

чем гематогенного или лимфогенного заноса бактериальной инфекции в лимфоузлы брыжейки. Морфологические изменения в червеобразном отростке соответствовали его катаральной форме и считались вторично измененными. Послеоперационный период у больных протекал без осложнений. Мы не использовали дренирование микроиригатором брыжейки илеоцекального угла, что рекомендовалось вышеуказанным автором. Внедрение в практику неотложной абдоминальной хирургии у детей лапароскопии позволило наиболее информативно решить дифференциально-диагностическую задачу между мезаденитом и острым аппендицитом. В наших исследованиях этим методом мезаденит был диагностирован у 31 больного. В 4 наблюдениях, из-за невозможности выведения червеобразного отростка для лапароскопической визуализации, пришлось выполнить видеоассоциированную аппендэктомию. Последующее патогистологическое исследование удаленных отростков подтвердило их интактность в развитии мезаденита.

Таким образом, за последние годы произошел некоторый положительный патоморфоз в течении мезаденита, исчезли деструктивные его формы, что позволило менее травматично осуществлять оперативные вмешательства при нем.

ОЧАГОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ г. ВЛАДИВОСТОКА ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

И.Н. Боролис, Е.С. Шмырева

**Владивостокский государственный медицинский университет,
Владивосток, Российская Федерация**

Под термином «очаговое поражение» мы подразумеваем группу заболеваний, проявляющихся локальными нарушениями морфологической структуры паренхимы органа. Причины таких изменений весьма разнообразны. За период с 2003 по 2008 гг. на базе МУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Владивостока в отделении плановой хирургии на обследовании и лечении по поводу очаговых поражений печени и селезенки находился 41 больной в возрасте от 1 месяца до 17 лет.

По нозологиям больных можно разделить следующим образом: кальцинаты печени (18), врожденные (6) и посттравматические (3) кисты селезенки, паразитарные (4) и непаразитарные (4) кисты печени, абсцесс печени (1), метастатическое поражение печени (2). Наиболее многочисленной группой больных явились дети с кальцинатами печени. Поводом для обследования послужили боли в животе и правом подреберье у 13 больных. Пяти детям УЗИ органов брюшной полости проводили в связи с другими заболеваниями. По результатам ИФА у 2 детей выявлены антитела к цитомегаловирусу, у 2-к лямблиям, у 2-к токсокарам, у 1 ребенка - к эхинококку. У 11 детей не удалось выяснить этиологию заболевания. При выявлении возбудителя дети получали соответствующую терапию. Второй по численности группой были больные с врожденными кистами селезенки – 6 человек. Хирургическое лечение было проведено 4 детям. Паразитарные кисты печени были обнаружены у 4 больных. Хирургическое лечение было представлено эхинококкэктомией с обработкой остаточной полости 2% раствором формалина. Непаразитарные кисты печени были обнаружены также у 4 больных. Хирургическое удаление кисты проводилось в 1 случае. По поводу посттравматических кист селезенки получали лечение 3 больных. Всем детям проводилось хирургическое лечение. Абсцессы печени были обнаружены у 1 ребенка. Ребенку проводились дренирование абсцессов, антибактериальная терапия. Один ребенок был оперирован по поводу солидно-кистозной опухоли поджелудочной железы с прорастанием селезенки. Ребенку было выполнено удаление опухоли, спленэктомия. 2 детей наблюдались по поводу гемангиомы печени. У 2 детей очаговые образования печени оказались метастазами опухолей. Детям была назначена химиотерапия.

В заключение мы предлагаем всех детей, имеющих локальные изменения печени, селезенки, обследовать в отделениях хирургического профиля с обязательным ультразвуковым исследованием органов брюшной полости, серологическим обследованием и биопсией печени, диспансерным наблюдением хирурга.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭГДС КАК ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ МАНИПУЛЯЦИИ ПРИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Н.Н. Громова, Р.Э. Цатишаев

**Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация**

Актуальность. Пищеводно-желудочное кровотечение (ПЖК) частое и наиболее опасное осложнение портальной гипертензии (ПГ). Летальность при этом осложнении, по данным разных авторов, колеблется от 22% до 84%. Рецидив ПЖК значительно увеличивает риск летального исхода.

Цель. Изучить эффективность эндоскопического метода диагностики и лечения ПЖК у детей с портальной гипертензией.

Структура исследования. Одномоментное, ретроспективно описательное исследование.

Клиническая база. Отделения экстренной и плановой хирургии КДКБ г. Ставрополя. Критерии включения: дети с диагнозом ПГ, осложнённая кровотечением. Критерии исключения: дети с неосложнённой ПГ.

Описание метода: ЭГДС проводилось аппаратом «Olympus XR 20» под эндотрахеальным наркозом с ИВЛ. Эндоскопическое склерозирование (ЭС) выполнялось с помощью тefлонового инъектора, d=2,3 мм путем интравазального введения 3% р-ра фибровейна или перивазальным введением 2% р-ра этоксисклерола. Клипирование сосуда проводилось танталовыми скрепками специальным клипатором.

