

9. Ware L. B., Bastarache J. A., Wang L. Coagulation and fibrinolysis in human acute lung injury- new therapeutic targets? // Keio j. med. – 2005. – V. 54 (3). – P. 142–214.

10. Ware L. B., Matthay M. A., Parsons P. E. et al. Pathogenetic and prognostic significance of altered coagulation and fibrinolysis in acute lung injury: acute respiratory distress syndrome // Crit. care med. – 2007. – V. 35 (8). – P. 1821–1828.

11. Ware L. B., Camerer E., Welty-Wolf K. et al. Bench to bedside: targeting coagulation and fibrinolysis in acute lung injury // Am j. physiol. lung. cell. mol. physiol. – 2006. – V. 291 (3). – P. 307–311.

Поступила 2.09.2010

**А. Е. СТРЮКОВСКИЙ, В. А. ТАРАКАНОВ, В. М. СТАРЧЕНКО,
В. М. НАДГЕРИЕВ, А. Н. ЛУНЯКА, О. А. ТЕРЕЩЕНКО, А. В. ПОЛЕЕВ,
А. В. ПАЛЬЧИКОВ, А. В. ШАТОВ, И. С. ЛЕВЧЕНКО, Н. В. ПИЛИПЕНКО**

ЭКСТРЕННАЯ КОЛОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА

*Кафедра хирургических болезней детского возраста КГМУ,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8-905-47-00-264. E-mail: lan137@mail.ru*

Лечение детей с болезнью Гиршпрунга является актуальной проблемой детской хирургии. Работа основана на опыте лечения 106 детей с болезнью Гиршпрунга. Разработаны современные показания для наложения колостомы у данной группы больных. Определена оптимальная локализация выведения противоестественного заднего прохода. Анализ традиционного и разработанного методов лечения показал, что последний позволяет сократить сроки предоперационной подготовки и повысить её эффективность.

Ключевые слова: дети, болезнь Гиршпрунга, колостомия.

**A. E. STRYKOVSKY, V. A. TARAKANOV, V. M. STARCHENKO, V. M. NADGERIEV,
A. N. LUNYAKA, O. A. TERESCHENKO, A. V. POLEEV, A. V. PALCHIKOV,
A. V. SHATOV, I. S. LEVCHENKO, N. V. PILIPENKO**

EMERGENCY COLOSTOMIA IN TREATMENT OF CHILDREN WITH ILLNESS HIRSCHSPRUNGS

*The chair of surgical diseases of children KGMU,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina st., 4, tel. 8-905-47-00-264. E-mail: lan 137@mail.ru*

Treatment of children with illness is an topical problems of childrens surgery. Given research in the article is based on experience of treatment of 106 patients. Up-to-date indications are developed for applying of colostomy at the given group of patients. Optimal localization of exteriorizing colostomy is specified. The analysis of traditional and the developed methods of treatment has shown that last allows to reduce preoperative periods and to raise its efficiency.

Key words: children, Hirschsprungs illness, colostomy.

Введение

Врождённые заболевания толстой кишки являются наиболее тяжёлой патологией желудочно-кишечного тракта и встречаются с частотой 1: 2000–5000 новорожденных [2, 5]. Актуальность лечения детей с данной патологией обусловлена высокой частотой встречаемости, большим количеством послеоперационных гнойно-септических осложнений – до 68,37% случаев, высокой летальностью, достигающей 17,17% наблюдений, особенно у детей периода новорожденности с сочетанными пороками развития [1, 4]. Частота встречаемости сочетанных пороков развития при данной патологии превышает 50% наблюдений [3, 6]. Наиболее часто встречаются сочетания пороков развития толстой кишки с аномалиями: мочевыделительной системы – 20–54% случаев, сердечно-сосудистой системы – 15–22% наблюдений [2, 5, 7]. На высоких цифрах сохраняется количество неудовлетворительных результатов от первично корригирующих операций – до 31,62% случаев [1, 3, 7].

До настоящего времени остаются окончательно не решенными вопросы тактики проведения хирургической коррекции врожденных заболеваний толстой кишки. Дискутабельным остаётся вопрос о показаниях и месте наложения противоестественного заднего прохода у детей с данной патологией в зависимости от анатомического варианта порока развития и наличия сочетанной врождённой патологии.

Материалы и методы

Располагаем опытом лечения 106 больных с различными анатомическими вариантами болезни Гиршпрунга, обоего пола, в возрасте от 0 до 15 лет. В зависимости от использовавшихся методов лечения они были разделены на две группы, идентичные по возрастному-половому составу, нозологии и тяжести состояния.

Основную группу составили 62 ребёнка с болезнью Гиршпрунга. Болезнь Гиршпрунга была представлена двумя анатомическими вариантами: ректосигмоидная форма – 58 больных (93,50% наблюдений);

субтотальная форма – 4 пациента (6,45% случаев). Из них мальчиков (М) – 49 человек, девочек (Д) – 13. Соотношение М:Д = 1:3,77. Лечение проводилось по разработанному в клинике методикам.

