

лена тем, что подростки представляют ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный потенциал общества. Цель исследования - усовершенствовать тактику ведения больных с острыми болями в нижних отделах живота на основе современных лечебно-диагностических и организационных технологий.

Материал и методы. В хирургическом отделении Ивано-Матренинской городской детской клинической больницы г. Иркутска за последние 5 лет обследовано 500 девочек и девушек с болями в нижних отделах живота. По традиционному стандарту - 300 и 200 - по разработанному оптимизированному стандарту с использованием регламентированных сроков обследования, УЗИ-мониторинга, эндоскопической визуализации, бактериологического и бактериоскопического исследований, морфологического и статистического анализа результатов.

Результаты исследования. Внедрение разработанного стандарта обследования и лечения больных с болями в нижних отделах живота у девочек позволило снизить частоту госпитальных диагностических ошибок до 1,5%, длительность госпитального предоперационного обследования - до $2,0 \pm 1,0$ часа. Оперировано по поводу острого аппендицита 16,8% (84) детей, у 50% (250) девочек найдены различные гинекологические заболевания. Патология органов малого таза представлена следующими гинекологическими заболеваниями: перекрут неизменных придатков матки - 29, перекрут придатков матки с наличием объемного образования - 13, апоплексия яичника - 23, острое кровоизлияние в кисту желтого тела - 48, пороки развития - 5, истинные объемные образования придатков матки - 56, первичный перитонит - 48, параовариальные абсцессы - 28.

Применение разработанного стандарта привело к повышению частоты использования лапароскопического доступа в 98%, органосохраняющих операций - до 92%.

Заключение. Разработка современных стандартов и внедрение новейших медико-организационных технологий способствуют своевременной диагностике заболевания в вопросах репродуктивного здоровья и необходимости междисциплинарного подхода при возникновении болей в нижних этажах брюшной полости.

СТРУКТУРА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

О.М. Бокарева, Е.А. Куликова
Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород, Российская Федерация

Острый аппендицит является наиболее частым хирургическим заболеванием в детском возрасте, требующим экстренного оперативного вмешательства (5 – 8 случаев на 1000 детей). Летальность при данной патологии составляет 0,05-0,11%.

В клинике Нижегородской государственной медицинской академии на базе детской городской клинической больницы №1 за 2006 – 2008 гг. пролечено 654 ребенка с различными формами острого аппендицита. Мальчиков было 373, девочек - 281. Возраст детей варьировал от 2 месяцев до 17 лет. Пик заболеваемости приходился на 9-12 лет.

В структуре заболевания превалировал флегмонозный аппендицит - 335 (51,2%). Катаральная форма отмечена у 58 (8,9%) больных. Гангренозный аппендицит обнаружен в 136 (20,8%) случаях, гангренозно-перфоративный аппендицит с перитонитом - в 66 (10%), что было связано с поздним поступлением пациентов в стационар.

При поступлении в стационар у всех пациентов превалировал болевой синдром. У 98 (15%) детей отмечена одно – двукратная рвота, подъем температуры тела до 38°, изменения стула, дизурия. Наибольшая сложность диагностики отмечена в младшей возрастной группе, именно у них на 59 (9%) операциях констатирован вторичный аппендицит в сочетании с острым неспецифическим мезаденитом или пельвиоперитонитом. Для диагностики гнойного процесса в брюшной полости применяли медикаментозный сон и пальцевое ректальное обследование. В общем анализе крови отмечен лейкоцитоз. После предоперационной подготовки (инфузионная терапия, антибактериальная профилактика) были выполнены экстренные аппендэктомии. Лапаротомия по Волковичу-Дьякову произведена 319 (48,8%) больным, по Шпренгелю – 335 (51,2%). Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии домой. Летальных исходов не было.

Таким образом, проблема острого аппендицита далека от своего решения, отмечено большое количество тактических ошибок на всех этапах диагностики. Знание особенностей клинической картины, своевременная постановка диагноза и адекватное лечение позволят сократить послеоперационные осложнения и уменьшить летальность.

ОСТРЫЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ МЕЗАДЕНИТ У ДЕТЕЙ

П.И. Бортюлев, В.В. Нескучаев
Смоленская государственная медицинская академия,
Смоленск, Российская Федерация

Острый неспецифический мезаденит в детском возрасте довольно часто протекает под клинической маской аппендицита. Нами проведен ретроспективный сравнительный анализ лечения данного заболевания за два временных интервала. Первый - с 1976 по 2000 г., результаты которого нашли свое отражение в монографии И.Н. Ломаченко (2000), и второй - с 2001 -2008 г. В последнем случае под нашим наблюдением находился 101 ребенок в возрасте от года до 15 лет. Из них 61 - мальчик и 40 девочек. Все они поступали на 1-4 день появления клиники абдоминального болевого синдрома с диагнозом острого аппендицита в клинику детской хирургии СГМА. У 68 пациентов диагноз простой формы мезаденита был определен только во время оперативного лечения. Причиной этого являлось соответствие его клинической картины острому аппендициту. Помимо аппендэктомии, во всех случаях выполнялась биопсия мезентериальных лимфоузлов с патогистологическим исследованием. Наиболее выраженные морфологические изменения наблюдались в ретикулярной строме, фолликулах и межфолликулярной ткани, что проявлялось в гиперплазии, синусовом гистиоцитозе и регионарном лимфадените.

