

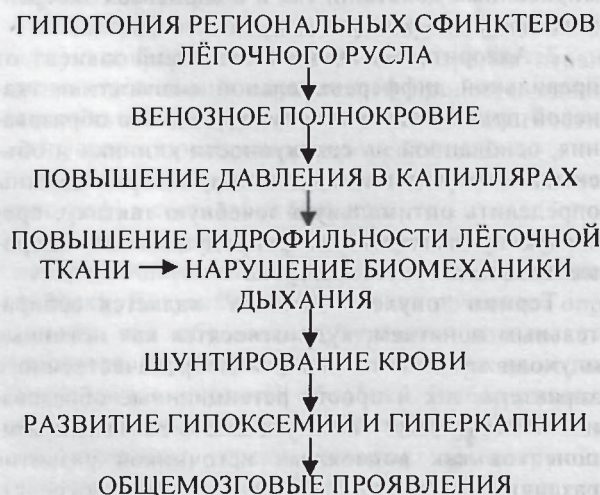
терных технологий на IBM PC "Celeron 433" в программе Microsoft Excel 97 для Windows 98. Данные репрезентативны.

Спирографические показатели (жизненная ёмкость лёгких, объём форсированного выдоха в 1 сек., тест Тиффно) не отличались от таковых в контрольной группе. Из 16 основных параметров биомеханики дыхания в ходе исследования методом компьютерного анализа были выделены 7 основных, которые давали существенные отклонения по сравнению со здоровой группой.

Из вышеприведённой таблицы следует, что бронхиальная проходимость остаётся в нормальных пределах. Изменение биомеханики дыхания у больных с НЦД может быть обусловлено по исходным данным изменением механических свойств лёгких, заключающихся в снижении их эластичности, вследствие возможного повышения гидрофильности тканей из-за регионарных ангиодистонических реакций в лёгких и нарушений электролитного баланса. Проба с дозированной физической нагрузкой указывает на существенное улучшение биомеханики дыхания, по-видимому, за счёт изменения сосудистого тонуса и возможного уменьшения шунтирования крови.

Гипервентиляция, таким образом, столь характерная для НЦД может быть обусловлена не только и не столько изначально повышенной возбудимостью дыхательного центра, но и изменением механических свойств лёгких, что возможно связано с повышением гидрофильности лёгочной ткани, раздражения интерорецепторов лёгких. В свою очередь, и сама по себе гипервентиляция может способствовать гидремии лёгких по принципу реакции "порочного круга".

Схема патологических изменений в лёгких может быть представлена следующим образом:



Таким образом, можно предполагать, что нарушение биомеханики дыхания при респираторном синдроме у больных с НЦД имеет не только невротический характер, но и обусловлено изменениями механических свойств лёгочной ткани за счёт повышения её гидрофильности.

Не исключено, что клинически выраженные острые респираторные эпизоды у больных с НЦД представляют собой ангиодистонический региональный пульмональный криз с последующим развитием клинических проявлений со стороны других систем организма.

© МИЛЮКОВА Л.П. –
УДК 618.11-006:616-053.3/7

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК

Л.П. Милюкова.

(Иркутский государственный медицинский университет)

Проблема диагностики и лечения опухолевых образований яичников сложна и чрезвычайно актуальна в связи с ростом частоты заболевания, а также тяжестью вызываемых ими нарушений репродуктивной и других систем организма.

Опухоли яичников являются часто встречающейся гинекологической патологией занимающей второе место среди женских половых органов у взрослых и, к сожалению, имеет тенденцию к увеличению. Так за последние десять лет, частота этой патологии выросла с 6-11% до 19-25%. В целом единого мнения о частоте возникновения опухолей яичников в детском возрасте не имеется. Так по данным А.А. Гумерова (1997), в структуре гинекологической заболеваемости детского и подросткового возраста вес опухолей и опухолевидных образований придатков матки колеблется

от 1,2% до 16,9%, а в возрастном отрезке 12-15 лет составляют 55,8% наблюдений среди гинекологической патологии детского возраста. По данным гинекологической клиники Санкт-Петербургского педиатрического медицинского института опухоли яичников у детей отмечены в 4,6% случаев. Первое описание опухоли яичников у детей принадлежит S. Giralde (1866), который произвел и первую овариоэктомию. Первый обзор литературы, касающийся опухолей яичников у детей и охватывающий 60 наблюдений принадлежит М.М. Вайлю. Также, в определенной степени, разноречивы данные о наблюдаемых преимущественно опухолевых процессах.

