

вания базальной мембраны и экспрессии факторов ангиогенеза (VEGF и bFGF), благодаря этому обеспечивается снижение спаечного процесса в брюшной полости после травматизации брюшины.

ШИНИРОВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В.В. Петров, Д.А. Хузин, И.В. Назаров

**Чувашский государственный университет, Медицинский институт,
Чебоксары, Российская Федерация**

Декомпрессия желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде при выраженном парезе тонкого кишечника является одним из основных моментов (если не главным) в комплексном лечении больных с разлитым перитонитом и острой кишечной непроходимостью. Благодаря шинированию тонкого кишечника уже к концу первых суток после операции ликвидируется интоксикация и восстанавливается перистальтика желудочно-кишечного тракта.

Вопрос о методах декомпрессии тонкого кишечника до сих пор является предметом горячих споров среди детских хирургов. Мы в своей работе в последние годы отдаем предпочтение в этом отношении аппендикотомии и цекостомии. По нашему мнению данные методики являются малотравматичными и высокоэффективными по сравнению с другими (сцеживание кишечного содержимого в толстую кишку, трансанальная интубация, подвесная энтеростомия и др.).

с 2000 по 2008 годы в нашей клинике лечились с применением данной методики 28 больных. У 15 из них был разлитой гнойный перитонит, 13 детей - с острой кишечной непроходимостью. Все эти дети выздоровели, а почти у половины из них наступило спонтанное закрытие кишечной стомы.

СИСТЕМНЫЕ СОСУДИСТЫЕ АНАСТОМОЗЫ И ЭНДОСКЛЕРОЗИРОВАНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Л.В. Подкорытова

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

Цель – оценить эффективность эндосклерозирования и хирургических методов профилактики кровотечений из варикозно – расширенных вен пищевода (ВРВП) у детей с портальной гипертензией (ПГ).

За последние 10 лет в клинике детской хирургии находилось на лечении 34 ребенка с ПГ в возрасте от 8 месяцев до 16 лет. Преобладающей формой ПГ была внепеченочная - у 28 (80,2%), внутрипеченочная – у 6 (19,8%). Метод профилактической облитерации ВРВП путем эндосклерозирования применен у 22 детей. Показанием для плановой склеротерапии были выраженные ВРВ кардии и высокий риск развития геморрагии. Во всех случаях склеротерапия проводилась до полной облитерации вариксов с обязательным контролем через 1– 3 месяца. У 19 (86,3%) пациентов на протяжении от 6 месяцев до 6 лет отмечалась положительная динамика: уменьшение степени ВРВП, отсутствие риска повторного кровотечения вплоть до полного исчезновения вариксов, эзофагита, гастропатии.

Последние 3 года при выборе варианта хирургического лечения (шунтирование) руководствовались данными трансумбиликальной гепатографии, доплерографии и многоспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастированием. 8 пациентам с функционирующей левой долевой ветвью воротной вены проведено обходное шунтирование с восстановлением физиологического кровотока печени. Из них шестерым после интраоперационной ревизии вены выполнено мезентерио-портальное шунтирование, двоим - Н - образное гастрико - портальное и 3-м с внутрипеченочной формой - дистальное спленоренальное. Результат шунтирования определялся на основании данных ФЭГДС, МСКТ и доплерографии. При оценке результатов лечения у 2 пациентов в первые 6 месяцев контроля отмечена недостаточная функция шунта с сохраняющейся II степенью варикозного расширения вен пищевода. У остальных детей отмечена динамическая регрессия размера и протяженности варикоза со снижением явлений гиперспленизма и гипертензионной гастропатии.

Таким образом, эффективность эндосклерозирования варикозного расширения вен пищевода и желудка при синдроме портальной гипертензии не вызывает сомнений и требует дальнейшей детализации технологии. Шунтирующие оперативные вмешательства являются эффективным и надежным методом профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода.

ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ В КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

В.Ю. Потапенко

**Уральская государственная медицинская академия,
Екатеринбург, Российская Федерация**

Проблема аноректальных аномалий (АА) остается актуальной в связи с вариативностью, сложностью хирургической коррекции, наличием на фоне хорошей анатомической реконструкции неудовлетворительных функциональных результатов.

Цель работы – провести ретро - и проспективный анализ клинко-анатомических вариантов АА, выбор способа и сроков оперативной коррекции порока, оценить отдаленные результаты.

Опыт клиники детской хирургии УГМА представлен результатами обследования и хирургической коррекции

АА за 5-летний период у 57 детей, среди них преобладали девочки (53,3%). Свищевые формы атрезии заднего прохода и прямой кишки диагностированы у 52 детей (91,2%): ректопромежностный свищ (48,9%), ректовезикальный (14,9%), ректовестибулярный свищ (14,9%), ректоуретральный свищ (10,6%), коловезикальный свищ (2,1%) при атрезии левого отдела толстой кишки и прямой кишки. Множественные врожденные аномалии выявлены у 61% детей с АА, наиболее частое сочетание - с пороками мочевыделительной и половой системы, атрезией пищевода, врожденными пороками сердца.

