

пической операции по Касаи подверглись 12 детей, соответственно 6 пациентам проводилась открытая операция по Касаи. Исследование показало, что проведение лапараскопической операции эффективно для пациентов с атрезией желчевыводящих протоков до 3-х месячного возраста у пациентов старше 3 месяцев терапевтический эффект от операции был ощутимо ниже, чем у группы пациентов, которым операция проводилась до 3 месяцев жизни. Лапараскопическая методика позволила сократить у всех пациентов послеоперационный период в среднем на 7-10 дней. Осложнения наблюдались у 3 пациентов. Осложнения после открытой операции наблюдались у 3 пациентов.

Выводы: лапараскопическая операция по Касаи является оптимальным вариантом хирургического лечения атрезии желчевыводящих путей у детей раннего возраста, что в исследовании подтвердилось значительным сокращением интра- и послеоперационных осложнений и улучшением ранних отдаленных результатов хирургического лечения

КОПРОСТАЗ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

А.Е. Цапкин, Е.А. Рыжов, Л.А. Ким, А.К. Коновалов

**Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии,
ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Российская Федерация**

В начале XXI столетия копростаз по-прежнему остается одной из актуальных проблем детской хирургии. Своевременное распознавание хронического колостаз в этих случаях дает возможность проводить этиопатогенетическое лечение и избежать оперативных вмешательств.

Данная работа основана на анализе результатов клиничко-лабораторного обследования и лечения 70 больных в возрасте от 2 до 16 лет. Все пациенты находились в отделении неотложной и гнойной хирургии ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологий» на базе ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы с 2004 по 2008 год г.

Все дети госпитализированы в клинику с подозрением на острые хирургические заболевания органов брюшной полости. При поступлении 34 (48,6%) больных предъявляли жалобы на многократную рвоту, на абдоминальные боли - 23 (32,8%) пациента, на синдром пальпируемой «опухоли» -13 (18,6%) детей, отсутствие самостоятельного стула в течение 2-3 дней - у всех наблюдаемых детей, каломазание - у 23 (32,8%) больных. Целью обследования являлись исключение острой хирургической патологии, дифференциальная диагностика среди нозологических форм, при которых задержка стула является одним из симптомов, и выделение группы пациентов с функциональных характером хронического колостаз.

Во время обследования и лечения всем пациентам проводились рутинные исследования, включавшие в себя общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, коагулограмму, рентгенографию брюшной полости, эхонографию брюшной полости, ректальные исследования, оценку кожно-анального рефлекса Россолимо. В комплекс специальных мероприятий входили: ректороманоскопия, колоноскопия, контрастирование толстой кишки раствором сернокислого бария (ирригография), ректонометрия для определения пороговых величин рефлекторной и субъективной чувствительности, сфинктерометрия - с целью выявления снижения сократительной способности анальных жомов. При необходимости пациенты консультировались невропатологом для исключения психогенного запора.

Наиболее часто в клинической картине преобладали признаки каловой интоксикации. В этих случаях в анализах крови отмечалась выраженная анемия с гипопроотеинемией. Примерно у 45 пациентов (64%) на обзорной рентгенографии выявлялись признаки толстокишечного стаза. При поступлении у 11 детей (13%) выявлена клиника острого аппендицита. Остальным пациентам были проведены специальные методы обследования, в ходе которых выявлено: у 35 детей (50%) - толстокишечная непроходимость, протекающая под маской долихоsigmoid; у 23 (34,3%) - копростаз имел алиментарный характер, 1 ребенок (0,7%) - с тотальной формой болезни Гиршпрунга.

Таким образом, для уточнения диагноза и определения характера хронического колостаз необходимо проведение специальных методов обследования, включающих обзорную рентгенографию органов брюшной полости, ирригографию, ректороманоскопию, колоноскопию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А.А. Шаова

**Кабардино-Балкарский государственный университет,
Республиканская детская клиническая больница,
Нальчик, Российская Федерация**

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) у детей – одно из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний в абдоминальной хирургии. За 5 лет (с 2004 по 2008 г.) в детском хирургическом отделении нашей больницы проводилось лечение 42- х детей с ОСКН в возрасте от 2 месяцев до 15 лет: 22 девочки - 52,3% и 20 мальчиков - 47,6%.

Среди причин, по поводу которых проводилась первичная лапаротомия, преобладал острый аппендицит - у 40 (95,2%), в 1 случае (2,3%) - инвагинация кишечника и 1 случай - разрыв тонкой кишки в результате тупой травмы живота. Причиной, вызвавшей ОСКН, в 34 случаях были странгуляционные тяжи, в 6 случаях наблюдались множественные межпетлевые сращения, ущемление в «окне» у 2 детей. Ранняя ОСКН наблюдалась у 7 детей, поздняя - у 35.

Комплекс принятых в клинике консервативных мероприятий, направленных на нормализацию функции кишечника: декомпрессия ЖКТ, введение спазмолитиков, коррекция водно-солевого баланса, стимуляция кишеч-