

РОССИЙСКИЙ СИМПОЗИУМ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

группа - 24 ребенка со спаечной болезнью брюшины. Обработку результатов спектральных измерений проводили на персональном компьютере в вычислительной среде системы компьютерной математики и моделирования MATLAB с пакетом расширения Statistics Toolbox. Принцип формирования решающего правила основывался на вероятностно-логическом методе анализа данных - дерево классификации. Все дети, имеющие клинически подтвержденные спайки, диагностированы на 98,3%. Общая успешная диагностика (точность) по всем пациентам (учтена ошибка отнесения благоприятного исхода к спайкам) составляет 99,3% (патент на изобретение № 2243561). Диагностическая процедура быстро выполнима, не имеет противопоказаний к применению и не нуждается в расходных материалах. Предлагаемый аппаратно-программный комплекс, по сути, новая технология медицинской диагностики состояния организма пациента, расширяющая аппаратный и методический инструментарий врача и позволяющая существенно сузить область неопределенности принимаемого врачом решения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ

В.А. Юрчук, В.А. Сермягин, О.В. Шатковская
Красноярский государственный медицинский университет,
Красноярск, Российская Федерация

Исследования желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с применением рентгеноконтрастных веществ являются наиболее информативным методом в ургентной детской хирургии.

Цель исследования: провести сравнительную оценку применения рентгеноконтрастных веществ у новорожденных детей с различной патологией.

Материал и методы: у 111 новорожденных с различной патологией ЖКТ: врожденной кишечной непроходимостью (ВКН) - 30 детей (с полной ВКН - 13, с неполной ВКН - 17 детей); некротическим энтероколитом (НЭК) - 40 детей и функциональными нарушениями ЖКТ (при ППЦНС) - 41 ребенок - проведена оценка диагностического исследования ЖКТ с применением водонерастворимого рентгеноконтрастного вещества - сульфата бария (62 ребенка), и с крахмал - контрастной смесью (49 больных) (рац. предл. №1124). Контрольную группу составили 30 детей. Оценивали: скорость прохождения контраста по ЖКТ в часах, осложнения, информативность метода.

Результаты: в первой группе больных (с водонерастворимым контрастом - сульфатом бария) скорость прохождения контраста по ЖКТ в норме составила $6,2 \pm 0,1$ час, при НЭК $11,5 \pm 1,1$ час и функциональных нарушениях ЖКТ $7,6 \pm 0,41$ час. Осложнения в этой группе составили 22,5%: без перфорации кишечника - при полной кишечной непроходимости - 2 больных; НЭК - у 3 детей; с функциональными нарушениями ЖКТ - 2 ребенка. С перфорацией кишечника - при неполной ВКН - у 2 больных, полной - 1, при НЭК - 4 детей. Информативность метода составила 100%. В группе детей с водорастворимой крахмал - контрастной смесью скорость прохождения контраста по ЖКТ была меньше, чем при применении водонерастворимого рентгеноконтрастного вещества - сульфата бария: в контрольной группе - в 2,2 раза; при НЭК - в 1,4 раза и функциональных нарушениях ЖКТ - в 2,9 раза. Осложнений в данной группе не наблюдалось. Информативность метода составила 100%.

Таким образом, проведенное исследование показало целесообразность применения для оценки проходимости ЖКТ у новорожденных детей с различной патологией водорастворимых рентгеноконтрастных веществ в виде крахмал - контрастной смеси. Метод является простым, надежным, высокинформативным, позволяет избежать осложнений.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ В СНИЖЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Е.П. Яковлев, А.А. Слепцов, Э.И. Петухов, А.Л. Зуев, Т.Э. Эрдынеев
Педиатрический центр, Республикаанская больница №1,
Якутск, Российская Федерация

В связи с возросшим количеством операций на органах брюшной полости проблема спайкообразования является одним из основных в хирургии. В детском возрасте в связи с высокой заболеваемостью аппендицитом приобретает особую актуальность для детских хирургов.

С 2004 года в нашем Педиатрическом центре широко стали применяться методы лапароскопической апPENDэктомии при неосложненных и осложненных формах острого аппендицита у детей. До 2004 года по нашим данным частота спаечной кишечной непроходимости после апPENDэктомии варьировала от 3,1% до 3,6%. Проведен анализ детей, прооперированных с диагнозом "острый аппендицит", с 2004 по 2008 год.

Ретроспективная оценка первичной операции и послеоперационного периода показала, что образованию спа-

Год	Традиционная апPENDэктомия	Лапароскопическая апPENDэктомия	Спаечная кишечная непроходимость
2004	170(77%)	51(23%)	7(3,1%)
2005	186(84%)	36(16%)	4(1,8%)
2006	35(18%)	156(82%)	3(1,6%)
2007	47(24%)	148(76%)	1(0,5%)
2008	67(22%)	227(78%)	3(1%)

ек способствовали длительные травматические, объемные (лапаротомии) операции, десерозация кишечника,

скопление экссудата, некупированные перитониты, воспалительные инфильтраты брюшной полости. Все дети, у которых возникла клиника острой спаечной кишечной непроходимости, госпитализированы на стационарное лечение, ранее прооперированы по поводу осложненных форм острого аппендицита.

