

системы с целью выявления сѣ кистозной аномалии; б/ УЗИ и компьютерная томография гепатобилиарной зоны дают полную информацию о порочном строении ЖВП, размерах и локализации кист, соотношении с соседними структурами, наличии внутриспросветных структур; в/ комплексная лучевая диагностика и оперативная реконструкция – создание позадибодочного гепатикоцистоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле позволяет ликвидировать обструкцию желчеоттока и приводит к регрессу кистозной аномалии.

ОСЛОЖНЕННЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ДО ТРѢХ ЛЕТ

Макаров П.А., Лобанов Ю.Я., Потапенко Ю.В.

Уральская государственная медицинская академия,

Детская городская клиническая больница №9

Особенности клинического течения острого аппендицита, темпы развития деструктивного процесса в червеобразном отростке и брюшинном покрове зависят от возраста ребенка, локализации аппендикса, сроков заболевания, иммунного статуса пациента, что в комплексе и создает сложности для диагностики этого частого заболевания у детей, особенно раннего возраста.

Проведен многофакторный анализ (ретроспективный и в реальном времени) 54 историй болезней детей раннего возраста (дети до 3-х лет) с различными формами аппендикулярного перитонита, находившихся на лечении в неотложной хирургической клинике за последние 5 лет (1999 – 2003 годы).

Негативное отношение маленького пациента к осмотру, особенности течения, симулирующие другие заболевания, создают предпосылки для трудностей диагностики у детей раннего возраста, что нередко приводит к диагностическим ошибкам. В нашем клиническом материале диагностические ошибки медицинских работников имели место у 26 (48,1 %) детей. Необходимо отметить, что у детей старше 3-х лет за указанный период процент ошибок был более низкий и составил 30,8 %. Наиболее часто ошибаются участковые педиатры (7 детей), принимая клинику аппендицита за проявления ОРЗ, и врачи – инфекционисты (7 детей), когда лечат аппендицит под маской кишечной инфекции. Длительное наблюдение за больными в условиях хирургического стационара и запоздалое проведение активных методов диагностики привело к задержке оперативного вмешательства у 5 детей. 7 детей наблюдались врачами скорой помощи и соматических отделений.

Дети раннего возраста составили 13,6 % от детей всех возрастов, поступивших в клинику с перитонитом за изучаемый период. Среди них незначительно преобладали

мальчики – 30 (55,5 %) детей. С разлитым и местным отграниченным перитонитом поступило одинаковое количество детей – по 22 (40,7 %) человека, а с местным неотграниченным процессом – только 10 (18,6 %) пациентов. Морфологической формой воспаления червеобразного отростка у 52 детей была гангренозно - перфоративная. Подавляющее число детей – 38 (70,4 %) поступило в сроки, не превышающие трех суток от начала заболевания. Наибольшая длительность поздней диагностики при разлитом перитоните составил 7 дней, а при местном - 13 суток.

Обращает на себя внимание значительное число детей раннего возраста с местной отграниченной формой перитонита – 22 (40,7 %) ребенка. Эти данные опровергают тезис о низкой способности брюшинного покрова органов брюшной полости к отграничению воспалительного очага в этом возрасте. Отграничению процесса способствовало преобладание атипичных локализаций червеобразного отростка – 18 детей, участие большого сальника – 11 больных, раннее назначение антибиотиков – 14 пациентов. На долю детей с местным отграниченным перитонитом приходится около половины всех диагностических ошибок – 46,1 %.

Для уточнения диагноза в клинике проводится всем детям УЗИ органов брюшной полости, применяется диагностическая лапароскопия, которая выполнена у 18 (33,3 %) детей раннего возраста с аппендикулярным перитонитом в связи со сложностью диагностики. Проведение предоперационной подготовки – обязательный этап лечения ребенка с аппендикулярным перитонитом. В качестве операционного доступа применялся в основном доступ Волковича. 5 детям проведена лапароскопическая санация брюшной полости. В послеоперационном периоде больным в качестве одного из компонентов комплексной интенсивной терапии проводилось регионарная лимфотропная антибактериальная терапия.

При микробиологическом исследовании экссудата из брюшной полости доминирующей микрофлорой являлась грамм-отрицательная как среди аэробных (68,6 %) , так и среди анаэробных (50,9 %) бактерий.

В послеоперационном периоде у 5-ти (11,1%) больных возникло 6 внутрибрюшных осложнений: илеоцекальный абсцесс (2), толстокишечный свищ (1), инфильтрат брюшной полости (2), один из них был причиной ранней спастичной непроходимости кишечника. Воспалительный инфильтрат брюшной полости и толстокишечный свищ излечены консервативно, трем детям выполнена релапаротомия. Сравнение количества осложнений у детей старшей возрастной группы за исследуемый период показало их меньшую частоту - 6,1 %. Летальных исходов в исследуемой группе больных не было.

Таким образом, течение аппендикулярного перитонита у детей до 3-х лет имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать как на этапе диагностики, так и при выборе методов оперативной ликвидации гнойного очага, послеоперационной комплексной терапии:

1. отграниченные формы встречаются одинаково часто, как и разлитые – 40,7 %, этому способствуют анатомические варианты расположения червеобразного отростка и назначение антибиотиков;
2. диагностика аппендицита у детей раннего возраста затруднена, что обуславливает большое количество диагностических ошибок – 48,1 %;
3. вследствие поздней операции количество внутрибрюшных осложнений почти в 2 раза превышает таковые у детей старшей возрастной группы.

РОЛЬ ХИРУРГА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Лобанов Ю.Я., Нагорный Е.А., Черненко Л.Ю., Вибе А.Б.

Уральская государственная медицинская академия,
Детская городская клиническая больница №9

В практике детской хирургии туберкулезное поражение костей и суставов встречается редко, сложны вопросы дооперационной дифференциальной диагностики, определения оптимальных тактических решений у каждого ребенка даже при коллегиальном решении вопроса совместно с физиотерапевтами.

Целью настоящей работы явился анализ результатов до - и послеоперационной диагностики и оперативной санации патологического костного очага.

Материалы и методы. В отделении гнойной хирургии находились на лечении в 2001-2004 годах 22 ребенка в возрасте от 9 месяцев до 3 лет с туберкулезным поражением костей. Подавляющее большинство пациентов - 87,5% детей - были направлены к детским хирургам с подозрением на острый гематогенный остеомиелит.

Сбор эпидемиологического анамнеза не выявлял в большинстве случаев контакта с больным туберкулезом. Девочки в 3 раза реже болеют этим специфическим процессом, их количество составило 37,5% случаев. Излюбленной локализацией микобактерий является эпиметафизарная зона трубчатых костей.

В наших наблюдениях патологический очаг специфической деструкции наиболее часто определялся в большеберцовой кости – 37,5%, бедренной – 31,2%, лучевой кости –