В связи с этим, интерес обсуждаемого вопроса определяется следующими причинами:

1. Любому детскому хирургу может столкнуться с наличием объемного образования придатков матки у обследуемой больной в вариантах программированных действий, так и в вариантах экстренного принятия решений.

2. Алгоритм дальнейших действий зависит от правильной дифференциальной диагностики тканевой принадлежности опухолевидного образования, основанной на совокупности клиники и объективных методов исследования, которые должны определить оптимальную лечебную тактику, преследующую сохранение репродуктивного здоровья больных.

Термин «опухоль яичника» является собирательным понятием, куда относятся как истинные опухоли злокачественного и доброкачественного характера, так и просто ретенционные образования. Имеется, как минимум, шесть основных компонентов как возможных источников развития различных опухолей. Кроме того, в непосредственной близости от яичников располагается ряд рудиментарных образований, играющих роль в возникновении опухолевого процесса. Опухоли яичников в детском и подростковом возрасте имеют меньшее, чем у взрослых разнообразие гистологических форм. Они делятся на простые ретенционные (фолликулярные и лютеиновые) и истинные – кистомы, тератоидные опухоли, дисгерминомы, текаклеточные.

Целью данного сообщения является представление опыта диагностики и лечения опухолевидных образований придатков матки у девочек, находившихся на лечении в I хирургическом отделении ИМДКБ с 1991-2001 года. Нами обследовано 163 девочки, которым выполнена лапаротомия или лапароскопия по поводу объемных образований яичников. К моменту вмешательства 10 больных составили дети нейтрального возраста. 22 ребенка находились в первой фазе пубертатного возраста и 131 девушка второй фазы пубертатного периода. Помимо уточнения клинко-анатомических данных, проводилось общеклиническое, гинекологическое, эхографическое, лапароскопическое и патоморфологическое исследования.

В результате исследования и анализа клинических проявлений при опухолевидных образованиях яичников выявлены некоторые особенности.

Наиболее частой жалобой являются боли внизу живота над лоном различного характера и интенсивности – (87 детей), что составило 53%. Бессимптомное течение заболевания наблюдалось у 50 девочек, у остальных 26 – боли были сопоставимы с началом острого аппендицита или кишечной колики.

Исследование менструальной функции показало, что у 2 имеются нарушения по типу альгоменореи и опсоменореи.

Ректоабдоминальное исследование было информативным у 130 больных, позволяло определить консистенцию, характер поверхности образования, его подвижность и чувствительность. В результате изучения эхографической диагностики

опухолевых образований выявлено, что данное исследование выполнено 150 ребенку. Ошибка в локализации процесса допущена у 7 детей. Правильно опознаны полостные жидкостные образования параовариальных кист, фолликулярных кист яичника до 6см и больше, пороки развития половых органов. Имелись трудности дифференциальной принадлежности объемных образований, где эхографическая картина представляла опухоль неоднородной структуры, со взвесью, включениями, нечеткими контурами.

Лапароскопическое исследование выполнено всей исследуемой группе, из них у 16 – перешли в открытую операцию.

В результате изучения визуальной оценки опухолевидного образования выявлено следующее.

Поражение правой стороны придатков матки обнаружено у 96 девочек.

Параовариальные кисты найдены у 20 детей. Они имели вид малоподвижных тонкостенных серозных образований, располагались между листками широкой связки матки, при более больших размерах приобрели ножку. К разновидности параовариальной кисты можно отнести и ретенционные кисты, исходящие из эмбрионального придатка – рудиментов первичной и срединной почки, так называемые гидатиды, которые обнаружены у 26 детей.

Ложные опухолевидные образования яичника выявлены у 31 ребенка. К ним отнесены фолликулярные ретенционные кисты и кисты желтого тела.

Выяснено, что степень зрелости внутренней оболочки вышеуказанных образований может быть различна. Чем больше по времени существует фолликулярная киста, тем плотнее структура внутренней оболочки кисты.

Известно, что фолликулярная киста яичника возникает из неразорвавшегося фолликула, в полости которого происходит накопление прозрачной жидкости, гибель яйцеклетки и дегенерация гранулезного слоя клеток. Зрелая фолликулярная киста, расположенная в ткани яичника визуально схожа с истинными объемными образованиями, с такими как серозная киста (55 сл.) без эпителиальной выстилки или серозная цистаденома (8 сл.).

Геморрагические кисты яичников были сформированы кистами желтого тела (18 сл.) и эндометриоидной кистой (1 сл.).

