

Ультразвуковое сканирование поджелудочной железы у детей с панкреатитом выявило различные изменения в зависимости от формы болезни. При остром панкреатите железа визуализировалась в 78,88%. При отечной форме выявлено увеличение поджелудочной железы по сравнению с возрастной нормой во всех наблюдениях и снижение эхогенности её паренхимы, у 35,88% пациентов определялась неровность контуров. У детей с панкреонекрозом отмечено увеличение дорсовентрального размера, неоднородность эхоструктуры железы, выпот в сальниковой сумке, нечеткость и неровность контуров железы. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы выявило наличие перитонита, забрюшинного инфильтрата и забрюшинной флегмоны, то есть сонография имеет важное значение в диагностике острого панкреатита, позволяя распознать панкреонекроз, способствуя своевременной диагностике осложнений.

Компьютерная томография, проведенная у 15 больных с панкреонекрозом, выявила во всех наблюдениях увеличение размеров поджелудочной железы, неоднородность структуры паренхимы железы и изменения её сосудистой архитектоники, жидкость в сальниковой сумке; позволила своевременно обнаружить перипанкреатическую инфильтрацию с вовлечением парапанкреатической жировой ткани и образование псевдокисты в поджелудочной железе.

Консервативное лечение заключалось в купировании болевого синдрома и водно-электролитных расстройств, подавлении неукротимой рвоты, уменьшении выраженности кишечного пареза, подавлении активности панкреатической секреции.

Прооперировано 36 больных. Остальные пролечены консервативно. Хирургическая тактика при панкреонекрозе заключалась в срединной лапаротомии, абдоминализации поджелудочной железы со сквозным дренированием сальниковой сумки, дренировании брюшной полости, холецистостомии.

У детей с закрытой травмой живота с внутрибрюшным кровотечением, разрывом селезенки и травмой поджелудочной железы в 3 наблюдениях выполнена спленэктомия, в 6 наблюдениях при повреждении селезенки произведены органосохраняющие операции (ушивание области повреждения с наложением «Тахокомба»).

Все пациенты получали интенсивную терапию с применением тропных к поджелудочной железе антибиотиков (карбапенемы и цефалоспорины III, IV поколения), сандостатина, спазмолитиков, местную гипотермию,

инфузионную терапию с форсированным диурезом).

Среднее пребывание оперированных больных на койке 30-45 дней.

Летальность составила 3,3% (1 пациент). Остальные дети выздоровели. В 2 наблюдениях сформировались посттравматические кисты поджелудочной железы, которые дренированы под контролем УЗИ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ

Гиматдинова Е.В., Хайруллина Р.М.,
Веселов С.Ю.

*Республиканская детская
клиническая больница
Уфа, Башкортостан, Россия*

Сепсис и его диагностика – одна из наиболее серьезных проблем интенсивной терапии. Особую актуальность приобретает диагностика и верификация сепсиса у детей раннего постнатального периода. Это связано, в частности, с возрастными анатомо-физиологическими особенностями организма, которые предрасполагают к нетипичному течению инфекционных заболеваний, что затрудняет постановку диагноза. Одной из новых методик в диагностике сепсиса в настоящее время является определение в крови больных прокальцитонина (ПКТ), концентрация которого значительно повышается при тяжелых бактериальных инфекциях и коррелирует со степенью тяжести течения процесса (Meisner M., 2000; Tsangaris, I et al., 2009). В норме его содержание не превышает 0,1 нг/мл, однако до настоящего времени существуют разногласия относительно критической концентрации прогормона, на которую следует ориентироваться при диагностике септических состояний.

Целью настоящего исследования явилось определение области применения теста на прокальцитонин у больных в различных возрастных категориях при инфекционно-воспалительном процессе, в том числе при бактериальной инфекции в Республиканской детской клинической больнице.

В течение 3-х лет (2006-2009г.) было проведено 768 анализов, обследовано свыше 400 детей с различными нозологическими формами.

