

ким образом, удается максимально неинвазивно иссечь язву и усилить запирающую функцию пилорического жома, в рамках профилактики развития рефлюкс гастрита после селективной проксимальной ваготомии и снижение уровня кислотности желудочного сока, как устранение основного фактора развития язвенной болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По описанной методике был прооперирован 21 пациент возрастной группы от 28 до 65 лет, с длительностью заболевания от 5 до 30 лет; 75 % составили мужчины. В нашей клинике активно используются с диагностической целью эндоскопическая и трансабдоминальная ультрасонография, так как результаты исследований дают отчетливое представление о функциональной активности желудка, привратника и ДПК, характере нарушений эвакуации желудочного содержимого, выраженности ДГР в реальном масштабе времени, а так же в ходе проводимого обследования можно визуализировать пилорический жом и оценить степень его функциональной состоятельности.

В предоперационном периоде регистрировали в исследуемой группе ДГР 2 степени у 73 % и 3 степень у 27 % пациентов. В послеоперационном периоде с течением времени картина имела явную положительную динамику, причем более заметна она была в первые 6 месяцев, когда наблюдалось заметное снижение процента ДГР 2 и 3 степени, в последующем периоде кардинальных изменений не происходило. Кроме общепринятых ультразвуковых параметров оценки моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса, проводится дифференциальная диагностика нарушений антродуоденальной координации по методике, разработанной в клинике. Через 5 лет после операции средний показатель базальной кислотопродукции у оперированных больных составил $2,2 \pm 0,17$ ммоль/час. Продукция соляной кислоты при стимулировании гистамином была в среднем $3,7 \pm 0,91$ ммоль/ч. В более поздние сроки происходило незначительное увеличение содержания свободной соляной кислоты в желудочном соке в пределах, исключающих возникновение рецидива язвы.

ВЫВОДЫ

Результаты, полученные в ходе проведения всего комплекса послеоперационного обследования, не имели принципиальных отличий от уже представленных. Новый способ дуоденопластики зарекомендовал себя как надежный и физиологичный метод лечения пациентов с язвенным поражением передней стенки ЛДПК когда в рубцовое поле вовлекается пилорический жом с развитием его несостоятельности при отсутствии признаков пилоростеноза. Считаем, что данный метод обеспечивает достаточную радикальность лечения язвенной болезни и ее осложнений с сохранением привратникового механизма и дуоденального пассажа.

Л.П. Милюкова, Н.В. Умань, Г.С. Юрков

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК

ГУЗ Иваново-Матреннская детская городская клиническая больница (Иркутск)

Считается общепринятым положение о том, что при перекруте придатков матки острая ишемия органов в ближайшие 10 часов приводит к диффузному кровоизлиянию и некрозу тканей. С целью предупреждения таких осложнений, как перитонит или тромбоэмболия сосудов, выполняется оперативное вмешательство с целью удаления перекрученного образования. Между тем, имеются отдельные сообщения о возможности расправления ущемленного органа и сохранении его как анатомической структурной единицы.

Обследовано 50 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с перекрутом придатков матки, находившихся на лечении в отделении экстренной и плановой хирургии ИМДГКБ в 1995–2005 гг. В наблюдаемой группе были 25 девочек до 12 лет и 25 девушек пубертатного возраста.

Изучены анамнез, клиническая картина, данные ультрасонографических исследований органов малого таза, протоколы оперативных вмешательств, видеоматериалы лапароскопических исследований.

Все дети поступили в клинику с подозрением на острый аппендицит, у 15 не исключалась возможность перекрута придатков матки. У 16 общее состояние соответствовало I тяжелому, сопровождалось выраженной тошнотой, многократной рвотой, резкими болями внизу живота. Остальные чувствовали себя удовлетворительно, указывали на боли в животе при смене положения, симптомы тошноты и рвоты, которые в течение 2–3 часов закончились самопроизвольно, пришлось на начало заболевания. У всех девочек зарегистрирована субфебрильная температура, умеренный лейкоцитоз крови без сдвига формулы. Пальпация живота вызывала резкое беспокойство у детей с тяжелым со-

стоянием, умеренные болевые ощущения при пальпации живота наблюдались у больных с удовлетворительным самочувствием. На резкую боль в области малого таза указывали все больные при ректальном исследовании.

