

32 ЕЖЕГОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ТИХООКЕАНСКОЙ АССОЦИАЦИИ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ

А.В. Подкаменев

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра детской хирургии)

С 9 по 13 мая в г. Пекине проходила очередная ежегодная конференция Тихоокеанской Ассоциации Детских Хирургов. Ассоциация была создана в 1967 году детским хирургом из США Стивеном Гансом и объединяет детских хирургов стран Тихоокеанского региона: США, Канада, Япония, Австралия, Китай, Мексика, Новая Зеландия и др.

Одним из основных направлений деятельности Ассоциации является проведение ежегодных конференций с обменом опытом диагностики и лечения хирургических заболеваний у детей. Кроме того, большое внимание уделяется научным исследованиям по вопросам детской хирургии.

Председателем Ассоциации в 1999 году был избран Филип Кинг – руководитель детской хирургической службы госпиталя Принцессы Маргариты в Сиднее (Австралия).

На конференции было представлено более 100 докладов: из них 57 – устных и 45 стендовых. Темы представленных докладов отражали научно-исследовательские и практические результаты в детской хирургии, которые являются наиболее приоритетными и представляют особый интерес.

Несколько докладов было посвящено патологии толстой кишки и атрезии ануса. В докладе Чау-Чинг Чен (Тайвань) “Лечение атрезии ануса и прямой кишки – 108 случаев” представлены результаты хирургического лечения атрезии ануса и прямой кишки за 10-ти летний период. 37 больных имели низкую форму порока и им была выполнена задне-сагитальная аноректопластика, без предварительной колостомии. 70 больных с высокой формой атрезии прямой кишки получали этапное лечение, которое включало наложение колостомы, аноректопластику с последующим закрытием колостомы. У 19 больных были отмечены запоры после операции, которые были устранены после консервативного лечения. 3 больных с коломазией были повторно оперированы по методике А. Пена с хорошими отдаленными результатами.

Рамех Рамануам (Малайзия) “Лечение болезни Гиршпрунга – собственный опыт” представил данные хирургического лечения детей с болезнью Гиршпрунга. Из 40 больных, 18 были оперированы без предварительного наложения колостомы, остальные 22 – по стандартной методике. Автор не наблюдал летальности и несостоятельности анастомоза у детей, оперированных по одноэтапной методике. Частота спаечной кишечной непроходимости была меньше, чем в контрольной

группе. 72% больных после одноэтапной операции и 80%, оперированных по стандартной методике, имели хорошие функциональные результаты. Автор делает вывод, что одноэтапное хирургическое лечение болезни Гиршпрунга является безопасным во всех возрастных группах, отличается от стандартной методики меньшими сроками пребывания в больнице, осложнениями, отсутствием множественных операций и осложнений колостомии.

Хтат Саинг (Гонг-Конг, Китай) “Трансплантация печени у новорожденных” доложил результаты собственного опыта ортотопической трансплантации печени у новорожденных. Основную группу составили дети с билиарной атрезией. Наиболее частыми осложнениями операции являлись кровотечения из сосудистых анастомозов. Отмечено отсутствие тромбоза печеночной артерии, несмотря на малые ее размеры. В сроки наблюдения от 19 до 61 месяцев показатель выживаемости пациентов составил 100%. Автор заключает, что трансплантация печени у новорожденных является достаточно трудной операцией, но, несмотря на это, может быть выполнена с хорошими отдаленными результатами.

Консервативному лечению тупой травмы поджелудочной железы посвящен доклад Масахиро Куочи “Консервативное лечение тупой травмы поджелудочной железы у детей” (Япония). По данным ультразвукового исследования и КТ контузия железы установлена у 9 больных, разрыв – у 6, повреждение протока железы – у 5 больных. Псевдокиста обнаружена у 10 больных. Псевдокисты диаметром менее 10 см успешно поддавались консервативному лечению и исчезали без каких-либо последствий. Кисты диаметром более 10 см требовали хирургического лечения.

Ву Джин (Бельгия) в докладе “Влияние временной окклюзии трахеи на развитие легких при врожденной диафрагмальной грыже” показал в эксперименте, что окклюзия трахеи в течение 3-х недель, при врожденной диафрагмальной грыже, приводит к нормальному развитию легких. Автор создавал модель врожденной диафрагмальной грыжи у плодов ягнят в срок гестации 75 дней. Затем через 96 дней выполнял клипирование трахеи с последующим их снятием на 117 день, после чего проводил морфологическую оценку легочной паренхимы.

