

4. В возрастной группе 7-8 лет пик заболеваемости приходится на весенний период с преобладанием ротавирусного ГЭ (в категории ОИГЭ установленной этиологии). В данной группе в летнее время вирусная и бактериальная этиология ГЭ встречаются с одинаковой частотой;

5. Возрастает удельный вес вирусных и микст-инфекций;

6. Прослеживается тенденция к изменению общепринятой сезонности ОКИ, т.е. летне-осенней для бактериальных и зимне-весенней для вирусных, на круглогодичную, с преобладанием вирусных гастроэнтеритов.

7. У 60% госпитализированных вне зависимости от сезона года и возраста не удается установить этиологию ОИГЭ, что является поводом для улучшения методов диагностики в условиях инфекционного стационара.

Литература:

1. Казанцев А.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П. Казанцев и соавт. / СПб.: Медицина – 2013 – С. 348

2. Коллегия Управления и Центра рассмотрела вопрос о проблемах профилактики острых кишечных инфекций и гепатита А в Свердловской области/ Электронный ресурс: http://www.66.rospotrebnadzor.ru/bytag2/-/asset_publisher/01Cv/content/ (Дата доступа: 13.03.2016)

3. Лукьянова А.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика вирусных диарей у детей / А.М. Лукьянова, М.К. Бехтерева, Н.Н. Птичникова / Журнал «Инфектологии» т. 6 №1 / СПб – 2014 – С.60-66

4. Эволюция эпидемического процесса острых кишечных инфекций и пути оптимизации эпидемиологического надзора/Электронный ресурс: <http://medical-diss.com/medicina/evolyutsiya-epidemicheskogo-protssessa-ostryh-kishechnyh-infektsiy-i-puti-optimizatsii-epidemiologicheskogo-nadzora/> (Дата доступа: 13.03.2016)

5. Юшук Н.Д. Лекции по инфекционным болезням / Н.Д. Юшук, Ю.Я. Венгеров // 3-е изд, перераб. И доп. / М.: ОАО «издательство «Медицина» – 2007 – С. 1032

УДК:617.51:616.831]-001-003.215-053.2-07(470.53-25)

Т.В. Малышева, Г.В. Лундина, М.Н. Репецкая
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДУРАЛЬНОЙ И
СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМ ПРИ ОТКРЫТОЙ И ЗАКРЫТОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней лечебного факультета
Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.
Вагнера
Пермь, Российская Федерация

T.V. Malysheva, G.V. Lundina, M.N. Repetskaya

COMPARATIVE CHARACTERISTICS AND EPIDURAL SUBDURAL HEMATOMA DURING OPENING AND CLOSING OF CRANIO CEREBRAL TRAUMA OF CHILDREN

Department of children's diseases medical faculty
Perm State Medical University called ac. E.A. Wagner
Perm, Russian Federation

Контактный E-mail: tan.931@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены результаты статистической обработки 50 историй болезней детей с переломами свода и основания черепа (в возрасте от 0 до 2-х лет) на базе нейрохирургического, реанимационного и неврологического отделений ГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Перми.

Annotation. The article describes the results of the statistical treatment of 50 case histories of children with fractures of the roof and base of the skull (aged 0 to 2 years) on the basis of neurosurgery, intensive care and neurological departments GBUZ «City Clinical Hospital №1» of the city of Perm.

Ключевые слова: Травма, гематома, эпидуральная, субдуральная, дети.

Keywords: Injury, hematoma, epidural, subdural, children.

Черепно-мозговая травма является ведущей проблемой детской травматологии. По данным ВОЗ, частота ЧМТ имеет тенденцию к увеличению на 2% в год, составляет 25–30% в структуре современного травматизма. Распространенность повреждений головы в возрасте от 0 до 4 лет составляет 150:100000 [1]. Особое медицинское и социальное значение ЧМТ у детей определяется также и другими показателями:

а) высокой общей летальностью (от 9 до 38%), которая составляет 70% среди причин смерти от механических травм;

б) значительным риском резидуальных изменений — у 60—90% детей в отдаленном периоде формируются различные по тяжести остаточные явления;

в) высокой инвалидизацией — после тяжелой ЧМТ от 20 до 50% детей становятся инвалидами.