В отличие от исследований предыдущих лет, нами не отмечены флегмонозные и гангренозные формы мезаденита, что, по-видимому, связано с большим влиянием на их развитие сенсбилизации детского населения,

чем гематогенного или лимфогенного заноса бактериальной инфекции в лимфоузлы брыжейки. Морфологические изменения в червеобразном отростке соответствовали его катаральной форме и считались вторично измененными. Послеоперационный период у больных протекал без осложнений. Мы не использовали дренирование микроиригатором брыжейки илеоцекального угла, что рекомендовалось вышеуказанным автором. Внедрение в практику неотложной абдоминальной хирургии у детей лапароскопии позволило наиболее информативно решить дифференциально-диагностическую задачу между мезаденитом и острым аппендицитом. В наших исследованиях этим методом мезаденит был диагностирован у 31 больного. В 4 наблюдениях, из-за невозможности выведения червеобразного отростка для лапароскопической визуализации, пришлось выполнить видеоассоциированную аппендэктомию. Последующее патогистологическое исследование удаленных отростков подтвердило их интактность в развитии мезаденита.

Таким образом, за последние годы произошел некоторый положительный патоморфоз в течении мезаденита, исчезли деструктивные его формы, что позволило менее травматично осуществлять оперативные вмешательства при нем.

ОЧАГОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ г. ВЛАДИВОСТОКА ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

И.Н. Боролис, Е.С. Шмырева
Владивостокский государственный медицинский университет,
Владивосток, Российская Федерация

Под термином «очаговое поражение» мы подразумеваем группу заболеваний, проявляющихся локальными нарушениями морфологической структуры паренхимы органа. Причины таких изменений весьма разнообразны. За период с 2003 по 2008 гг. на базе МУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Владивостока в отделении плановой хирургии на обследовании и лечении по поводу очаговых поражений печени и селезенки находился 41 больной в возрасте от 1 месяца до 17 лет.

По нозологиям больных можно разделить следующим образом: кальцинаты печени (18), врожденные (6) и посттравматические (3) кисты селезенки, паразитарные (4) и непаразитарные (4) кисты печени, абсцесс печени (1), метастатическое поражение печени (2). Наиболее многочисленной группой больных явились дети с кальцинатами печени. Поводом для обследования послужили боли в животе и правом подреберье у 13 больных. Пяти детям УЗИ органов брюшной полости проводили в связи с другими заболеваниями. По результатам ИФА у 2 детей выявлены антитела к цитомегаловирусу, у 2-к лямблиям, у 2- к токсокарам, у 1 ребенка- к эхинококку. У 11 детей не удалось выяснить этиологию заболевания. При выявлении возбудителя дети получали соответствующую терапию. Второй по численности группой были больные с врожденными кистами селезенки – 6 человек. Хирургическое лечение было проведено 4 детям. Паразитарные кисты печени были обнаружены у 4 больных. Хирургическое лечение было представлено эхинококкэктомией с обработкой остаточной полости 2% раствором формалина. Непаразитарные кисты печени были обнаружены также у 4 больных. Хирургическое удаление кисты проводилось в 1 случае. По поводу посттравматических кист селезенки получали лечение 3 больных. Всем детям проводилось хирургическое лечение. Абсцессы печени были обнаружены у 1 ребенка. Ребенку проводились дренирование абсцессов, антибактериальная терапия. Один ребенок был оперирован по поводу солидно-кистозной опухоли поджелудочной железы с прорастанием селезенки. Ребенку было выполнено удаление опухоли, спленэктомия. 2 детей наблюдались по поводу гемангиомы печени. У 2 детей очаговые образования печени оказались метастазами опухолей. Детям была назначена химиотерапия.

В заключение мы предлагаем всех детей, имеющих локальные изменения печени, селезенки, обследовать в отделениях хирургического профиля с обязательным ультразвуковым исследованием органов брюшной полости, серологическим обследованием и биопсией печени, диспансерным наблюдением хирурга.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭГДС КАК ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ МАНИПУЛЯЦИИ ПРИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Н.Н. Громова, Р.Э. Цатишаев
Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Пищеводно-желудочное кровотечение (ПЖК) частое и наиболее опасное осложнение портальной гипертензии (ПГ). Летальность при этом осложнении, по данным разных авторов, колеблется от 22% до 84%. Рецидив ПЖК значительно увеличивает риск летального исхода.

Цель. Изучить эффективность эндоскопического метода диагностики и лечения ПЖК у детей с портальной гипертензией.

Структура исследования. Одномоментное, ретроспективно описательное исследование.

Клиническая база. Отделения экстренной и плановой хирургии КДКБ г. Ставрополя. Критерии включения: дети с диагнозом ПГ, осложнённая кровотечением. Критерии исключения: дети с неосложнённой ПГ.

Описание метода: ЭГДС проводилось аппаратом «Olympus XR 20» под эндотрахеальным наркозом с ИВЛ. Эндоскопическое склерозирование (ЭС) выполнялось с помощью тefлонового инъектора, d=2,3 мм путем интравазального введения 3% р-ра фибровейна или перивазальным введением 2% р-ра этоксисклерола. Клипирование сосуда проводилось танталовыми скрепками специальным клипатором.

За 2007-2008 год поступило 33 ребенка с диагнозом внепеченочная форма портальной гипертензия (ВФПГ), осложнённая кровотечением. Из них у 23 детей на момент госпитализации кровотечение было приостановлено, у 10- имелись признаки продолжающегося кровотечения. С рецидивом кровотечения 4 больных поступили пов-