Киста желтого тела представляет собой серозно-геморрагическое образование. Внутренняя оболочка может выглядеть от очень нежной до толстостенной капсулы. По результатам наших исследований именно геморрагические кисты определили наибольший процент диагностических ошибок на клиническом этапе обследования.

Зрелая тератома обнаружена у 7 девочек. На наш взгляд, представляет опасность с точки зрения визуального неузнавания при небольших размерах, поскольку со всех сторон окружена тканью яичника.

Из злокачественных опухолей имели место в 2 случаях аденокарциномы.

Вмешательства на придатках матки при наличии объемного образования как вылушивание выполнено у 136 детей, у 16 — аднексэктомия.

Осложнения в виде нарушения кровообращения на фоне перекрута опухолевидного образования встретились у 30 детей. Таким образом, выявлена корреляционная зависимость между возрастом больных и структурой объемных образований в придатках матки. Опухолевидные процессы, такие как ретенционные, фолликулярные, кисты желтого тела и параовариальные кисты встречаются во второй фазе пубертатного периода, что подтверждается литературными данными и обусловлены сложностью процессов гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в становлении раннего гинекологического возраста.

Клинико-эндоскопические и клинико-операционные параллели указывают, что выраженность болевых ощущений зависит от степени напряжения опухолевидного образования внутренним со-

держимым, а также степени нарушения кровообращения, которое встречается при наличии кисты желтого тела и при возникновении перекрута придатков матки.

Эхографическая диагностика указывает на высокую информативность с точки зрения первичного опознавания опухолевого процесса, однако, правильная дифференциальная эходиагностика допускает определенный процент ошибки.

По литературным данным информативность эхографии составляет 68%-81%

Эндохирургическое вмешательство является завершающим в этапе диагностики и определения тактики. Визуальная диагностика позволяет определить тип образования, уточнив локализацию процесса, характер внутреннего содержимого, вид внешней и внутренней оболочки. Выбор удара опухолевидных образований зависит от многих составляющих, среди которых доминирующее значение имеет правильное определение структуры образования на основании всех вышеперечисленных методов исследования.

© БУДЭЭ Б. —

УДК 617.582-001.6:616-053.3/7

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

Б. Будээ.

(Монгольский государственный медицинский университет)

По отчетным данным центра ортопедии и травматологии г. Улан-Батора (1989-1995 гг.) частота больных с врожденным вывихом бедра среди детского ортопедического контингента достигает 49,4%. Эти данные подтверждают повышенную пораженность врожденным вывихом бедра.

В результате экспертной оценки было установлено, что обращаемость врожденного вывиха бедра составляет 9,4%, а ортопедические заболевания — 19,1%, частота врожденного вывиха бедра в Монголии 1,3 на 1000 детского населения.

Проблема организации и раннего выявления и лечения врожденного вывиха бедра является самой важной задачей среди современных задач детской ортопедии в Монголии.

Наша работа основана на клиническом и рентгенологическом изучении 153 больных с врожденным вывихом бедра, подвывихом и дисплазией тазобедренного сустава, в возрасте от 1 мес. до 3,5 лет.

Основную группу составили дети с патологией тазобедренного сустава (153 ребенка), вторую группу — новорожденные, обследованные скрининг методами (543).

Клинические симптомы приобретают диагностическую ценность в совокупности друг с другом, когда один из них дополняет другой. Выявление этих симптомов во многом субъективно и зависит от профессионализма ортопеда.

Основными признаками вывиха бедра первой группы являются резкое ограничение отведения бедер (92%), симптом “соскальзывания” (58,8%), менее информативными признаками являются укорочение нижней конечности (43,8%) и асимметрия кожных складок (21,6%).

Во вторую группу включили 543 новорожденных, у них проведены первичный клинический осмотр и первичный ультразвуковой скрининг.

Мы установили, что с увеличением возраста ребенка частота выявления симптома соскальзывания уменьшается, в то время как частота выявления детей с ограниченным отведением бедер возрастает.

Кроме рентгенологической характеристики тазового компонента мы анализировали рентгенологические признаки бедренного компонента и рентгенологические показатели конгруэнтности, которые представлены в таблице.

Несмотря на некоторые успехи современной оперативной ортопедии, консервативное лечение врожденного вывиха бедра, как уже отмечалось, является ведущим методом.

Для функционального метода вытяжения бедра в вертикальной плоскости сконструированную нами специальную раму из дуги, прикрепляющуюся с помощью кронштейнов к кровати, двух передвижных блоков, регулирующих отведение и сгибание бедер.