

ГОРЕМЫКИН И.В., НАПОЛЬНИКОВ Ф.К., ПОГОСЯН К.Л.

616.712-044.923

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Опыт лечения воронкообразной деформации грудной клетки

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) — порок развития, отрицательно влияющий не только на состояние сердечно-легочной системы, но и на психосоциальную адаптацию ребенка, поэтому необходима его своевременная коррекция. Наша клиника обладает 30-летним опытом хирургического лечения ВДГК. До 2006 года выполнено 67 операций по методике Ravich. Общеизвестно, что данная методика вмешательства является длительной и травматичной (кровопотеря до 500-600 мл), хотя в большинстве случаев имеет приемлемый результат. В послеоперационном периоде пациенты требовали длительного обезболивания. Часто косметический эффект оставался неудовлетворительным: неполное устранение деформации, протяженные келоидные рубцы. В настоящее время в клинике внедрена в практику торакопластика по D. Nuss. С 2006 по 2010 год выполнена 41 операция по данной методике, 13 — девочкам, 28 — мальчикам. Средний возраст пациентов составил 10,6 года. Кроме наличия эстетического дефекта, 28% из них предъявляли соматические жалобы. Двум детям при рецидиве деформации после травматического смещения пластины и при синдроме Poland была выполнена операция Ravich.

При выполнении торакопластики пластина проводилась слева направо без торакоскопического контроля, что отличается от классической методики D. Nuss. Использовались корригирующие пластины аналогичные по размерам и жесткости предлагаемым D. Nuss. Длительность операции не превышала 85 минут. Ни в одном случае мы не получили гемодинамически значимой кровопотери. Дренирования плевральной полости в послеоперационном периоде не выполнялось. Самостоятельно ходить некоторые пациенты начинали на вторые сутки после операции. У 15 пациентов корригирующая пластина удалена через 2 года после установки. Во всех случаях мы можем констатировать удовлетворительный косметический результат и отсутствие рецидивов деформации. Осложнениями операции были: 1 случай раннего послеоперационного смещения пластины, что потребовало операции Ravich, 2 случая развития серомы в области выхода пластины из грудной клетки — лечения не потребовалось.

Наш опыт использования методики D. Nuss при коррекции воронкообразной деформации грудной клетки у детей свидетельствует о ее высокой надежности и безопасности.

616.61-006-08-053.2

ГОРЕМЫКИН И.В., ЖАРКОВ Д.А.

НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Эффективность различных методов лечения кист почек у детей

Кистозное поражение почек является довольно частой патологией в детской урологической практике. Давление кисты на почечную паренхиму вызывает дистрофические изменения в последней с последующим возможным развитием почечной недостаточности в случаях двустороннего поражения.

В клинике детской хирургии Саратовского медуниверситета за последние 10 лет выполнены 8 открытых (люмботомия),

12 лапароскопических и 4 ретроперитонеоскопических фенестрации кист почек, а также с 2006 года начато выполнение склерозирующей пункционной терапии под УЗ-контролем — 8 детей. Для склерозирования использовался 96%-ный спирт с экспозицией 5 минут. При наличии кист диаметром более 4 см в полость кисты устанавливался нефростомический катетер и проводилось 5-кратное введение спирта (через сут-



ки). Большинство кист являлись солитарными и располагались в верхнем полюсе почки. Диагностика включала в себя УЗ-исследование, КТ и динамическую нефросцинтиграфию. Трое детей страдали поликистозом почек, и была выполнена в 2 случаях лапароскопическая фенестрация наибольших по размерам кист одновременно с обеих сторон, а у одного ребенка — ретроперитонеоскопическая фенестрация с одной стороны. Объемы удаленных и пунктированных кист были в пределах 5–150 мл. В одном случае при выполнении лапароскопии при пункции кисты получен жидкий гной, выполнена конверсия к люмботомии с дренированием внутрипочечного абсцесса.

Общеизвестно, что кисты почек имеют тенденцию к рецидивированию, что заставляет совершенствовать способы их лечения. По нашим данным, из 8 оперированных открытым способом кист рецидивировали 2 (25%), из 12 лапароскопическим доступом — 4 (33,3%), из 4 ретроперитонеоскопическим — 1 (при поликистозе) (25%). Наиболее эффективным оказалось пункционное лечение кист, когда рецидив возник только в 1 случае (17%). Таким образом, склерозирование кист является не только малотравматичным методом лечения, но и достаточно эффективным, позволяющим даже в случае рецидивирования проводить повторные пункции кисты.

616.381-002-072.1-053.2

ГОРОДКОВ С.Ю.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Результаты лапароскопического лечения аппендикулярных перитонитов у детей

С 2007 года в клинике применяется лапароскопический доступ при аппендикулярных перитонитах (АП) у детей. С января 2007 по сентябрь 2010 года в клинике находилось 97 детей с АП. Медиана возраста составила 10 лет (min — 2, max — 16; интерквартильный размах — 23–25). Средний срок от начала заболевания — 32 часа (s=5). Местных форм перитонитов было 63 (65%), из них отграниченных — 12; разлитых АП — 34 (35%). Установка портов — стандартная (F. Gotz), формирование культи отростка — петлей Roeder, аппендэктомия лигатурным способом. Санация брюшной полости электроотсосом. Орошение не использовали. Дренирование брюшной полости во всех случаях осуществляли по принципу профессора А.И. Генералова полихлорвиниловой трубкой: у 52 через отдельный вкол в правом подвздошье, у 45 через левый лапаропорт. Средняя продолжительность вмешательства 112 минут (s=15). Конверсий было две (2,06%). Во всех случаях конверсии были связаны с особенностями расположения отростка.

Осложнений не было. Пребывания в отделении реанимации потребовали все дети с разлитым перитонитом и 8 человек с местным АП. Средняя продолжительность пребывания в реанимации — 36,2 час. (s=8). Средний срок восстановления пассажа по кишечнику — 28 часов (s=4). Дренирование брюшной полости заканчивали через сутки после прекращения отделяемого. Средняя продолжительность дренирования брюшной полости при местном перитоните — 38,4 часа (s=7); при разлитом — 124 часа (s=21). Средний срок пребывания в стационаре — 18 суток, главным образом за счет противовоспалительной физиотерапии. Осложнений в отдаленном периоде не было.

Таким образом, лапароскопический доступ при АП у детей позволил осуществить тщательную санацию брюшной полости, полноценное дренирование, минимизацию операционной агрессии, снизить срок пребывания в отделении реанимации и общий стационарный период.