

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ТРАНСВЕРЗОКОЛОНОПОЗОМ

М.В. Абашин

**Российский государственный медицинский центр Росздрава,
Москва, Российская Федерация**

Болезнь Пайра до настоящего времени остается в ряде малоизученных заболеваний и встречается у пациентов детского возраста с врожденными аномалиями толстой и тонкой кишки в 4,7% случаев.

Цель и задачи: определить оптимальный набор диагностических мероприятий, изучить и обосновать методику и оптимальный возрастной период лечения.

Основу исследования составили 659 детей с жалобами на хронические запоры и рецидивирующие боли в животе, среди которых при обследовании выявлены 25 детей, страдающих болезнью Пайра, из которых 19 девочек и 6 мальчиков в возрасте от 7 до 15 лет. Первичным симптомом болезни в 84% случаев были запоры или комбинация их с болями в животе, а болевой абдоминальный синдром выявлен в 16% случаев. Диагноз при поступлении был определен в соответствии с преобладающей симптоматикой: у 12% - копростаз, у 44% - копростаз и боли в животе, у 4% - спаечная кишечная непроходимость после аппендэктомии, у 16% - хронические запоры, у 24% - подозрение на острый аппендицит. Диагностика основывалась на совокупности данных анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и инструментальных методов, среди которых основная роль принадлежала ирригографии. Наиболее эффективным методом лечения являлся хирургический, показаниями к которому считали прогрессирование нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, болевого абдоминального синдрома, интоксикации, отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии. Для пациентов с трансверзоколоноптозом существуют методики оперативного лечения: свободная фиксация поперечной ободочной кишки к задней поверхности большого сальника и операция резекции избыточной части поперечной ободочной кишки с наложением прямого анастомоза. Причинами частичной непроходимости у детей исследуемой группы являлись: спаечный процесс в области селезеночного изгиба (100%), «двустволка» селезеночного изгиба (64%), короткая диафрагмально-ободочная связка (24%), спаечный процесс в области печеночного изгиба (12%), расширение поперечной ободочной кишки в среднем отделе (20%). Объем резекции поперечной ободочной кишки составил от 25 до 60 см. Послеоперационный период протекал гладко у 92% детей, осложнения наблюдались в 8% случаев на 7 и 9 сутки после операции в виде кишечной непроходимости, анастомозита.

Таким образом, активная хирургическая тактика в лечении болезни Пайра у детей является эффективным способом коррекции порока, ликвидации симптомов заболевания и должна применяться у всех пациентов без возрастных ограничений.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕВОЧЕК С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Р.А. Батчаева, Ю.В. Гущина

**Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар, Российская Федерация**

Дифференциальная диагностика острого аппендицита с гинекологическими заболеваниями всегда представляла значительные трудности, которые усугубились в последнее время в связи с расширением верхней границы детского возраста до 17 лет. Минимизировать количество диагностических ошибок позволяет использование унифицированного подхода к обследованию больных, основанного на выяснении жалоб ребенка, анамнеза болезни и жизни с обязательным уточнением гинекологической составляющей, оценке данных физикального и лабораторного обследования. При выявлении признаков гинекологической патологии в обязательном порядке выполняется УЗИ органов малого таза, которое при наличии показаний дополняется диагностической лапароскопией.

За последние три года среди экстренно госпитализированных детей гинекологическая патология выявлена в 111 случаях, что составило 3,5% от количества пациентов, поступивших с подозрением на острый аппендицит. В 57 случаях (51,4%) для постановки диагноза оказалось достаточным выполнить УЗИ органов малого таза, а в 54 наблюдениях (48,6%) пришлось дополнительно прибегнуть к диагностической лапароскопии. При этом в 33 случаях обнаружены кистозные изменения придатков, что составило 29,6%. В 27 наблюдениях (24,3%) причиной абдоминального болевого синдрома являлся сальпингит. У 15 больных (13,5%) обнаружена апоплексия яичников. На долю пельвиоперитонита пришлось 15 наблюдений (13,5%). В 15 случаях (13,5%) обнаружен перекрут кистозно измененных придатков, 6 из которых сопровождались некрозом. У 6 пациенток (5,4%) выявлены функциональные расстройства в виде альгоменорреи.

Использование унифицированного алгоритма диагностических действий облегчает проведение дифференциальной диагностики острого аппендицита с гинекологической патологией и позволяет избежать необоснованных аппендэктомий.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕВОЧКАМ С ОСТРЫМИ БОЛЯМИ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА

И. Богушевич, Е. Скрипникова

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Российская Федерация

В настоящее время состояние репродуктивного здоровья подростков является одной из наиболее острых медико-социальных проблем и признано фактором национальной безопасности. Социальная значимость обуслов-

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,