

Один больной из числа наблюдаемых направлен на оперативное лечение по поводу анкилоза височно-челюстного сустава. Причиной прогрессирования болезни явилась неосведомленность родителей о данном заболевании, их позднее обращение в специализированное лечебное учреждение и тяжесть самого патологического процесса.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК**

**Сысоев С.Г., Огарков И.П., Бородулин И.В., Ангерчик С.В.**

Гинекологические заболевания у девочек - достаточно распространенная патология. По данным различных клиник частота этой патологии составляет до 1,8% от общего числа операций. Детям с острой гинекологической патологией помощь оказывается в отделении неотложной хирургии на базе ДГКМБ № 9.

Наибольшее количество среди нозологических форм занимают воспалительные процессы в полости малого таза, так называемые пельвиоперитониты. Наиболее распространенная причина развития данного заболевания - восходящая урогенитальная инфекция. Такие дети с хроническими вульвовагинитами, как правило, находятся на лечении в детских поликлиниках по месту жительства. Стоит отметить, что данная патология является характерной для стран третьего мира. К сожалению, тенденция к росту данного заболевания ставит нас в ряд с этими странами.

В отделение неотложной хирургии ДГКМБ №9 с 1996 по 1999 гг. доставлено 112 девочек в возрасте от 1 года до 14 лет, у которых при поступлении была диагностирована гинекологическая патология. Все дети доставлены в клинику с подозрением на острый аппендицит.

Из 112 человек наибольшую группу составили дети с пельвиоперитонитами - 69 человек (61,6%). На стадии дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и пельвиоперитонитом проводится противовоспалительная и посиндромная терапия. При наличии отчетливой положительной динамики (улучшение общего состояния, нормализация температуры тела, регресс болевого синдрома) консервативная терапия продолжается под контролем клинических и лабораторных показателей. В случае отсутствия эффекта от проводимого лечения в первые 12 часов выставляются показания к оперативному лечению (лечебно-диагностическая лапароскопия). Перечень оперативных вмешательств при различных нозологических формах заболеваний приведен в табл. 1.

## Виды оперативных вмешательств

Нозология	Лапароскопические операции	Лапаротомия	Не оперировано
Пельвиоперитонит	36	28	5
Киста яичника	8	10	4
Перекрут кисты яичника	3	9	-
Перекрут придатка	-	6	-
Апоплексия яичника	-	2	-

При выявлении характерных признаков воспаления органов малого таза производится бактериологический и бактериоскопический контроль с последующей санацией полости малого таза растворами антисептиков с подведением антибактериальных препаратов. При выраженных вторичных изменениях червеобразного отростка производится аппендэктомия. В послеоперационном периоде все дети получают комплексное лечение с последующей диспансеризацией у детского гинеколога, по месту жительства.

Наряду с гинекологическими воспалительными заболеваниями у 34 детей (30,4%) выявлены кистозные образования придатков, из них у 22 (19,6%) девочек обнаружены неосложненные кисты, и у 12 человек (10,7%) отмечались осложнения, связанные с перекрутом кисты. В случае перекрута кисты выставлялись срочные показания к операции. При отсутствии экстренных показаний после углубленного исследования, включая компьютерную томографию, выполнялась плановая операция. Изолированные перекруты придатков диагностированы у 6 человек (5,4% случаев), в связи с чем были установлены показания к оперативному лечению. В настоящее время детям, поступившим в ранние сроки (до 6 часов) с момента заболевания, применяется лапароскопическая деторсия перекрученного придатка с последующим ультразвуковым контролем в динамике. В двух случаях (1,8%) отмечалась апоплексия яичника, потребовавшая ушивания разрыва, и у одной больной (0,9%) обнаружена гематоэтра. Эти данные отражены в табл. 2.

Таблица 2

## Структура нозологических форм

Нозологическая форма	Количество	%
Пельвиоперитонит	69	61,6
Киста яичника	22	19,6
Перекрут кисты яичника	12	10,7
Перекрут придатка	6	5,4
Апоплексия яичника	2	1,8
Гематоэтра	1	0,9

Всем выполнено оперативное вмешательство по неотложным показаниям.

В настоящее время для оказания экстренной помощи детям с гинекологической патологией имеется тенденция к применению органосохраняющих, малоинвазивных лапароскопических операций с обязательной диспансеризацией у детского гинеколога по месту жительства.

Всем девочкам проводится комплексная терапия, направленная на профилактику бесплодия. Последняя включает в себя физиопроцедуры с противовоспалительной целью, витаминотерапия. Все дети проходят комплексное обследование на выявление экстрагенитальной патологии и наличие специфических возбудителей: туберкулез, хламидии, вирусные инфекции, уреаплазмоз, микоплазмоз. При обнаружении возбудителя проводится его санация. Дети состоят на диспансерном наблюдении до 18 лет.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕКОНСТРУКТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ НА КОСТЯХ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ**

**Хребтов А.П., Агеев В.В., Силунский Ю.Г., Петросян А.А.**

В настоящее время сохраняется тенденция если не к росту, то к сохранению определенного числа детей, получивших тяжелые черепно-мозговые повреждения, которые осложняются наличием различных интракраниальных объемных процессов и развитием компрессионно-дислокационного синдрома, что, как правило, требует экстренного оперативного вмешательства.

Требования современной нейротравматологии сводятся к проведению своевременных неотложных лечебных мероприятий в сочетании с комплексным восстановительным лечением, что позволяет не только сохранить жизнь пациента, но и способствует наиболее полному восстановлению здоровья с минимальным дефицитом.

Учитывая эти тенденции, нами произведены некоторые изменения в тактике экстренного и восстановительного оперативного лечения больных с данным видом патологии. Изменился подход в выборе вариантов экстренной краниотомии - предпочтение отдается проведению декомпрессивных костно-пластических трепанаций с сохранением (консервацией) костного лоскута (или всех костных фрагментов при оскольчатых переломах черепа); минимально применяются классические резекционные доступы (без сохранения резецированных участков кости).

Сохранение (консервация) костного лоскута (костных фрагментов) позволяет в дальнейшем использовать их при реконструкции пострезекционного дефекта, что является наиболее физиологичным для пациента, снижает риск отторжения трансплантата и позволяет полностью отказаться от исполь-