталығы

Бұл мақалада узист-дәрігердің 26 апталық салмағы 990 грамм шала туған баланы бағып-қазудағы тәжірибелік тәсілі, клиникалық бақылау, емдеу әдістері мысалдармен дәлелденген.

Негізгі сөздер: *ультразвукпен тексеру, шала туған баланы бағып күту.*

Summary
ULTRASOUND EXAMINATION OF THE PREMATURE BABY
D.K. Faizullina

Medical Center State Medical University of Semey

In article the practical experience of the doctor-uzist illustrating a successful example of clinical observation, treatment, nursing a premature baby 26 weeks' gestation weighing 990 grams.

Keywords: *ultrasound, nursing a premature baby.*

УДК 616.5-002.3-089

Т.Б. Кусаменов

Больница скорой медицинской помощи, г. Семей

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАНАРИЦИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Аннотация

В статье продемонстрированы различные клинические формы, варианты течения и результаты комплексного, оперативного лечения панариция, встречающиеся в повседневной практической деятельности амбулаторной хирургии.

Ключевые слова: *панариций, лечение панариция, амбулаторная хирургия.*

Актуальность. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти является одной из актуальных проблем современной хирургии, привлекающей к себе внимание, как ученых, так и практических врачей своей частотой, длительностью лечения и не всегда благоприятными функциональными исходами. Статистика разных лет показывает, что заметной тенденции к снижению заболеваемости не наблюдается. Так, по данным М. И. Лыткина и И.Д. Косачева [5] панариций поражает ежегодно 0,5-1% населения, а самыми распространенными его видами являются подкожный, подногтевой и костный. В структуре гнойных заболеваний, потребовавших хирургического лечения в поликлинике, панариций составляет до 46% [4].

В настоящее время более 30% больных: с хирургической патологией страдают различными гнойно-воспалительными заболеваниями и осложнениями, а до 70-80% из них госпитализируются по неотложным показаниям [3].

Несмотря на внедрение различных современных методов; диагностики; и лечения, разработку новых антибактериальных и иммунологических препаратов, число гнойно-септических заболеваний не уменьшается, что обосновывает необходимость поиска дополнительного лечебного; воздействия; на гнойно-воспалительный процесс [6].

Анализ неудовлетворительных результатов лечения панариция показывает, что во многих случаях причиной инвалидности больных является не только тяжесть заболевания или позднее их обращение за медицинской помощью, но и часто наблюдающиеся дефекты диагностики и хирургического пособия, являющихся следствием многих нерешенных вопросов гнойной хирургии пальцев кисти [2].

В связи с тем, что 90% всех пациентов начинают и заканчивают лечение на догоспитальном этапе, разработка и внедрение эффективных методик лечения в повседневную деятельность поликлиник и амбулаторий становится приоритетным направлением практического здравоохранения [1, 7].

Цель: поделиться практическим опытом лечения различных форм панариция в условиях амбулаторной хирургии.

Материалы и методы. Проанализированы 352 случая панариция, у больных, поступавших в поликлинику больницы скорой медицинской помощи г. Семей в течение 2-х лет, с 2011 по 2012 гг. На клинических примерах продемонстрирован опыт лечения панариция.

Результаты и обсуждение. Приведены несколько примеров из клинического практического опыта лечения различных форм панариция.

Вот пример комбинированного лечения гранулемы. Сначала производится хирургическое иссечение избытка разросшихся тканей с последующей электрокоагуляцией ее основания до формирования коагуляционного струпа. При сомнении в истинной принадлежности патологической ткани последняя подлежит морфологическому исследованию. Рассмотрим клинический пример подобных осложнений.

Больной О., 40 лет. Лечился по поводу глубокой паронихии указательного пальца правой кисти. Гнойник вскрыт путем отслойки около-ногтевого валика и частичного иссечения основания ногтевой пластинки. Инфицированная поверхность дополнительно выскабливалась острой ложечкой. В области вскрытого гнойного очага за короткое время разрослись темно-красного цвета блестящие, мягкоэластической консистенции грануляции, заметно выступающие над поверхностью ногтевой пластинки. Под проводниковой местной ане