Выбор срока и способа оперативной коррекции зависит от варианта АА. Наличие свищей в мочевую систему и узких свищей иной анатомической локализации у 38 (66,7%) детей потребовало оперативного лечения в первые сутки жизни. При низкой форме атрезии прямой кишки со свищем (20 случаев) выполнена одномоментная промежностная проктопластика, при высокой форме (18) – этапная хирургическая коррекция с предварительным формированием колостомы и радикальным этапом через 4-8 недель. Наличие широких ректопромежностных ректовестибулярных свищей (14) при отсутствии симптомов колостазы позволило выполнить основной этап коррекции АА отсроченно - при стабилизации состояния, при ликвидации иных жизнеугрожающих пороков. Объем оперативного вмешательства зависел от анатомической формы АА: брюшно-промежностная или промежностная проктопластика с иссечением свища.

Ближайшие результаты лечения благоприятные. Отдаленный послеоперационный период требовал проведения комплексной реабилитационной терапии. Жалобы на энурез, энкопрез, отсутствие позывов на дефекацию возникли у 27,9% детей. Степень патологических функциональных изменений (нейрогенные дисфункции тазовых органов) наиболее выражена в группе детей с высокой формой АА, что свидетельствует о параллельности порока с каудальной миелодисплазией. Своевременное систематичное комплексное лечение (физиолечение, медикаментозное, нетрадиционная терапия) позволяет добиться положительного эффекта.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

А.С. Пронь, С.С. Пронь

Красноярский государственный медицинский университет,
Красноярск, Российская Федерация

Актуальность обусловлена тем, что кистозные трансформации желчных протоков встречаются довольно часто среди всех пороков пищеварительной системы.

Цель исследования – анализ диагностической тактики и методов хирургического лечения при кистозных трансформациях желчных протоков.

Материал и методы. Исследование проводили у 19 детей в возрасте от 1 мес. до 14 лет с врожденными кистами желчных протоков. Из них 6 детей (24%) поступили с подозрением на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, 12 детей (52%) наблюдались и лечились у педиатра по поводу дискинезии желчевыводящих путей в течение 6 месяцев – 1 года, 5 детей (24%) были направлены из инфекционных отделений после исключения вирусных гепатитов. При обследовании детей использовали клинко-лабораторную диагностику и инструментальные методы исследования.

Основными симптомами у детей с кистами желчных протоков были следующие: болевой синдром – 33,3%, желтуха – 25%, наличие пальпируемой опухоли – 33,3%, диспепсический синдром – 58,3%, отсутствие жалоб – 41,6%. Изменения лабораторных показателей носили умеренный характер. Тип IA кистозной трансформации выявлен в 7 случаях (37%), тип IIB выявлен в 9 случаях (47%), тип IIIC – 1 случай (5%), тип V выявлен в 2 случаях (11%). Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: цистодуоденостомия, дренирование холедоха по Керу – 5,9%; цистоеюностомия с У-образной выключенной петлей тонкой кишки по Ру-Герцену – 23,5%; резекция кисты, пластика холедоха – 5,9%; иссечение кисты по Lilly J, гепатикоюноанастомоз с двойной антирефлюксной защитой – 17,6%; резекция кисты, анастомоз между общим печеночным протоком и У-образной петлей тонкой кишки с двойной антирефлюксной защитой – 47%. Всем больным выполнена холецистэктомия для ликвидации возможного осложнения - калькулезного холецистита. Хороший результат получен в 79% случаев, признаки гастродуоденита не обнаружены. Удовлетворительный результат получен у 4 больных (21% случаев).

Выводы. Таким образом, своевременное и по показаниям выполненное оперативное вмешательство позволяет улучшить отдаленные результаты лечения больных с кистозными трансформациями желчевыводящих путей, после чего отмечаются быстрое восстановление двигательной активности, уменьшение болевого синдрома и отсутствие грозных осложнений, таких, как калькулезный холецистит, холестаз.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Е.Б. Прудникович

Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар, Российская Федерация

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой встречаемости - 50- 73%, склонностью к рецидивирующему течению - в 7- 10% случаев, высокой летальностью, достигающей 31,4%, - 40% наблюдений.

Клинический материал составили 128 человек с явлениями спаечной кишечной непроходимости (СКН). Из них девочек - 47 (36,72%), мальчиков – 81 (63,28%).

Диагностика базировалась на результатах жалоб, анамнеза, клинической картины, рентгенологического обследования и УЗИ. При подозрении на странгуляцию выполнялась спиральная компьютерная томография органов брюшной полости.

У 18 (14,08%) диагностирована ранняя спаечная кишечная непроходимость, спаечно-паретическая отмечена