Доклад Джеффри Авансино (США) “Характеристика и лечение паразофагеальных грыж у де-

тей после антирефлюксных операций” посвящен анализу причин возникновения параззофагеальных грыж. Автор сравнивал две группы детей, которым была выполнена фундопликация по Ниссену. Из 464 оперированных детей послеоперационная параззофагеальная грыжа возникла у 19 больных (4,1%). В первую группу вошли дети, которым не выполнялась фиксация пищевода к ножкам диафрагмы. Вторую группу составили дети, которым эта манипуляция была выполнена. В докладе отмечено более частое возникновение послеоперационной грыжи у детей первой группы и рекомендовано выполнение фиксации пищевода к ножкам диафрагмы у всех детей, оперируемых по методике Ниссена.

Автор настоящей статьи был первым участником конгресса из России за все годы существования Ассоциации. Мною был сделан устный доклад на тему “Обоснование возможности улучшения кровоснабжения различных отделов кишечника у новорожденных”, который получил положительную оценку и отмечен сертификатом Тихоокеанской Ассоциации Детских Хирургов.

Следующие встречи членов Тихоокеанской Ассоциации Детских Хирургов состоятся в Лас-Вегасе (США) в 2000 году и в Киото (Япония) в 2001 году.

УДК 616-002.5-08:61:001

ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЕ

Е.С. Козьякова

(Иркутский областной противотуберкулезный диспансер, глав. врач – Е.С. Козьякова)

Совещание-семинар по итогам работы противотуберкулезной службы состоялся в Московском НИИ туберкулеза 21-22 марта 1999 года.

В совещании принимали участие начальник департамента здравоохранения МЗ РФ Карпеев А.А., главный фтизиатр РФ академик Перельман М.И., профессор Приймак А.А., профессор Шилова М.Ф. и руководители противотуберкулезных служб из 59 субъектов Федерации, всего 87 человек.

Анализируя ситуацию по туберкулезу в РФ за 1998 г. можно констатировать рост заболеваемости туберкулезом по РФ: с 73,9 в 1997 г. до 76,0 в 1998 г. на 100.000 населения, по региону Восточной Сибири – 90,4, Иркутской области – 91,1, Западной Сибири – 107,4. Смертность по РФ впервые стала уменьшаться с 16,8 (1997г.) до 15,8 (1998 г.) на 100.000 населения. В Иркутской области смертность продолжает увеличиваться с 17,2 до 22,7.

Эпидемиологическая опасность туберкулезной инфекции выражается в высокой степени инфицированности детей, свыше 1% по РФ, что в 10 раз превышает показатель в развитых странах. Заболеваемость детей продолжает увеличиваться с 14,7 (1997 г.) до 15,8 (1998 г.), в Иркутской области – до 19,6. Охват профилактическим обследованием по РФ – 56,1%, в Иркутской области – 71,1%.

Заболеваемость внелегочными формами туберкулеза по РФ увеличилась с 3,4 до 3,5, по Иркутской области – до 3,8 на 100.000 населения. Продолжает увеличиваться доля выхода на инвалидность вновь выявленных больных с 25% до 26,9% (РФ), в Иркутской области – до 30%.

В связи с принятием федеральной программы “Неотложные меры борьбы с туберкулезом на

1998-2004 гг.” отмечается некоторое улучшение эффективности лечения по РФ. Процент излеченных больных с легочными процессами увеличился с 17,2 до 17,5 по РФ и с 14,9 до 15,5 – по внелегочным локализациям.

По итогам совещания принято решение, учитывающее все приоритетные направления в развитии противотуберкулезной службы в России:

- вакцинопрофилактику и туберкулинодиагностику;
- развитие бактериологической службы – применение модифицирующих методов при исследовании всех материалов; применение ИФА и ПЦР как дополнительных методов диагностики;
- сохранение лучевых методов исследования с переходом на современную диагностику с использованием цифровых флюорографов, компьютерной томографии и т.д.;
- улучшение медицинского образования по фтизиатрии врачей и медсестер;
- внедрение образовательной программы населения;
- развитие единого программного обеспечения системы мониторинга лечения больных туберкулезом;
- создание стандартов; обязательное использование хирургического этапа лечения при всех локализациях туберкулеза.

Обсуждена необходимость принятия областных и региональных программ, т.к. средства, выделяемые на их выполнение, обеспечивают службу на 40%.

После совещания состоялся Пленум Научных медицинских Ассоциаций фтизиатров. Принято решение на IV съезде фтизиатров в 1999г. объединить обе Ассоциации в одну.