

капроновую кислоту, дицинон, фибриноген), переливание одногруппной эритроцитарной массы, полиглюкина, альбумина, нативной или сухой плазмы. Для локальной остановки кровотечения применяли лечебную эндоскопию, покрывая участок кровотечения пленкообразующими полимерами (лифузол, гастрозол) или выполняли диатермокоагуляцию. Знание клинической картины ЖКУ у детей позволит своевременно установить диагноз и выбрать правильную тактику лечения, что значительно улучшит исход заболевания.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ И СТЕНОЗОВ НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ

М.П. Нехорошкова, Д.Ю. Гузаева
Челябинская государственная медицинская академия,
Челябинск, Российская Федерация

Цель. Определить место и роль лучевых методов диагностики, выбор метода хирургического лечения врожденных стенозов наружных желчных ходов и кист общего желчного протока у детей.

В отделении детской хирургии с 2001 по 2008 год оперировано 17 детей с кистой холедоха и стенозом наружных желчных ходов в возрасте от 1 месяца до 13 лет. Клиническая триада симптомов в наших случаях имела место у 8 пациентов. Явления холангита диагностированы у двух детей. Диагностика патологии гепатодуоденальной зоны основывалась на данных УЗИ, оральной и внутривенной холангиографии (при кистах малых размеров не всегда удавалось установить диагноз), многоспиральной компьютерной томографии с контрастированием (МСКТ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). У 1 пациента имелась атрезия дистального отдела общего желчного протока – по этому поводу создан холедоходуоденоанастомоз. В 3-х случаях диагностирован стеноз большого дуоденального сосочка. 13 детей имели кистозную трансформацию наружных желчных ходов: тип I – 8, тип II – 4, тип III – 1. Выполняли наиболее распространенную в этих случаях операцию гепатикоеюностомии на отключенной петле по Ру с формированием антирефлюксной защиты и без формирования таковой. Стеноз гепатикоеюноанастомоза отмечен у одного больного без формирования антирефлюксной защиты. Трем детям произведена па-пилосфинктеропластика. При кисте более 5 см в диаметре двум детям с целью формирования желчного протока выполнено иссечение передней стенки кисты с наложением анастомоза с верхней стенкой горизонтальной части двенадцатиперстной кишки++. В этих случаях обязательным считаем выполнение холецистэктомии, так как после наложения анастомоза эвакуаторная функция желчного пузыря нарушается, что приводит к застою желчи и хроническому воспалению. Одному больному с кистой объемом более двух литров, занимающей почти всю брюшную полость, наложен цистоеюноанастомоз.

Выводы. Таким образом, наиболее информативными в диагностике патологии желчевыводящих путей у детей являются УЗИ и многосрезовая компьютерная томография, которая позволяет у всех больных установить правильный диагноз и определить характер хирургического вмешательства. Операцией выбора является гепатикоеюностомия на отключенной по Ру петле с антирефлюксной защитой.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В.С. Обозин, Р.И. Абайханов, Е.И. Таташина, Г.М. Барнаш, Л.П. Ксенафонтова
Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация

Кишечная непроходимость (КН) – патология, в основе которой – нарушение естественного продвижения кишечного содержимого по кишечной трубке, в результате возникновения препятствия, обусловленного различными причинами, и проявляющегося болями в животе, рвотой, вздутием живота, неотхождением газов и стула с развитием тяжелых эндотоксических поражений органов и систем. Острая непроходимость кишечника составляет 3,5 - 9% всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, является причиной почти 30% летальных исходов во всей группе urgentных больных.

Цель исследования: улучшение результатов лечения путем оптимизации лечебно-диагностической программы у детей с приобретенной кишечной непроходимостью и разработка профилактических мероприятий.

Задачи исследования: анализ результатов лечения больных, проходивших лечение по поводу кишечной непроходимости в ГУЗ КДКБ г. Ставрополя с 2000 по 2008 год; выявление причин возникновения КН; выбор наиболее оптимальной патогенетически обоснованной тактики лечения при данной патологии; иммуногистохимическое изучение факторов ангиогенеза (FGF, VEGF) и клеточного матрикса (Laminin) при спаечном процессе в брюшной полости; изучение влияния современных методов лечения и профилактики на формирование КН в клинических и экспериментальных условиях.

Источниками изучения являлись стационарные карты 68 больных с диагнозом “кишечная непроходимость” за 2000-2008 год.

Для эксперимента были использованы 70 беспородных крыс, у которых моделировали спаечный процесс брюшной полости. В предоперационном и в послеоперационном периоде в опытной группе осуществляли введение полиэнзимного препарата. Фрагменты париетальной и висцеральной брюшины использовали для иммуногистохимического исследования факторов ангиогенеза: васкулоэндотелиального фактора (VEGF), фактора роста фибробластов (FGF-basic) и ламинина (Laminin).

Исследование клинических историй болезней показало необходимость проведения противоспаечной терапии для профилактики возникновения спаечного процесса и улучшения результатов лечения.

Иммуногистохимическое исследование экспрессии факторов ангиогенеза (VEGF и bFGF) с формированием базальной мембраны (Laminin) позволяет прогнозировать развитие спаечного процесса в брюшной полости после оперативного вмешательства. Гидролитические ферменты обеспечивают синхронизацию процесса формиро-