рые характеризуют относительную недостаточность или избыточность энергетической и функциональной составляющей меридиана В дальнейшем при проведении этим больным традиционного медикаментозного курса, а также физиотерапии на круговой рофограмме происходило выравнивание до нормы энергетической и функциональной составляющей меридианов GI-E. Одновременно происходило улучшение как клинической картины (боль, диспепсические проявления и др.), так и результатов лабораторно-инструментального обследования, а именно: фиброгастроскопии, дуоденального и панкреатического зондирования.

При очередном диспансерном приеме, кроме осмотра и лабораторно-инструментального обследования, проводился «РОФЭС» контроль. Больные на рофограмме которых отмечались характерные изменения меридианов GI-E, свидетельствующие об обострении, подлежали углубленному обследованию и лечению.

Выводы

«РОФЭС»-диагностика по сравнению с используемой диагностической аппаратурой имеет ряд преимуществ: методика не инвазивна, нет опасности инфицирования во время процедуры, позволяет выявить очаговую патологию и самое главное – диагностика обострений возможна задолго до первых клинических проявлений.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Вутирас Я.Я., Огурцова О.Г.

С 1995 года в отделении лучевой диагностики ОДКБ№1 внедрена, усовершенствована и продолжает изучаться методика ультразвукового исследования вилочковой железы у детей раннего возраста.

Методика не имеет противопоказаний, позволяет оценить положение, эластичность, форму, массу (размеры), структуру железы и сосуды средостения.

Исследования выполняются стационарно и в палатах отделений реанимации и патологии новорожденных. Применяются ультразвуковые сканеры типа: Sanolaine, Acuson, Sum 5000 plus. Специальной подготовки пациента и анестезиологического пособия не требуется.

Для получения многоплоскостного изображения используются надгрудный, межреберный и трансгрудный доступы. Наиболее объективную информацию обеспечивает секторный датчик 5 МГц.

За период 1995 - 2000 г.г. выполнено 2490 исследований детям в возрасте с первых часов жизни до 3,5 лет.

Показаниями к исследованию вилочковой железы являются.

1. Клинико-лабораторный симптомо-комплекс иммунопатологических состояний.
2. Предполагаемые по рентгенограммам грудной клетки, тимомегалии
3. Необходимость дифференциальной диагностики между тимомегалиями и объемными образованиями переднего средостения.

В настоящее время выше указанные показания считаем необходимым дополнить выполнением ультразвукового сканирования вилочковой железы всем детям до года, поступающим в стационар.

При ультразвуковом исследовании у всех пациентов вилочковая железа располагалась обычно, была 2-х долевой, асимметричной.

Патологические изменения вилочковой железы выявлены у 60% обследованных детей, а в группе новорожденных с признаками физической незрелости - у 81%.

Гиперплазия вилочковой железы выявлена у 53% больных. При этом гиперплазия I степени - в 31% случаев (критерием оценки считали увеличение массы органа на 15-30% от должноствующей). По нашему мнению, гиперплазия I степени является пограничным состоянием, отражающим индивидуальные особенности проявления реакции организма на инфекционный процесс.

Гиперплазия II степени наблюдалась в 14% случаев (критерием оценки считали увеличение массы органа на 30-70%).

Гиперплазия III степени выявлена в 8% случаев (критерий оценки - увеличение массы более 70%).

Гиперплазия II-III степени наблюдались у детей со следующими клиническими состояниями: очагами хронической инфекции, при длительно протекающих воспалительных процессах различной этиологии, при наследственных и врожденных заболеваниях.

Отмечено, что гиперплазия II-III степени, как правило, сочеталась с увеличением селезенки и лимфатических узлов брюшной полости и средостения.

При гиперплазии III степени в 12 случаях возникли затруднения дифференциальной диагностики тимомегалии и тимом. Были применены пробы с преднизолоном и изучение состояния вилочковой железы в динамике - это позволило исключить опухолевый процесс.

Наибольший размер вилочковой железы наблюдался нами у ребенка от ВИЧ-инфицированных родителей (масса органа была в 3,5 раза больше нормы и составила 90 г).

Гипоплазия вилочковой железы была обнаружена у 2,5% детей (критерием оценки служило уменьшение массы органа на 10% и более, от должноствующей; оценивалась с обязательным учетом массы тела при рождении и на момент исследования). Указанное состояние, как правило, сочеталось с диффузными изменениями структуры органа.

Врожденные кисты вилочковой железы наблюдалось у 2 пациентов опухолевые процессы (тимомы) - у 3. Все объемные процессы подтверждены при магнитно-ядерной томографии, 2 тимомы во время оперативного вмешательства, одна - под контролем ультразвукового исследования.

Заключение.

1. Метод ультразвукового сканирования вилочковой железы позволяет получить объективную информацию об анатомо-морфологическом состоянии тимуса и существенно дополняет клинико-лабораторную диагностику иммуно-патологических состояний у детей, даст возможность контролировать процесс иммуно-реабилитации.

2. Целесообразно проводить исследования вилочковой железы всем детям с выше указанными показаниями, а также детям до 1 года, поступившим в стационар; обязательно обследование в динамике: до начала, во время лечения и перед выпиской.

3. Необходимо сочетать исследования вилочковой железы с исследованием селезенки, лимфоузлов брюшной полости и средостения.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

ВАРИАНТЫ КОРРЕКЦИИ ГИПОВОЛЕМИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ

**Насонова Н.П., Пономарев Е.И., Цап Н.А., Чукресва М.А.,
Солодовник Д.В., Зырянов П.О.**

Ожоговый шок - одна из разновидностей гиповолемического. Объем теряемой при термической травме плазмы очень велик. В среднем около 8 литров обожженные теряют через ожоговую поверхность, и не меньшее количество тканевой жидкости может быть секвестрировано в интестинальном пространстве. В связи с этим следствием плазмпотери является не только гемоконцентрация, но и уменьшение ОЦК, острая сосудистая недостаточность, циркуляторная гипоксия жизненно важных органов с критическим нарушением их специфических функций.

Адекватная коррекция ожоговой гиповолемии лежит в основе профилактики полиорганной дисфункции. Основными задачами заместительной терапии при ожоговой болезни являются восполнение ОЦК, восстановление микроциркуляции и возобновление перфузии жизненно-важных органов и поддержание на адекватном уровне почечного кровотока и диуреза. С заместительной целью у больных с термической травмой разрабатывались различные варианты регидратации, нередко противоречащие один другому.