Анализ уровня прокальцитонина в плазме больных проводили иммунохемилюминесцентным методом на аппарате Ciba-Corning MagicR Lite II, Bayer с использованием диагностического набора "Прокальцитонин-

ЛюмиТест®" производства компании "БРАМС АГ", Германия.

В большинстве случаев пробы крови на ПКТ брали до начала антибактериальной терапии, либо в день смены антибиотика.

В отделении патологии новорожденных нами было обследовано 46 детей в возрасте с 3 по 28 дней жизни с тяжелой постнатальной бактериальной инфекцией. Уровень ПКТ у них был существенно повышен и определялся в пределах от 6,57 до 120,32 нг/мл. В 88% случаев у детей такого же возраста без клинических признаков инфекции уровень ПКТ не превышал 0,52 нг/мл.

Кроме того, было обследовано 144 ребенка от одного месяца до 12 лет. При инфекционно-воспалительном процессе бактериального генеза с наличием локального воспаления (энтероколит, пневмония, омфалит, конъюнктивит) уровень ПКТ был в пределах 0,59-2,35 нг/мл. При тяжелой бактериальной инфекции с септическими проявлениями концентрация ПКТ составила от 3,65 до 15,93 нг/мл. Развитие бактериально-токсического шока сопровождалось повышением уровня ПКТ до 131,01 нг/мл. Наряду с клиническими исследованиями бактериального процесса были обследованы пациенты с вирус-

ными и грибковыми инфекциями. Во всех случаях уровень прокальцитонина не превышал 0,42 нг/мл.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать предварительное заключение о том, что у детей при тяжелых бактериальных инфекциях в большинстве случаев наблюдаются высокие значения ПКТ. В возрасте старше одного месяца у пациентов без клинических признаков инфекции, заболеваниях вирусной и грибковой этиологии уровень прогормона остается в пределах нормальных величин (меньше 0,5 нг.мл). Изменение концентрации ПКТ в динамике при проведении антибактериальной терапии может служить критерием эффективности применения антибиотика, что совпадает с данными литературы.

Перспективным направлением наших исследований является расширение диапазона использования теста на прокальцитонин и изучение взаимосвязей между уровнем прокальцитонина и другими маркерами инфекционно-воспалительного процесса, а также клеточными и гуморальными факторами системы иммунитета.

Современные наукоемкие технологии

Медицинские науки

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОПУНКТУРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Олейников А.А., Ремнев А.Г.
*Санаторий «Барнаулский»
Барнаул, Россия*

Цель исследования состояла в применении эффективного способа консервативного лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. В вертеброневрологическом центре санатория было проведено динамическое наблюдение 327 больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. С целью устранения мышечного спазма и улучшения периферической гемодинамики использовали метод электропунктуры. Для контроля результатов лечения применяли трансабдоминальное ультразвуковое исследование поясничного отдела позвоночника. При этом определяли несколько показателей: структуру межпозвоночных дисков (МПД), наличие протрузий МПД, особенности кровотока на уровне внутреннего вертебрального венозного сплетения поясничного отдела. Пациенты были исследованы 3 раза. Первое ис-

следование при обращении, перед началом лечения, второе исследование по окончании сеансов электропунктуры – через 10-14 дней, третье исследование – через 9-11 месяцев после проведения электропунктуры. В качестве субъективного контроля процесса проводимого лечения применяли тесты определения показателей явлений дискомфорта (ПЯД), при этом учитывалась ситуация, при которой возникали боли, а также степень их выраженности. В результате проведенного лечения у 291 (89%) больных улучшилось субъективное и объективное состояние, регистрируемое во время проведения второго исследования. Полученный положительный терапевтический эффект сохранился у 234 (88,4%) больных при проведении третьего исследования.

Динамика экстравертебрального синдрома оценивается по изменениям ПЯД на болевой синдром. До лечения у больных обеих групп ПЯД соответствовала средней степени выраженности. После лечения у больных первой группы он снижался до 1,1 балла (легкая степень). У пациентов второй группы этот показатель составлял 0,2 балла, что свидетельствовало об исчезновении явлений дискомфорта