

АА за 5-летний период у 57 детей, среди них преобладали девочки (53,3%). Свищевые формы атрезии заднего прохода и прямой кишки диагностированы у 52 детей (91,2%): ректопромежностный свищ (48,9%), ректоvesикальный (14,9%), ректовестибулярный свищ (14,9%), ректоуретральный свищ (10,6%), колоvesикальный свищ (2,1%) при атрезии левого отдела толстой кишки и прямой кишки. Множественные врожденные аномалии выявлены у 61% детей с АА, наиболее частое сочетание - с пороками мочевыделительной и половой системы, атрезией пищевода, врожденными пороками сердца.

Выбор срока и способа оперативной коррекции зависит от варианта АА. Наличие свищей в мочевую систему и узких свищей иной анатомической локализации у 38 (66,7%) детей потребовало оперативного лечения в первые сутки жизни. При низкой форме атрезии прямой кишки со свищем (20 случаев) выполнена одномоментная промежностная проктопластика, при высокой форме (18) – этапная хирургическая коррекция с предварительным формированием колостомы и радикальным этапом через 4-8 недель. Наличие широких ректопромежностных ректовестибулярных свищей (14) при отсутствии симптомов колостазы позволило выполнить основной этап коррекции АА отсроченно - при стабилизации состояния, при ликвидации иных жизнеугрожающих пороков. Объем оперативного вмешательства зависел от анатомической формы АА: брюшно-промежностная или промежностная проктопластика с иссечением свища.

Ближайшие результаты лечения благоприятные. Отдаленный послеоперационный период требовал проведения комплексной реабилитационной терапии. Жалобы на энурез, энкопрез, отсутствие позывов на дефекацию возникли у 27,9% детей. Степень патологических функциональных изменений (нейрогенные дисфункции тазовых органов) наиболее выражена в группе детей с высокой формой АА, что свидетельствует о параллельности порока с каудальной миелодисплазией. Своевременное систематичное комплексное лечение (физиолечение, медикаментозное, нетрадиционная терапия) позволяет добиться положительного эффекта.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

А.С. Пронь, С.С. Пронь

**Красноярский государственный медицинский университет,
Красноярск, Российская Федерация**

Актуальность обусловлена тем, что кистозные трансформации желчных протоков встречаются довольно часто среди всех пороков пищеварительной системы.

Цель исследования – анализ диагностической тактики и методов хирургического лечения при кистозных трансформациях желчных протоков.

Материал и методы. Исследование проводили у 19 детей в возрасте от 1 мес. до 14 лет с врожденными кистами желчных протоков. Из них 6 детей (24%) поступили с подозрением на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, 12 детей (52%) наблюдались и лечились у педиатра по поводу дискинезии желчевыводящих путей в течение 6 месяцев – 1 года, 5 детей (24%) были направлены из инфекционных отделений после исключения вирусных гепатитов. При обследовании детей использовали клинко-лабораторную диагностику и инструментальные методы исследования.

Основными симптомами у детей с кистами желчных протоков были следующие: болевой синдром – 33,3%, желтуха – 25%, наличие пальпируемой опухоли – 33,3%, диспепсический синдром – 58,3%, отсутствие жалоб – 41,6%. Изменения лабораторных показателей носили умеренный характер. Тип IA кистозной трансформации выявлен в 7 случаях (37%), тип IIB выявлен в 9 случаях (47%), тип IIIC – 1 случай (5%), тип V выявлен в 2 случаях (11%). Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: цистодуоденостомия, дренирование холедоха по Керу – 5,9%; цистоеюностомия с У-образной выключенной петлей тонкой кишки по Ру-Герцену – 23,5%; резекция кисты, пластика холедоха – 5,9%; иссечение кисты по Lilly J, гепатикоеюноанастомоз с двойной антирефлюксной защитой – 17,6%; резекция кисты, анастомоз между общим печеночным протоком и У-образной петлей тонкой кишки с двойной антирефлюксной защитой – 47%. Всем больным выполнена холецистэктомия для ликвидации возможного осложнения - калькулезного холецистита. Хороший результат получен в 79% случаев, признаки гастродуоденита не обнаружены. Удовлетворительный результат получен у 4 больных (21% случаев).

Выводы. Таким образом, своевременное и по показаниям выполненное оперативное вмешательство позволяет улучшить отдаленные результаты лечения больных с кистозными трансформациями желчевыводящих путей, после чего отмечаются быстрое восстановление двигательной активности, уменьшение болевого синдрома и отсутствие грозных осложнений, таких, как калькулезный холецистит, холестаз.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Е.Б. Прудникович

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

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой встречаемости - 50- 73%, склонностью к рецидивирующему течению - в 7- 10% случаев, высокой летальностью, достигающей 31,4%, - 40% наблюдений.

Клинический материал составили 128 человек с явлениями спаечной кишечной непроходимости (СКН). Из них девочек - 47 (36,72%), мальчиков – 81 (63,28%).

Диагностика базировалась на результатах жалоб, анамнеза, клинической картины, рентгенологического обследования и УЗИ. При подозрении на странгуляцию выполнялась спиральная компьютерная томография органов брюшной полости.

У 18 (14,08%) диагностирована ранняя спаечная кишечная непроходимость, спаечно-паретическая отмечена