Контрольную группу составили 44 пациента с болезнью Гиршпрунга. В этой группе болезнь Гиршпрунга также была представлена двумя анатомическими вариантами: ректосигмоидная форма – 43 больных (97,73% наблюдений); субтотальная форма – 1 пациент (2,27% случаев). Из них мальчиков – 33 человека, девочек – 11 детей. Соотношение М:Д = 1:3. Группа сформирована историческим методом. Лечение проводилось по традиционным методикам.

Показанием к экстренному наложению противоестественного заднего прохода у детей с болезнью Гиршпрунга в контрольной группе являлся сам диагноз данной патологии с минимальными проявлениями клиники декомпенсации. Считаем, что абсолютными показаниями к экстренной колостомии у детей с болезнью Гиршпрунга являются:

- любая форма болезни Гиршпрунга в стадии декомпенсации при невозможности перевода больного в стадию субкомпенсации консервативными мероприятиями;
- шокоподобные реакции на сифонную клизму;
- повторные операции при рецидиве болезни Гиршпрунга;
- аномалии развития мочеполовой системы, обуславливающие нарушение деривации мочи;
- пороки развития сердечно-сосудистой системы, требующие хирургической коррекции.

Эти критерии были использованы при лечении детей с болезнью Гиршпрунга, составивших основную группу.

При оперативном лечении детей с болезнью Гиршпрунга, составивших контрольную группу, использовалась правосторонняя колостомия – в 100% случаев. Несомненными преимуществами наложения раздельно-декомпрессионной колостомы на правые отделы толстой кишки являются:

- выведение толстокишечного свища на заведомо здоровом участке кишечника;
- более лёгкая мобилизация толстой кишки во время проведения радикального этапа оперативного лечения;
- наложение толстокишечного анастомоза на «отключённом» сегменте толстой кишки.

Несмотря на указанные положительные моменты, правосторонняя колостомия обладает целым рядом существенных недостатков:

- наложение колостомы на правые отделы толстой кишки «выключает» из нормального функционирования значительную часть кишечника и способствует развитию более выраженных нарушений в гомеостазе больного (анемия, гиподиспротеинемия, электролитные нарушения, дефекты синтеза витаминов группы В, дисбиоз кишечника и, как следствие, развитие тяжёлых вторичных комбинированных иммунодефицитных состояний);
- значительно затрудняется механическая очистка толстой кишки, что приводит к снижению её качества;
- закрытие правосторонней колостомы требует отдельного этапа оперативного вмешательства;
- сокращение размеров зоны супрастенотического расширения вызывает значительные трудности в оп-

ределении проксимальной границы зоны аганглиоза при выполнении радикального этапа хирургического лечения.

В связи с перечисленными недостатками при лечении детей с болезнью Гиршпрунга, составивших основную группу, нами использовалось наложение левосторонней колостомы на 4–5 см выше зоны аганглиоза. Считаем, что данная локализация кишечного свища обладает рядом преимуществ:

- из нормального функционирования исключается минимальный участок толстой кишки, что способствует уменьшению выраженности в гомеостазе больного и ее более лёгкой коррекции при проведении предоперационной подготовки;
- значительно облегчается механическая очистка толстой кишки, что улучшает ее качество;
- при выполнении радикальной операции колостомы служит своеобразным маркером проксимальной границы зоны аганглиоза;
- данная локализация противоестественного заднего прохода позволяет восстанавливать полноценную проходимость желудочно-кишечного тракта во время проведения радикальной операции и исключает один этап хирургической коррекции.

Критериями эффективности разработанной программы колостомии при лечении детей с болезнью Гиршпрунга считаем следующие параметры: количество выполненных паллиативных операций; длительность предоперационной подготовки; частоту инфузий белковых и аминокислотных препаратов в предоперационном периоде; частоту гемотрансфузий, проведённых в предоперационном периоде; качество механической очистки толстой кишки перед проведением радикального оперативного вмешательства.

Результаты исследования

Проведение сравнительного анализа изучаемых критериев убедительно свидетельствует в пользу разработанной программы колостомии у детей с болезнью Гиршпрунга.

Значительно уменьшилось количество выполненных паллиативных операций. В контрольной группе больных они были выполнены у 37 детей, что составило 84,09% случаев. Среди пациентов, составивших основную группу, наложение противоестественного заднего прохода выполнено у 33 детей, что составило 53,23% наблюдений.

Сократилось количество гемотрансфузий, выполняемых в предоперационном периоде. Коррекция анемии у детей в контрольной группе потребовала переливания эритроцитарной массы у 35 человек – 79,55% случаев, а в основной группе у 5 больных – 8,07% наблюдений.

Аналогичная картина отмечалась при сравнении частоты трансфузий белковых и аминокислотных препаратов. В контрольной группе для коррекции гиподиспротеинемии инфузии белковых и аминокислотных препаратов использовались у 39 детей – 88,64% случаев. Среди пациентов, составивших основную группу, переливания белковых и аминокислотных препаратов применялись у 14 человек – 22,58% наблюдений.

