

а также для её притоков: Большой и Малый Зеленчук, Уруп, Лаба и правобережье р. Белой. Преобладание максимумов весеннего половодья характерно и для всех равнинных рек степной зоны. Реки бассейна Азовского моря принадлежат к типу рек с весенним половодьем и паводками в теплое время года, где объем стока за половодье составляет основную часть годового стока. В пределах Азово-Кубанской равнины средний модуль максимального стока – 5-10 л/с·км², по мере увеличения высоты местности в высоких горах Северо-Западного Кавказа достигает 400 л/с·км² и более. В зависимости от различных климатических факторов стока, изменяются и средние сроки прохождения пиков половодья. На степных – это февраль – март, а на реках высокогорья со значительной долей в формировании стока ледников и высокогорных снегов – в период наиболее интенсивности их таяния в июле – августе. Исследованы связи модулей максимального стока талых вод со средней высотой речных бассейнов левых притоков и водосборов горной территории бассейна р. Кубани. Получены четкие зависимости, отражающие различие природных условий, которые

могут быть использованы при разработке альтернативного варианта оценки максимального стока по неизученным рекам, кроме самых малых (с площадью водосбора менее 200–300 км²) в пределах высот более 500 м. Главными природными факторами формирования стока горных рек Северо-Западного Кавказа, в том числе и максимального стока талых вод, являются вертикальная поясность климата, а также его изменение с запада на восток, по мере удаления от акватории Черного и Азовского морей, что позволяет устанавливать локальные зависимости модулей максимального стока рек от средней высоты их бассейнов и использовать их для оценки этого стока по неизученным рекам. В качестве альтернативной методики расчетов максимального стока может быть использована и его связь с годовым, но при обязательном учете второго фактора – показателя естественной зарегулированности стока, зависящего прежде всего от величины водосборной площади. Выработка оптимальных альтернативных подходов к оценке максимального стока талых вод возможна на основе полного учета природных условий его формирования.

Медицинские науки

КОКЦИГОДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ЕЁ ЛЕЧЕНИЕ

Гарбуз И.Ф.

*Приднестровский государственный
университета им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: travorto.tir@mail.ru*

Кокцигодией называют боль в копчике – это довольно редкий и не совсем изученный болевой синдром, который проявляется постоянной болью в самой нижней части позвоночника. Боль обычно четко локализована и усиливается в положении сидя или при нагрузке на нижний отдел позвоночника. Этот синдром гораздо чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Как правило, причиной являются травма.

Кокцигодения у детей встречается не редко, но в виду специфики патологией, её локализации и клинических проявлений занимаются врачи разных специальностей из которых нейрохирурги, травматологи-ортопеды, невропатологи, хирурги, проктологи и другие.

Скромное знание специалистами данной патологии очевидно связано с её пограничным характером, со спецификой и ролью болевого синдрома в области копчика.

Целью настоящего исследования является определения основных клинических и рентгенологических признаков кокцигодения у детей и обоснование эффективности хирургического лечения.

Материалы и методы. С 2005 года под нашим наблюдением находились 42 детей с кли-

нической картиной кокцигодения – застарелого повреждения копчиковой кости в возрасте от 8 до 17 лет. Мальчиков было 7, девочек 35.

При поступлении в хирургическое отделение у всех больных определялись ноющие, постоянные боли в области копчика. При клиническом осмотре копчиковая зона без патологических изменений у всех больных. При пальпации этой зоны имелись боли у 27 больных, при сидении на твердой поверхности с боли были у 24 больного, боли при акте дефекации у 19 больных, при ректальном исследовании определялось порочное положение копчиковой кости и боли у всех 42 больных. Рентгенологически определялось порочное положение копчиковой кости у 42 больных.

В анамнезе у всех больных травма – падение на ягодицы. Из всех 42 больных после получения травмы сразу обратились к врачу только 30, из которых получали лечение в домашних условиях 21 детей. Лечение заключалось в обезболивании и постельный режим.

После установления диагноза кокцигодения, до поступления в хирургическое отделение всем детям проводилось в течении двух недель консервативное лечение из которого: электрофорез с лидокаином на область копчика; парафино-озокеритовые аппликации; фонофорез с гидрокортизоном; ортопедический режим.

Эффект от лечения кратковременный и родители с детьми обращались снова к торавматологу-ортопеду.

В условиях хирургического отделения после обследования все 42 детей с диагнозом кокцигодения были оперированы.