Проведенное УЗИ позволило установить следующие эхографические признаки перекрута: увеличение размеров перекрученного органа, изменение его структуры и наличие свободной жидкости в полости малого таза или боковых каналах брюшной полости. Так, нарушение кровообращения в яичнике вследствие торсии характеризуется появлением рисунка по типу «набухших ячеек». Изолированный перекрут маточной трубы может визуализироваться как кистозное образование с толстыми стенками. Присутствие объемных образований различного происхождения в яичнике, широкой связке матки или маточной трубе являются доказательством осложнения.

На основании операционных и лапароскопических наблюдений выявлено, что факторами, провоцирующими перекрут, являются длинный связочный аппарат, когда яичник и маточная труба могут при определенных обстоятельствах, например, физических упражнениях, совершить поворот. Также перекрут провоцирует несоответствие объема и веса анатомического образования в силу наличия кистозных или опухолевых процессов в нем, когда связочный аппарат придатков матки не в силах обеспечить должную фиксацию без нарушения кровообращения. Клинико-операционные параллели показали, что время, прошедшее от начала перекрута, и тяжесть морфологических изменений не всегда пропорциональны. Большее значение в выраженности ишемии имеет поведение состоявшегося узлообразования. Замечено, что тяжелое состояние заболевших обусловлено положением ущемленных органов. Перекрученные придатки матки находятся в «свободном», подвижном, положении, как бы раскачиваясь на зоне перекрута, что вызывает образование дополнительного оборота и усиливает степень гипоксии. У детей с невыраженной клинической картиной ущемленные органы находятся в фиксированном положении между стенками малого таза и телом матки, таким образом, в некоторой степени может сохраняться частичное кровоснабжение, но в то же время клиническая картина видоизменяется в сторону «мнимого» улучшения. Изолированный перекрут яичника выявлен у 7 девочек, маточной трубы — у 8, перекрут маточной трубы совместно с кистой широкой связки матки — у 4, перекрут маточной трубы и яичника — у 17, перекрут кисты яичника — у 14 детей. Выполнено 37 оперативных вмешательств посредством лапароскопии, у 4 — переход на открытый доступ, 13 прооперированы классическим доступом. Оперативное лечение заключалось в устранении перекрута и удалении кистозного образования, органосохраняющие операции произведены у 33 больных. Имеется опыт сохранения ущемленных органов более 7 суток у 2 пациенток.

О.Э. Миткинов, Н.Г. Шагдарова, И.Б. Фаткуллина

НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

БГУ (Улан-Удэ), Республиканский перинатальный центр (Улан-Удэ)

Применение традиционной ИВЛ у недоношенных новорожденных с СДР I типа часто приводит к осложнениям. Факторами, способствующими повреждению легких, являются — высокие МАР, FiO_2 , частота дыхания, структурная незрелость легких, продолжительность ИВЛ. Отрицательное влияние высоких значений МАР на гемодинамику приводит к повышению легочного сосудистого сопротивления, обеднению большого круга кровообращения и, в конечном итоге, к внутрилегочному и внутрисердечному шунтированию через фетальные коммуникации. При развитии осложнений ИВЛ, а также с целью их профилактики при высоких параметрах вентиляции возникает необходимость в медикаментозной синхронизации ребенка с вентилятором. Препараты, используемые для седации и миоплегии, оказывают неблагоприятное воздействие на гемодинамику новорожденного (особенно у недоношенных детей), снижая сердечный выброс и вызывая легочную гипертензию.

В настоящее время все большее распространение находит метод неинвазивной вентиляции — назальный СРАР по технологии Infant Flow™ System.

В Республиканском перинатальном центре в 2008 г. использовали назальный СРАР на аппарате «Infant Flow» у 18 недоношенных детей с массой тела от 1085 до 1730 г (средн. 1405 ± 76 г) и гестационным возрастом от 27 до 32 недель. У всех детей был диагностирован СДР I типа. У всех детей с профилактической целью был применен Куросурф в дозе 120 мг по методике «insure».

НСРАР проводили с потоком 6–8 л/мин, достигая МАР 3,2–5 см в.ст. FiO_2 устанавливали, ориентируясь на показатели газов крови и SpO_2 . При этом начинали с концентрации 30–60 % с постепенным снижением до 21 % в течение 12–24 часов. Динамическое наблюдение включало определение газов крови через 4–6–8 часов по показаниям, рентгенографию легких, аускультацию, общий и биохимический анализы крови. Отключение от НСРАР производили после нормализации показателей газов