

У большинства пациентов после лапароскопии отмечены проявления пареза 1-2 степени, которые купировались на фоне терапии к 3 суткам послеоперационного периода, в группе сравнения – парез 2-3 степени купировался на 4-5 суток.

Повторные вмешательства по поводу осложнений в раннем послеоперационном периоде в группе контроля выполнялись в 4% случаев, после лапароскопических операций осложнений не наблюдалось.

Таким образом, полученные нами результаты позволяют считать лапароскопический способ лечения перитонитов достойной альтернативой традиционной операции.

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Е.С. Кавардакова, А.Т. Хазиев**  
**Алтайский государственный медицинский университет,**  
**Барнаул, Российская Федерация**

Несмотря на большое количество методов лечения портальной гипертензии у детей эта проблема остаётся далекой от разрешения. Одним из самых тяжелых осложнений этого заболевания являются гастро-эзофагальные кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВП).

В клинике детской хирургии на базе Алтайской краевой клинической детской больницы за период с 1997 по 2008 год наблюдалось 80 больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ). В возрасте от 6 месяцев до 14 лет.

Всем детям проводились клиничко-лабораторное обследование, исследование системы гемостаза. По данным УЗИ, доплерографического исследования определены показатели портальной гемодинамики, выявлена кавернозная трансформация воротной вены, облитерация ствола воротной вены или ее ветвей, спленомегалия, множественные естественные порто-портальные и порто-кавальные анастомозы. При ФЭГС ВРВП выявлено у всех больных. ВРВП I-II степени диагностировано у 9 детей; II – у 8; III – у 43 и III-IV – у 20.

У 58 больных с высоким риском гастро-эзофагального кровотечения (III-IV степень ВРВП) или после состоявшегося кровотечения выполнялась операция разобщения: гастротомия с прошиванием вен пищевода и кардиального отдела желудка, криооментогепатопексия, спленэктомия по строгим показаниям при выраженном гиперспленизме. Рецидив кровотечения после операции разобщения возник у 18 детей. Повторное прошивание вен пищевода и желудка выполнено 15 пациентам. В связи с нарастанием степени ВРВП после оперативного лечения 21 детям проводилось эндоскопическое склерозирование вен пищевода.

С целью профилактики кровотечения эндосклерозирование без оперативного вмешательства выполняли 4 больным со II-III степенью ВРВП без выраженных воспалительных изменений со стороны слизистой пищевода. В качестве склерозанта использовался 1% р-р этоксисклерола в дозировке 2 мг на 1 кг веса ребенка. Проводили 3-5 курса с интервалом 3-6 месяцев, по 1-5 сеансов до полной облитерации варикозно-расширенных вен.

Таким образом, дифференцированный комплексный подход к лечению ПГ с использованием хирургических и эндоскопических методов позволяет уменьшить число рецидивов гастро-эзофагальных кровотечений, улучшить результаты лечения ПГ, избежать летальных исходов.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ**

**А.Г. Кинаров, М.О. Иванова**  
**Тюменская государственная медицинская академия,**  
**Тюмень, Российская Федерация**

Проблема лечения спаечной болезни до настоящего времени остается достаточно актуальной. Активное внедрение в детскую хирургическую практику лапароскопических методов диагностики и лечения многих хирургических заболеваний открывает значительные перспективы в лечении спаечной болезни у детей различных возрастных групп.

Целью нашего исследования было изучение результатов лечения детей со спаечной кишечной непроходимостью, поступивших в стационар в остром периоде заболевания, получивших противоспаечную терапию и подвергшихся оперативному лечению. С этой целью нами изучены 153 истории болезни детей от 1 года до 18-ти лет, госпитализированных в хирургические отделения клиники детской хирургии г. Тюмени с подозрением на спаечную кишечную непроходимость. Всем пациентам с первых часов нахождения в стационаре была назначена консервативная терапия.

Консервативная терапия, включающая в себя инфузионную терапию с обязательной коррекцией ионного баланса, стероидных гормонов, 0,5% раствор хлористого калия, прозерин и очистительные клизмы, позволила улучшить состояние пациентов, ликвидировать признаки непроходимости и отказаться от оперативного лечения еще у 37 из 94-х больных. Нарастание клинической картины непроходимости и интоксикации потребовало выполнения оперативного пособия у 57 (60%) пациентов.

Оперированные дети, в связи с отличием в тактике, разделены на две группы.

Первая группа пациентов (30) оперирована традиционно. Выполнялась лапаротомия, рассечение спаек с ликвидацией непроходимости (21).

Во второй группе (27 детей) операция выполнена лапароскопически. В качестве одного из объективных критериев показаний для оперативного лечения, выбора объема операции, ее вида проведена лапароскопическая диагностика выраженности и распространенности спаечного процесса. При локальном спаечном процессе проводилось рассечение спаек.