Оперативное вмешательство проводилось под общим обезболиванием, больной в положении на боку с согнутыми в тазобедренных суставах обеих бедер, что улучшает рельефную анатомию крестцово-копчиковой области. После обработки операционного поля в проекции копчиковой кости продольно проводился разрез кожи и подкожной клетчатки длиной до 7 см (в зависимости от возраста и физического развития ребенка). Послойно обнажали копчиковую кость и в зоне повреждения острым путем рассекали и ретроградно последнюю удаляли. Послеоперационная рана обильно промывалась 3% раствором перекиси водорода, и после осушивания последнюю послойно ушивали. После обработки послеоперационной раны ставилась асептическая повязка.

В ближайшем послеоперационном периоде холод на рану.

Из всех больных болевой синдром исчез на второй день после оперативного вмешательства у 30, выписаны на амбулаторное лечение все дети без болевого синдрома.

При оперативном вмешательстве выявлено, что у всех больных женского пола имелись выраженные рубцовые перерождения в зоне перелома копчиковой кости, у мальчиков изменения умеренные.

Гистологически – рубцово измененные ткани в зоне повреждения копчиковой кости.

У всех больных леченых хирургическим способом кокцигодении имелось стойкое излечение – болевой синдром и жалоб на боли в области копчика больные не предъявляли.

Отдаленные результаты прослежены на глубину 5 лет, рецидива болевого синдрома не наблюдали.

Обсуждение результатов. Кокцигодения является следствием травматического разрушения копчиковой кость с последующим не сращением перелома а бурным развитием рубцовый ткани с вовлечением в процесс чувствительных нервных окончаний с клиникой постоянных болей в области копчика.

Диагностика проста – постоянная мучительная боль в области копчиковой кости. В анамнезе у всех больных травма копчиковой зоны, которой в остром периоде не придается должного значения. Рентгенологически – порочное положение копчиковой кости.

Выводы

1. Кокцигодения сложная патология с порочным характером, что обязывает знать о ней нейрохирургу, травматологу-ортопеду, невропатологу, хирургу и другим специалистам.

2. Диагностика – болевой синдрома в области копчиковой кости и травма в анамнезе.

3. Рентгенологически у всех больных имеются признаки порочного положения копчиковой кости.

4. Лечение кокцигодении оперативное – удаление копчиковой кости.

5. Оперативное лечение технически не сложное и эффект положителен во всех случаях

6. Осложнений при хирургическом лечении больных с диагнозом застарелое повреждение копчиковой кости не наблюдали.

ПЕРСПЕКТИВЫ ВУЗОВСКОЙ НАУКИ В ОБЛАСТИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАТОЛОГИИ С ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Кожевников В.А.

*ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России,
Алтайский край Первомайский район
пос. Солнечный, e-mail: garant.kajf@mail.ru*

Высшее учебное заведение отличается от среднего тем, что оно занимается научными исследованиями в области медицины, и особенно она значима на стыке наук, где рождаются открытия.

Наука – это прогресс, это двигатель цивилизации. Особенно она прослеживается в настоящее время в Космонавтике. Человек является творцом науки, но что бы им стать, нужно родиться, желательнее здоровым ребенком, получить среднее образование, затем приобрести высшее по специальности. Речь будет идти о «молодой вузовской науке» детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии с интенсивной терапией АГМУ. Автор этой статьи с хирургическим стажем 48 лет, педагогическим 45, бывший кружковец закончивший целевую аспирантуру в 1970 г. по детской хирургии в клинике Академика Ю.Ф. Исакова (2-й МОЛГМИ им. Им. Н.И. Пирогова). По жизни участвовал в организации, становлении 2-х кафедр – детской хирургии и кафедры онкологии в АГМУ.

На становление кафедры дается до 10–15 лет, сюда включается организация учебного процесса на клинической базе, которая насчитывала бы до 150–200 коек, поликлиника с лабораторно-диагностическими возможностями. В клинике предусматривается создание монотематических учебных комнат для преподавателей и лекционный зал.

В предмет детской хирургии входят следующие дисциплины:

1. Неонатальная хирургия.
 2. Неотложная гнойная хирургия.
 3. Торакальная хирургия.
 4. Кардиохирургия.
 5. Детская онкология.
 6. Детская урология с андрологией.
 7. Детская ортопедия травматология.
 8. Детская анестезиология с реаниматологией.
- Важно вопрос подготовки кадров, высшей квалификации?

Он возможен через научные исследования в клинике с защитой кандидатских и докторских диссертаций с утверждением их в ВАКе.