На основании полученных результатов лечения острого аппендицита можно достоверно предполагать, что открытые методы лечения сопровождаются более высокой частотой осложнений в виде спаечной кишечной непроходимости. Более травматичны, чем лапароскопические методы. При лапароскопии минимальная площадь повреждения брюшины предотвращает развитие спаек в области послеоперационной раны. Снижение контаминации брюшной полости, десерозации кишечника, локальная санация при местных перитонитах, визуальная ревизия брюшной полости, исключающая наличие патологического очага, полностью предотвращают образование спаек. Таким образом, увеличение объема лапароскопических аппендэктомий осложненных и неосложненных форм острого аппендицита, напрямую снижает количество послеоперационной спаечной кишечной непроходимости. За 5 лет всего выполнено 618 лапароскопических аппендэктомий осложненных и неосложненных форм острого аппендицита, осложнений в виде спаечной кишечной непроходимости после эндоскопических операций не было. Применение лапароскопических аппендэктомий осложненных форм острого аппендицита является новым, эффективным и перспективным методом лечения.

ОПЫТ ДЕЗИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ МЕТОДОМ ГИДРОЭХОКОЛОНОГРАФИИ

М.Ю. Яницкая, Я.С. Голованов

Северный государственный медицинский университет, Архангельская областная детская клиническая больница, Архангельск, Российская Федерация

Виды консервативного лечения инвагинации кишечника (ИК) достаточно разнообразны. В последние годы появились сообщения о гидростатическом расправлении ИК под ультразвуковым (УЗ) контролем. Ультразвуковое исследование толстой кишки с контрастированием ее просвета жидкостью известно уже с начала 1980-х годов. Мы называем метод "гидроэхоколонография" (ГЭК) по аналогии с общепринятыми названиями в зарубежной литературе: hydrocolonic echography, hydrocolonic sonography.

Целью данной работы явилась оценка эффективности дезинвагинации под УЗ контролем методом ГЭК.

Материал и методы. Мы используем ГЭК для исследования толстой кишки с 1994 года, а с 2005 года - для дезинвагинации. Было проанализировано 33 истории болезни детей с ИК, поступивших в Архангельскую областную детскую клиническую больницу с января 2005 по март 2008 года, которым проводилась дезинвагинация под УЗ контролем методом ГЭК. Возраст детей - от 4 до 44 месяцев. Средний возраст – 18,7 месяцев. Мальчиков 26, девочек 7. Давность заболевания: до 12 часов - 15 (45,5%) детей, с 12 до 24 часов - 10 (30,3%), больше 24 часов - 8 (24,2%). Среднее время с момента заболевания до поступления в стационар составило 15,2 часа. Инвагинация во всех случаях была илеоцекальная. Всем детям лечение начинали с дезинвагинации под УЗ контролем методом ГЭК при отсутствии признаков перитонита и тонкокишечной инвагинации, независимо от давности заболевания и возраста ребенка. Дезинвагинация методом ГЭК проводилась под общим обезболиванием.

Результаты. Из 33 детей, которым была предпринята дезинвагинация под УЗ контролем методом ГЭК, расправление инвагината достигнуто у 31 (93,9%). У 2 (6,1%) детей расправить инвагинат под УЗ контролем не удалось, и была проведена лапароскопическая дезинвагинация. В одном случае через сутки после расправления инвагинации под УЗ контролем произошел рецидив, инвагинат был расправлен лапароскопически. Длительность процедуры от 10 до 40 минут. Осложнений после дезинвагинации под УЗ контролем не было. Через 1 час после наркоза детей начинали поить, через несколько часов – кормить.

Заключение. Метод дезинвагинации кишечника у детей под УЗ контролем методом ГЭК эффективен, неинвазивен, безвреден, технически прост. Расправление инвагината под контролем ультразвука методом ГЭК можно провести в любом помещении, где возможно дать наркоз, используя при этом переносной аппарат УЗИ.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЯХ

О.Б. Адаменко

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, Новокузнецк, Российская Федерация

Цель. Поиск единого алгоритма обследования и ведения детей с обструкцией мочеточника.

Высокая эффективность пренатального УЗ скрининга пороков развития мочевыделительной системы порождает множество вопросов о последующем ведении этих пациентов после рождения: о сроках, объеме, частоте диагностических мероприятий и характере лечения. При выявлении нарушений уродинамики в пренатальном периоде «пациент-плод» должен быть консультирован детским урологом с определением дальнейшей тактики ведения беременности и сроков полного урологического обследования после рождения.

Обследовано 1397 детей в возрасте от 1,5 мес. до 17 лет с врожденной обструкцией: гидронефроз - у 460 (32,9%) детей, уретерогидронефроз - у 937 (67,1%). Для определения объема обследования и выбора адекватного метода лечения, начинали с УЗИ. Расширение дренажной системы почки являлось следствием обструкции мочеточника. Измеряли длину, ширину почек, величину поперечного сечения лоханки, для уточнения уровня препятствия осматривали верхнюю и нижнюю треть мочеточника при максимальном наполнении мочевого пузыря, фиксировали толщину паренхимы. При нормальной возрастной толщине паренхимы далее выполняли диуретическую сонографию, которой дифференцировали функциональные нарушениями уродинамики от органических и выявляли уровень обструкции. При отсутствии органической обструкции, которая обязательно диагностиро-