Цель исследования – сравнение клинических особенностей и исходов травматических эпи- и субдуральных гематом (ЭГ и СГ) у детей.

Материалы и методы исследования

Выполнен анализ 50 историй болезни пациентов с ЭГ и СГ при закрытой и открытой черепно-мозговой травме (ЗЧМТ и ОЧМТ) ГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Перми. Сравнительный анализ частот признака выполнен при помощи программы Statistica 8.0 с использованием критерия χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение

Причиной СГ в 85,5 % случаев была ЗЧМТ, ЭГ в 65,7 % случаев наблюдались при ОЧМТ. Большинство пострадавших составили дети в

возрасте от 3 до 9 месяцев (76,7% - СГ, 59% - ЭГ, $p=0,685$). В структуре механических повреждений головы основное значение принадлежит бытовой травме (60—96%), на транспортную приходится лишь 4—27%. СГ были получены при падении с высоты (65,9%), при ударе (25,9%), в результате дорожно-транспортного происшествия (5,2%). В 3% обстоятельства получения травмы остались неизвестными.

ЭГ были получены в результате удара травмирующего агента небольшой площади (39,8%), при ударе головой о неподвижный предмет (25%). Чаще всего (21,5%) местом приложения травмирующего предмета были височная и нижнетеменная поверхности головы.

Младенцы чаще всего падают с кровати, оставленные без присмотра, реже они падают с рук родственников. В моей работе я часто встречалась со случаями травмы головы у детей в результате насилия над ними (2%). Общие неблагоприятные социальные условия, дополнительные проблемы, которые приносит ребенок в семью, незащищенность перед окружающими делают его объектом гнева родителей, членов семьи, а иногда и посторонних людей.

Общепризнанно, что у детей, по сравнению со взрослыми, существуют дополнительные сложности в оценке степени тяжести травмы головы только на основании клинических проявлений [2]. Причем, чем младше ребенок, тем обычно больше трудностей в диагностике. Т.е. для детей характерно «атипичное» (вернее, типично педиатрическое) течение внутричерепных повреждений [3]. Это может проявляться, с одной стороны, длительным бессимптомным течением опасных для жизни ребенка повреждений, а с другой — бурными клиническими проявлениями даже при минимальной травме мозга. Такое своеобразие течения травмы головы у детей объясняется возрастными анатомо-физиологическими особенностями. Даже очень большие по объему патологические объекты могут не проявляться очаговыми и общемозговыми симптомами в связи с малой дифференцированностью и полипотенциальностью коры, а также относительно широкими церебральными субарахноидальными пространствами и возможностью увеличения объема черепа. Длительная клиническая компенсация, особенно при травматических объемных процессах, нередко сменяется быстрым нарастанием неврологических расстройств вследствие отека мозга и его дислокации [4]. Этому способствует высокая гидрофильность ткани мозга детей. Незавершенная миелинизация мозга и особенности регуляции сосудистого тонуса могут приводить к диффузным вегетативным реакциям, судорожным припадкам, а также переходящей гиперемии мозга. Не меньшее значение в своеобразии клиники имеют гибкость костей черепа и их подвижность в области швов.

В медицинской литературе часто можно встретить данные о том, что наибольшее количество механических травм черепа у детей приходится на апрель—май, июнь—июль и декабрь [5], но в нашей работе мы определили, что

сезонность не влияла на частоту субдуральных гематом ($\chi^2=26,11$; $p=0,111$) и эпидуральных гематом ($\chi^2=18,25$; $p=0,322$).

Субдуральные гематомы чаще всего локализовались в теменно-височной (26,9%) и лобно-теменно-височной (25,8%) областях, никогда - в затылочной области. Эпидуральные гематомы чаще располагались в гомовисочной области (29,5%) с распространением в теменном (12,5%), теменно-затылочном (28,1%) и лобном (9,5%) направлениях.

