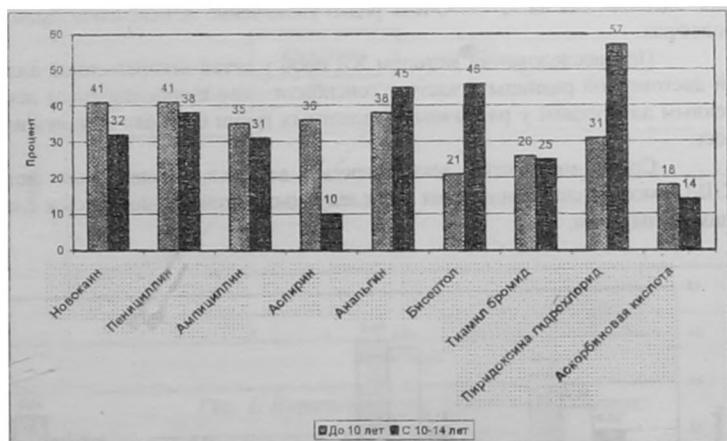


Еще более наглядно представлено распространённость лекарственной аллергии у наблюдаемых детей на рис. 3.



*Рис. 3. Распределение лекарственной аллергии по возрасту наблюдаемых больных*

Некоторое снижение числа выявленных детей, имеющих лекарственную аллергию к новокаину, пенициллину, аспирину, к возрасту 10-14 лет никак нельзя расценивать как снижение ее уровня в более старшем возрасте. Возможно аллергия к этим лекарственным веществам имела место в более раннем возрасте, но аллергические пробы этим детям еще не проводились.

В своей лабораторной практике мы отказались от ранее используемых методик для диагностики лекарственной аллергии таких как лейколизис, тест Шелли, так как ХЛ-анализ является, по нашему мнению, наиболее чувствительным и достоверным, чем ранее применяемые.

## **РАДИОИЗОТОПНАЯ СЦИНТИГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКТОПИРОВАННЫХ ТКАНЕЙ**

**Киселева Т.С., Полежаева О.П., Сарафанов В.В.**

Дивертикул подвздошной кишки встречается с частотой около 2%. Изолированный дивертикул Меккеля может протекать бессимптомно. В дивертикуле может находиться гетеротопическая ткань чаще всего это ткань желудка (80%), реже ткань поджелудочной железы (2-6%).

Имеется три вида симптомов характерных для дивертикула Меккеля (ДМ):

- кишечное кровотечение.
- кишечная непроходимость.
- абдоминальный болевой синдром при деструктивном процессе

Кишечное кровотечение по разным данным бывает от 25% до 50% случаев. Чаще всего кровотечение заканчивается спонтанно. Причина кровотечения - эктопированная слизистая желудка с пептическим изъязвлением стенки дивертикула Меккеля.

У 30 – 35% пациентов, чаще младшего возраста, отмечается развитие кишечной непроходимости. До операции диагноз дивертикула Меккеля как причины непроходимости устанавливается редко.

У 25% больных симптомы воспаления дивертикула Меккеля проявляются болями в животе, что врач расценивает как проявления острого аппендицита, и дивертикул Меккеля является находкой во время операции.

Диагностика ДМ достаточно сложна и, практически, невозможна обычными инструментальными и Рo-логическими методами.

При клинике дивертикулита, т.е. клинике острого хирургического заболевания органов брюшной полости и развитии клиники острой кишечной непроходимости, больной подлежит экстренному оперативному лечению, ДМ является находкой и подлежит удалению – пристеночное иссечение дивертикула с наложением шва на подвздошную кишку.

При возникновении же пептической язвы ДМ, т.е. развития кишечного кровотечения, которое часто не бывает массивным и может возникать периодически и спонтанно исчезать, спектр диагностических методик обнаружения ДМ очень ограничен.

С 1998 г. в клинике детской хирургии УГМА на базе Областной детской клинической больницы № 1 применяется новая методика диагностики: радиоизотопная скинтиграфия с технецием.

В основе этого метода лежит способность поглощать и экскретировать изотоп технеция клетками слизистой желудка, что позволяет определить эктопированный ее участок.

После введения изотопа производят множественные сканограммы в передне-задней и боковой проекции. В норме в желудке и мочевом пузыре отмечается плотная концентрация радионуклеида. Аккумулируют его, но в меньшей степени, и 12-перстная кишка и проксимальный отдел тощей.

Результаты скинтиграфии расцениваются как положительные, если обнаруживается аномальная аккумуляция радионуклеида. Дивертикул Меккеля обычно определяется в правом нижнем квадранте живота, но может иметь и любую иную локализацию. Чувствительность методики в плане диагностики ДМ колеблется, по данным литературы, от 50% до 92%.

Ложно положительные результаты бывают связаны с гиперемией слизистой или кровотечением, и могут быть получены при язвах, инвагина-

циях, кишечной обструкции, артерио-венозных аномалиях кишечной стенки. Из видов патологии, при которых сканирование дает положительные результаты на II месте по частоте после ДМ стоят кишечные удвоения.

С 1998 г. в клинике детской хирургии произведено 12 радиоизотопных исследований у больных с подозрением на ДМ. Типичная для дивертикула Меккеля аккумуляция радионуклеида выявлена у 4 больных (33,7%). Удвоение подвздошной кишки – у 1 больного (8,3%). Все случаи подтверждены во время лапаротомии. У 2 больных выявлена язва 12-перстной кишки.

Данная методика является методом выбора при диагностике ДМ, позволяет быстро и достоверно установить диагноз, определить последующую хирургическую тактику.

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА-НЕВРОЛОГА**

**Язькова О.Б.**

Одним из преимуществ компьютерной электроэнцефалографии (ЭЭГ) является возможность просмотра одного и того же фрагмента записи ЭЭГ в разных схемах отведений. Программное обеспечение "Энцэфалан 131 01" позволяет реконструировать ЭЭГ в любую схему отведений, имеющуюся в библиотеке монтажных схем или ввести свою новую схему.

Одна из возможных схем отведений – это среднесвзвешенная схема отведений, или CAR (Common Average Reference), при этом в качестве референтного значения вычисляется взвешенное среднее всех регистрируемых точек. Это среднее функционирует как пространственный высокочастотный фильтр, что находит свое применение в дифференциальной диагностике различных графоэлементов в записи. Например, артефакта от референтного электрода в исходном монополярном отведении или вспышкой медленных волн как проявления патологической активности. Реальная вспышка электрической активности мозга только незначительно снижается по амплитуде, но не исчезает при переключении в режим CAR или биполярную поперечную схему отведений.

Референтная реконструкция сокращает время, необходимое для проведения ЭЭГ исследования, в связи с тем, что запись производится только в одной схеме отведения, а последующий просмотр и анализ ЭЭГ – в любых других схемах и в любое удобное время.

Фильтрация исходного сигнала ЭЭГ: из исходной ЭЭГ может быть выделен сигнал в любом частотном диапазоне (Альфа, Бета, Тета, Дельта), можно уменьшить влияние на сигнал некоторых видов артефактов (электроокулографические, электромиографические, движений, стевой наводки).