За 2007-2008 год поступило 33 ребенка с диагнозом внепеченочная форма портальной гипертензии (ВФПГ), осложнённая кровотечением. Из них у 23 детей на момент госпитализации кровотечение было приостановлено, у 10- имелись признаки продолжающегося кровотечения. С рецидивом кровотечения 4 больных поступили пов-

торно и 1 ребенок – четырехкратно. Возраст детей: от 1,5 до 16 лет. Диагностическая ЭГДС была проведена у 31 ребенка. Пищеводно-желудочный варикоз II ст. (ПЖВ-II) обнаружен у 16 детей, ПЖВ - III - у 13, ПЖВ-IV - у 2-х. Источниками кровотечения у подавляющего большинства детей (29) были множественные эрозии слизистой дна и тела желудка на фоне выраженной гипертензионной гастропатии (ГГ). ЭС было проведено у 4 детей, у одного ЭС дополнено клипированием кровоточащего сосуда на протяжении.

Результаты. Проведение диагностической ЭГДС позволило в 100% случаев установить источник кровотечения, определить степень и протяженность ПЖВ, а также выраженность ГГ. После проведенного ЭС у 1 больного отмечался двукратный ранний рецидив кровотечения с интервалом в 10-11 дней, потребовавший повторного эндоскопического вмешательства. У всех детей на момент выписки сохранялись признаки ГГ.

Вывод. Неотложная ЭГДС позволяет установить точную локализацию и характер источника кровотечения, выбрать оптимальный способ гемостаза. ЭС целесообразно только при кровоточащих венах в области кардии. Достаточно высокий процент (33%) повторных кровотечений на фоне ГГ свидетельствует о необходимости более радикального подхода при лечении данной категории больных.

ЭХИНОКОККОЗ У ДЕТЕЙ ГОРОДА КАРАГАНДЫ

В.Р. Дасаев, С.К. Тасбулатова

Карагадинская государственная медицинская академия, Караганда, Киргизстан

Во многих странах мира эхинококкозы являются тяжелым паразитарным заболеванием, серьезной медицинской и социальной проблемой, требующей первоочередного искоренения (по данным ВОЗ, 1991 г.). В этом отношении Казахстан не исключение. В последние годы отмечается обострение эпидемической и эпизоотической ситуации по эхинококкозу (гидатидная форма). Вместе с тем повсеместное ухудшение экологической обстановки, значительная миграция населения способствуют распространению паразита в городских условиях. Актуальность проблемы эхинококкоза у детей определяется отсутствием патогномичных симптомов на ранних этапах заболевания, неспецифичностью лабораторных методов исследования.

Целью нашего исследования явилось проведение анализа заболеваемости эхинококкозом у детей, методов диагностики и лечения, чтобы в дальнейшем разработать более конкретные алгоритмы профилактики, клиники, диагностики и эффективных методов лечения.

В ОДКБ г. Караганды за период с 2004 по 2008 гг. находилось на лечении по поводу эхинококкоза 90 детей в возрасте от 4 до 15 лет. Больные в основном поступали из различных районов Карагадинской области. У 15 детей, которые поступили из г. Караганды и городов-спутников, в анамнезе выявлено, что они ранее проживали в сельской местности или выезжали туда на летние каникулы. В плановом порядке поступило 56 детей, 18 больных с различными диагнозами. При поступлении у 10 больных отмечались жалобы на тупые, ноющие боли.

По нашим данным, чаще всего эхинококкозом поражалась печень (62 больных), на втором месте поражение легких - у 19 детей, у 6 больных – поражение селезенки и другой локализации - у 5 детей. Всем детям проведено рентгенологическое обследование. Наиболее информативным методом явилось ультразвуковое исследование. Полученные результаты учитывались при предоперационной подготовке и оперативном вмешательстве. В течение 2-х лет (2005-2006) у 18 больных с поражением печени была применена идеальная эхинококкэктомия - удаление кисты с окружающей ее фиброзной капсулой. Послеоперационный период - без осложнений. Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии. Наблюдение этих больных в катамнезе показало отсутствие полостей при УЗИ печени. Нами соответственно выработаны алгоритмы профилактики, ранней диагностики и малоинвазивной операции.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Т.В. Зайцева

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Российская Федерация

На сегодняшний день, несмотря на успехи медицины на современном этапе и практически нулевую летальность, аппендикулярный перитонит остается наиболее острой проблемой неотложной абдоминальной хирургии детского возраста. Одной из характерных особенностей современного этапа развития детской хирургии являются разработка и использование в клинической практике разнообразных малоинвазивных методов лечения, в том числе эндовидеохирургических технологий.

Целью настоящего исследования явились оценка возможности и эффективность использования лапароскопии в лечении аппендикулярного перитонита у детей. Для решения поставленной цели были исследованы истории болезни 72 детей, находившихся на лечении в ОДКБ №1 г. Читы за период 2005–2008 гг.

Для объективной сравнительной оценки результатов лечения детей с аппендикулярными перитонитами были выделены 2 группы больных. Первую составили дети, которым было произведено лапароскопическое вмешательство, группу сравнения – больные, которым выполнялась лапаротомия. Средняя продолжительность лапароскопической операции составила 90 минут, в контрольной группе - 100 минут.

В послеоперационном периоде исследовались такие показатели, как продолжительность болевого синдрома и интоксикации, длительность и выраженность пареза кишечника, частота ранних послеоперационных осложнений.

После лапароскопического вмешательства больные отмечают значительное уменьшение боли на 2 сутки после операции, а к концу третьих суток жалоб не предъявляли 79% пациентов. В группе сравнения болевой синдром был выражен в течение первых 3-х суток после операции.

У большинства больных после лапароскопического вмешательства интоксикационный синдром сохранялся в среднем 3 суток (в группе контроля – 5-7 суток), что позволило сократить сроки инфузионной терапии до 4 суток.