

(5,59±0,8 и 8,13±0,7 Г/л) составила 2,54 (p<0,05), а ЛИИ -(1,27±0,4 и 2,97±0,9) 1,7 (p<0,05).

Нормализация температуры тела в опытной и контрольной группах происходила в среднем на 5-6 сутки.

Средняя длительность пребывания в стационаре больных первой группы составила 8,5 дня, второй группы - 13,9 дней (p<0,05). Ранних послеоперационных осложнений у больных в первой группе не отмечено, у больных второй группы - 1 в виде инфильтрата брюшной полости - вылечен консервативно.

Таким образом, использование лапароскопической операции при осложненных формах острого аппендицита более целесообразно, поскольку способствует быстрому уменьшению интоксикации, снижает риск развития послеоперационных осложнений и сокращает сроки пребывания больного в стационаре, что, на наш взгляд, связано с меньшей травматичностью метода и более тщательной санацией в ходе операции.

## **СПЛЕНЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Н.Н. Колесова**

**Челябинская государственная медицинская академия,  
Челябинск, Российская Федерация**

Работа основана на анализе результатов лапароскопических вмешательств у 21 ребенка с наследственной микросфероцитарной анемией, тромбгеморрагической пурпурой, болезнью Гоше за 5 лет. Возраст больных был от 2 до 16 лет. Наследственная микросфероцитарная анемия была у 15, тромбгеморрагическая пурпура - у 5, болезнь Гоше - у одного больного. Всем пациентам проводилась предоперационная подготовка в отделении детской гематологии, включая заместительную гормонотерапию.

Среди больных, которым выполнена лапароскопическая спленэктомия, преобладали дети с наследственной микросфероцитарной анемией (15), в том числе в сочетании с калькулезным холециститом. Наличие желчнокаменной болезни осложняло течение основного заболевания у 5 больных. Клинические проявления были связаны с наличием болевого синдрома, обострением хронического холецистита, механической желтухи. У одного больного наличие холелитиаза потребовало проведения эндоскопической ретроградной холангиографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Лапароскопическая спленэктомия выполнена всем больным. После выделения органа и отсечения диафрагмальной связки селезенка помещалась в полиэтиленовый мешок и удалялась через минилапаротомный доступ. При больших размерах органа применялся электромеханический морциллятор. На заключительном этапе проводилась санация брюшной полости, контроль гемостаза и выполнялись дополнительные манипуляции при наличии калькулезного холецистита – холецистэктомия.

Средняя продолжительность лапароскопической спленэктомии составила 45,8 ± 15,4 мин., при спленэктомии традиционным способом - 80 ± 12,5 мин. Ни в одном случае не было конверсии, все вмешательства заканчивались эндоскопически. Интраоперационных осложнений не отмечено. Контрольный дренаж удаляли через сутки. В отдаленные сроки через 2 года после спленэктомии у одного больного возникла спаечная кишечная непроходимость. Дети после лапароскопической спленэктомии выписывались на амбулаторное лечение на 5-7 день после операции.

Выводы: лапароскопическая спленэктомия в настоящее время является методом выбора при лечении доброкачественных гематологических заболеваний у детей. Использование современных методов препаровки и гемостаза позволяет надежно выполнить все этапы операции, что исключает как интра - так, и послеоперационные осложнения.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МЕГАДОЛИХОКОЛОНА У ДЕТЕЙ**

**А.Н. Копылов**

**Иркутский государственный медицинский университет,  
Иркутск, Российская Федерация**

Синдром мегадолихоколон включает в себя патологию толстой кишки в виде её удлинения и расширения в диаметре. Расширение кишки может быть представлено идеопатическим растягиванием, самостоятельной нозологической формой - болезнью Гиршпрунга, а также следствием хронического запора.

Материал и методы. В Иркутской области помощь детям с патологией толстой и прямой кишки оказывается централизованно. На базе детской городской клинической больницы с 1997 г. организована палата на 7 коек, куда поступают дети со всей области, а также из других отдаленных областей и республик. За 10 лет в стационаре получили лечение 1043 пациента, из которых 40% - с диагнозом хронический запор. С диагнозом болезнь Гиршпрунга оперировано 28 детей; с синдромом Пайра - 6 детей; резекция кишки произведена у 13 детей.

Для определения тактики лечения нами применялся разработанный комплекс исследований, включающий: общий клинический осмотр больного, лабораторный скрининг, рентгенологическое исследование – контрастная ирригография, УЗИ органов брюшной полости, почек, сердца. В ряде случаев выполнена электромиография наружного анального сфинктера.

Результаты. При идиопатическом мегадолихоколоне вследствие длительных запоров, лечение заключалось в назначении консервативных мероприятий, направленных на ежедневное опорожнение кишки с помощью гипертонических клизм, стимуляции кишечника медикаментозными препаратами, и физиолечение. Пациенты с болезнью Гиршпрунга оперированы - выполнена брюшно-анальная проктопластика по Соаве-Ленюшкину. Осложнений в послеоперационном периоде не было. В настоящее время дети чувствуют себя хорошо, стул самостоятельный 1-2 раза в сутки. Пациентам с болезнью Пайра выполнено оперативное вмешательство. Показаниями для операции явились - отсутствие положительных результатов после 6-12 месяцев консервативной терапии и сохраняющийся абдоминальный болевой синдром, удлинение толстой кишки с образованием многопетлистости, а также

возраст ребенка старше 10 лет. В катamnезе все дети чувствуют себя хорошо, болевой синдром купировался, акт дефекации самостоятельный, вегетативные и соматические расстройства не беспокоят.