Улучшилось качество механической очистки толстой кишки перед проведением радикального этапа оперативного лечения. У больных, составивших контрольную группу, неудовлетворительная механическая очистка толстой кишки отмечалась у 7 пациентов –

15,91% наблюдений. Случаев неудовлетворительной «механической» подготовки толстой кишки к радикальной операции у детей, составивших основную группу, не отмечалось. Эффективность механической очистки толстой кишки оценивалась интраоперационно.

Использование левосторонней колостомы позволило значительно сократить длительность предоперационной подготовки в стационарных условиях. Среди детей с болезнью Гиршпрунга, составивших контрольную группу (правосторонняя колостомия), длительность предоперационной подготовки составила $26,39 \pm 0,11$ суток, а у детей, составивших основную группу, — $11,52 \pm 0,08$ койко-дня.

Заключение

Разработанные показания к проведению колостомии позволили сократить количество выполняемых паллиативных операций почти в 2 раза. Использование левосторонней колостомии дало возможность сократить количество проводимых в предоперационном периоде гемотрансфузий почти в 10 раз, а инфузий белковых и аминокислотных препаратов — более чем в 4 раза. Значительно улучшилось качество «механической» подготовки толстой кишки к радикальному оперативному вмешательству. При этом удалось добиться сокращения длительности предоперационной подготовки более чем в 2 раза. Совокупность приведенных данных убедитель-

но свидетельствует о высокой эффективности предложенной программы колостомии при лечении детей с болезнью Гиршпрунга и позволяет рекомендовать её для широкого клинического применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быков Н. И., Чепурной Г. И., Кивва А. Н. Выбор оптимального варианта хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей // Детская хирургия. — 2007. — № 5. — С. 10–12.
2. Дронов А. Ф., Смирнов А. Н., Завалихин А. Г. Непосредственные результаты видеоассистированных операций на кишечнике у детей // Детская хирургия. — 2009. — № 3. — С. 8–11.
3. Ковалёв М. В., Чепурной Г. И., Татьянченко В. К. и др. Использование феномена реканализации толстой кишки в хирургическом лечении детей с болезнью Гиршпрунга // Детская хирургия. — 2009. — № 6. — С. 17–19.
4. Хамраев А. Ж. Хирургическое лечение детей с приобретёнными запорами // Детская хирургия. — 2008. — № 1. — С. 7–10.
5. Шапошников В. И. К вопросу о наложении колостомы // Мат. науч. трудов Дагестанской государственной медицинской академии. — Махачкала, 2007. — С. 470–472.
6. Luis L. A., Encinas J. L., Avila I. F. // Cir. pediatr. — 2006. — Vol. 19. № 3. — P. 177–181.
7. Schweirer P., Berger F., Schweirer M. J. // Pediatr. surg. — 2007. — Vol. 42. № 3. — P. 536–543.

Поступила 24.06.2010

**В. А. ТАРАКАНОВ, А. Н. ЛУНЯКА, А. Е. СТРЮКОВСКИЙ,
В. М. НАДГЕРИЕВ, В. М. СТАРЧЕНКО, О. А. ТЕРЕЩЕНКО,
А. В. ПАЛЬЧИКОВ, И. С. ЛЕВЧЕНКО, А. В. ШАТОВ**

ПРИНЦИПЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЁНКИ И ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

*Кафедра хирургических болезней детского возраста КГМУ,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина 4;
детская краевая клиническая больница,
Россия, 350063, г. Краснодар, пл. Победы, 1. E-mail: lan137@mail.ru*

Представлен анализ лечения 107 детей с различными закрытыми травматическими повреждениями селезёнки и печени. В основу лечения положен органосохраняющий принцип в лечебной тактике и хирургической технике. Дифференцированный подход с использованием консервативной терапии при отсутствии признаков продолжающегося внутрибрюшного кровотечения и использование в оперативном лечении органосберегающих методик остановки кровотечения позволили значительно снизить уровень спленэктомий и избежать летальности и осложнений при изолированных повреждениях паренхиматозных органов у детей.

Ключевые слова: травма паренхиматозных органов, лечебная тактика, дети.

**V. A. TARAKANOV, A. N. LUNYAKA, A. E. STRUKOVSKY, V. M. NADGERIEV,
V. M. STARCHENKO, O. A. TERESCHENKO, A. V. PALCHIKOV,
I. S. LEVCHENKO, A. V. SHATOV**

**THE ORGANOSAVED PRINCIPLE IN THE MANAGEMENT
CLOSED SPLEEN AND LIVER TRAUMATIC INJURIES**

*Children's surgical diseases department of the Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, 4 Sedin str.;
children's regional clinical hospital,
Russia, 350063, Krasnodar, Pobeda ploshad, 1. E-mail: lan137@mail.ru*