Субдуральные гематомы чаще (59,5%), чем эпидуральные гематомы (32,5%) приводили к дислокационному синдрому ($\chi^2=10,99$; $p=0,009$). Пневмонии развились у 25,1% пострадавших с субдуральными гематомами и 28,9% - с эпидуральными гематомами, без достоверных различий по частоте. При СГ 48,2% пациентам проводилась одно- или двусторонняя трепанация черепа, при ЭГ трепанация черепа проведена 55,5% пациентам, всегда односторонняя, в остальных случаях была проведена трепанация.

Выводы:

1. Субдуральные гематомы являются наиболее частой причиной компрессии мозга и самой частой клинической формой травматического сдавления мозга, приводящее к дислокационному синдрому.

2. У пострадавших, которым оказывалась специализированная медицинская помощь, факт опасности для жизни сдавления головного мозга устанавливался по наличию клинико-инструментальных критериев. При этом летальный исход наступал от рецидивов субдуральных гематом или других осложнений черепно-мозговой травмы (пневмонии, внутричерепной гипертензии, дистресс-синдрома и др.).

3. Причиной эпидуральных гематом чаще всего является разрыв ветвей средней оболочечной артерии, при этом большая часть эпидуральных гематом располагается в височной области.

4. В значительном проценте случаев эпидуральные гематомы возникают вследствие ударов сравнительно небольшой силы.

5. При проникающей черепно-мозговой травме источниками субдуральных гематом всегда являются кости черепа в области его переломов и поврежденные краями перелома сосуды дуральной оболочки.

6. Дополнительными источниками кровотечения в субдуральное пространство могут также быть церебральные сосуды или сосуды поверхности головного мозга в зонах ушиба головного мозга или поврежденные краями перелома.

7. При непроникающей черепно-мозговой травме образование субдуральных гематом в основном происходит в результате разрывов субдуральных отрезков поверхностных вен мозжечка, а также вследствие разрыва пиальных и корковых сосудов в очагах ушиба головного мозга.

Литература:

1. Дралюк М.Г. Черепно-мозговая травма. Учебное пособие / М.Г. Дралюк, Н.С. Дралюк, Н.В.Исаева / Ростов-на-дону: Феникс – 2006 – С. 192

2. Коновалова А.Н. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том 1 / А.Н.Коновалова, Л.Б. Лихтерман, А.А.Потапов / М.: Антидор – 1998
3. Кондаков Е.Н. Черепно-мозговая травма: Руководство для врачей неспециализированных стационаров / Е.Н.Кондаков, В.В.Кривецкий / М.: Медицина – 2002
4. Латышева В.Я. Черепно-мозговая травма: классификация, клиническая картина, диагностика и лечение. Учеб.пособие / В.Я. Латышева, М.В. Олизарович, В.Л. Сачковский / Минск: Вышэйшая школа – 2005
5. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма. Краткая Медицинская Энциклопедия / Л.Б.Лихтерман, А.А.Потапов / М.: Изд-во Советская Энциклопедия – 1995

УДК 616.151.5

В.Э. Мамчуева, Ю.А. Трунова, Н.Н. Кузнецов
СЛУЧАЙ ТРОМБОЗА СИСТЕМНО-ЛЕГОЧНОГО АНАСТОМОЗА У
РЕБЕНКА С ОПЕРИРОВАННЫМ СЛОЖНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП
Уральский Государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

V.E. Mamchueva, Y.A. Trunova, N.N. Kuznetsov
A CLINICAL CASE OF THROMBOSIS OF THE SYSTEMIC-PULMONARY
ANASTOMOSIS IN A CHILD WITH OPERATED COMPLEX
CONGENITAL HEART DISEASE

Department of outpatient pediatrics and pediatric postgraduate training
UralStateMedicalUniversity
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: valentinkamam@gmail.com

Аннотация. Приведен клинический пример развития тромбоза подключично-легочного анастомоза у ребенка с оперированным сложным пороком сердца. Мониторинг системы гемостаза, выявление полиморфизма генов, ответственных за тромбофилию позволили определить степень риска тромбообразования, скорректировать дезагрегантную и назначить антикоагулянтную терапию.

Annotation. Clinical examples of thrombosis subclavian-pulmonary anastomosis in a child with the operated complex heart defect. Monitoring of the hemostatic system, the definition of polymorphism of genes responsible for