

личалось ранней экстубацией больных, кратким профилактическим пребыванием в отделении реанимации (не более 24 часов, в среднем 11,5 часов), ранним восстановлением пассажа по кишечнику (на 1-2 сутки у всех больных), низкой потребностью в назначении наркотических анальгетиков (не более 1 суток). Сроки пребывания в стационаре составили в среднем 12,6 суток.

В послеоперационном периоде всем детям проводилось бужирование прямой кишки, начиная с 10 суток послеоперационного периода. В отдаленные сроки после операции стеноз прямой кишки и ануса развился у 2 детей с болезнью Гиршпрунга и у 1 ребенка с атрезией прямой кишки. Все случаи стенозирования разрешены консервативными мероприятиями путем бужирования в сроки от 2 до 7 месяцев. В сроки от 6 до 14 месяцев после операции у всех больных налажен самостоятельный регулярный стул.

У одного ребенка с атрезией прямой кишки через 3 месяца после операции сформировался избыток слизистой неоануса, в связи с чем выполнена корригирующая анопластика. Реоперация произведена у одного больного с болезнью Гиршпрунга в связи с оставлением остаточной зоны аганглиоза при субтотальном поражении толстой кишки.

У детей, оперированных по поводу высоких форм атрезии прямой кишки, обращало внимание полное отсутствие таких распространенных для данной патологии осложнений, как ранение уретры, нагноение послеоперационной раны и расхождение швов. Рецидивы кишечно-мочевых свищей также не наблюдались.

Таким образом, использование миниинвазивных методик в лечении различных заболеваний толстой кишки может быть альтернативой традиционным хирургическим методам, так как является менее травматичным и косметически выгодным. Эффективность лапароскопических методик при этом не уступает «открытым» методам.

616.34-053.2

И.Н. ЕГОРОВА, И.Е. ИВАНОВА, Р.М. ПЕРЛОВА

Институт усовершенствования врачей, г. Чебоксары

Структура заболеваемости верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей по данным консультативного кабинета гастроэнтеролога ДРКБ г. Чебоксары

Цель: определить структуру заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта по данным приема педиатра-гастроэнтеролога Детской республиканской больницы города Чебоксары.

Методы: в консультативную поликлинику с жалобами на боли в животе обратилось 1200 детей в возрасте от 3 до 17 лет. Дети были разделены на возрастные группы: от 3 до 7 лет, от 8 до 10 лет, от 11 до 14 лет, от 15 до 17 лет. Диагностика патологии органов пищеварения осуществлялась на основании стандартных критериев: анамнез, клинические данные, общеклинические биохимические методы исследования крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС.

Выводы: приведенные данные свидетельствуют, что:

- у 95% детей выявлена гастродуоденальная патология;
- во всех возрастных группах поверхностный гастродуоденит является преобладающей патологией (65%);
- структура выявленной патологии изменяется с возрастом, с формированием тяжелой органической патологии к 15 - 17 годам;
- сочетанная патология органов пищеварения встречается у 32%;
- у 27% детей имеют место моторные нарушения верхнего отдела пищеварительного тракта.