Заключение. Таким образом, индивидуальный подход к лечению мегадолихоколон и тщательная реабилитация больных позволяет достигнуть неплохих результатов и ранней социальной реабилитации.

## **АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ**

**Т.К. Куканов**

**Медицинский университет Астана, Астана, Республика Казахстан**

Актуальность темы: Вопросы профилактики и лечения гинекологической патологии у девочек имеют важное социальное значение, поскольку успешное их решение улучшает репродуктивную функцию подрастающего поколения

Цель. Разработать алгоритм диагностики и лечения пельвиоперитонитов у детей.

В клинике детской хирургии МУА, расположенной на базе ГДБ №2 г. Астаны, с 2000 по – 2008 гг. находились на лечении 74 девочки с пельвиоперитонитом. В возрасте до 3 лет - 4 ребенка (5,4%), 4-7 лет - 29 детей (39,1%), 8-11 лет - 30 детей (40,5%), 12-14 лет - 11 девочек (14,8%). Возрастной контингент детей - от 4-11 лет. Состояние пациентов в большинстве случаев средней степени тяжести, начало заболевания острое, внезапное, с повышением температуры тела от 37,1-38 градусов. Беспокоят боли в нижних отделах живота, в большинстве случаев симптомы раздражения брюшины положительные, напряжение мышц передней брюшной стенки наблюдается не всегда или маловыражено. Характерны изменения анализа крови: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево. При УЗИ брюшной полости определяется наличие свободной жидкости в полости малого таза. Анализ клинических проявлений показал, что клиническая картина пельвиоперитонита позволила заподозрить заболевание у 53 детей (71,6%). Токсическая форма пельвиоперитонита наблюдалась у 1 ребенка (1,3%). Проведенный анализ общего анализа крови показал, что повышенное содержание лейкоцитов палочкоядерных, сегментоядерных нейтрофилов и их сочетание, характерное для пельвиоперитонита, наблюдалось у 58 детей (78,3). Клиническая картина в сочетании с характерными изменениями в общих анализах крови, позволяющих заподозрить пельвиоперитонит, - у 57 детей (77,0%). Лапаротомия с аппендэктомией произведена у 22 (29,7%), лапароскопия и санация брюшной полости без аппендэктомии - у 52 детей (70,2%). В настоящее время всем девочкам с диагнозом аппендицит или при подозрении на пельвиоперитонит производится лапароскопия. В послеоперационном периоде назначают антибактериальную терапию, физиолечение, магнитотерапию, бакпосев из влагалища. Послеоперационный период протекал гладко, все дети на 6-7 суток выписывались из стационара под наблюдение детского гинеколога.

Выводы: для постановки правильного диагноза необходима правильная интерпретация клинических данных и общего анализа крови. У всех девочек, поступивших с диагнозом острый аппендицит, пельвиоперитонит, оперативное лечение надо начинать с лапароскопии и санации полости малого таза, аппендэктомия проводится по показаниям.

## **ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ НА ФОНЕ ПАЗАРИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА**

**А.В. Лиховид, Ранджит Абхиджай**

**Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация**

Практически все существующие виды паразитирующих в кишечнике человека червей могут встречаться в червеобразном отростке. Доказать непосредственную связь между паразитарными заболеваниями кишечника и острым аппендицитом представляется весьма сложным, но выявить частоту их сочетания возможно и необходимо, т. к. отрицать возможную этиопатогенетическую связь нельзя. До настоящего времени сохраняется тенденция к увеличению числа наблюдений больных детей, страдающих различными формами острого аппендицита в сочетании с вирусными, бактериальными инфекциями, а также кишечными паразитами. Подобные варианты сочетаний в известной мере изменяют течение клинической картины острого аппендицита у детей различных возрастных групп и требуют строго дифференцированного подхода.

Цель работы: показать частоту и особенности клинического течения острого аппендицита у детей с различными паразитарными заболеваниями кишечника.

Материал и методы. Проведен клинический анализ историй болезни детей, поступивших в Морозовскую ДКБ города Москвы с подозрением на острый аппендицит в период 2006-2008 гг.

Результаты. В 3-е экстренно-гнойное отделение МДГКБ поступило 2798 детей с подозрением на острый аппендицит, из них прооперировано по поводу острого аппендицита 735 детей; из них у 128 - гистологически установлена катаральная форма. Среди прооперированных детей в результате обследования в 17 случаях было выявлено паразитарное заболевание кишечника. У большинства пациентов в анамнезе имелись жалобы на различные диспептические расстройства: боли в животе различной локализации в течение длительного времени, расстройства стула, изменения аппетита. У части больных в общем анализе крови обнаружена эозинофилия. Обследование включало в себя анализ кала на яйцеглист и ультразвуковое обследование брюшной полости. В 12 случаях выявлен энтеробиоз, в 5 - аскаридоз. В результате гистологических исследований паразиты в червеобразном отростке были обнаружены только при катаральных формах аппендицита. Дети с паразитарными заболеваниями кишечника получали соответствующее этиотропное лечение.

Выводы. 1. Острый аппендицит сочетался с паразитарными заболеваниями кишечника в 7% случаев, что подтверждает необходимость помнить о возможности сочетания данных патологий и их вероятной этиопатогенетической связи. 2. Чаще всего катаральный аппендицит сочетался с энтеробиозом (9,3% случаев), затем - с аскаридозом (3,9% случаев). 3. В большинстве случаев при постановке диагноза следует иметь в виду, что наличие в анамнезе длительных диспептических расстройств может указывать на паразитарное заболевание. 4. При гистологическом исследовании червеобразного отростка, как правило, паразиты были обнаружены при катаральных формах аппендицита.