

торых у всех больных диагностирован рефлюкс-илеит. На 20 (22,7%) рентгенограммах отмечен колонпоптоз с признаками воспалительных изменений в области илеоцекального отдела кишечника.

Проводимая консервативная терапия оказалась эффективной у 76 (86,3%) больных. Антирефлюксная баугинопластика в сочетании с аппендэктомией выполнена 12 (13,7%) пациентам, у которых рефлюкс-илеит соответствовал III степени.

На операции у 7 пациентов выявлены эмбриональные спайки. Мембрана Джексона деформировала илеоцекальный угол у 2 пациентов, связка Лейна – у

4, и в одном случае отмечено сочетание двух форм эмбриональных спаек. Тупым и острым путем спаечный процесс был устранен.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Все дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, даже незначительная деформация илеоцекального отдела может привести к хронической абдоминальной боли, а в сочетании с рефлюкс-илеитом она усиливает воспалительные и застойные процессы в желудочно-кишечном тракте.

## ПРОБЛЕМА АБДОМЕНАЛГИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**И.Ю. Карпова, В.А. Николайчук, Г.Б. Батанов**

Нижегородская государственная медицинская академия,  
детская городская клиническая больница № 1, г. Нижний Новгород

Проблема дифференциального диагноза при синдроме болей в животе у маленьких пациентов является одной из сложных задач для детского врача, особенно если речь идет о больных до 3 лет. Несмотря на многолетний опыт, частота диагностических и тактических ошибок в догоспитальном периоде сохраняется на прежнем уровне. Неграмотное назначение обезболивающих препаратов и плохое ориентирование в клинической симптоматике зачастую приводят к хронизации воспалительных процессов и тяжелым последствиям.

Ежегодно в хирургическую клинику Нижегородской государственной медицинской академии на базе МЛПУ «Детская городская клиническая больница № 1» поступает до 700 детей с болями в животе разных возрастных групп. Большинство больных доставляют из детских садов и школ бригады «скорой помощи».

С 2005 по 2006 год диагноз острого аппендицита подтвержден у 445 пациентов, из них с катаральным аппендицитом было 43 ребенка, флегмонозные формы отмечены в 246 случаях, гангрипозные изменения в червеобразном отростке выявлены у 50 больных и гангрипозно-перфоративный аппендицит и перитонит купированы в 106 операциях. Давность заболевания варьировалась от нескольких часов до 5–7 суток. Пик заболеваемости приходился на 9–13 лет.

После предоперационной подготовки, включающей предоперационную антибактериальную профилактику, всем больным выполнялась экстренная аппендэктомия. В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось. Летальных исходов не было.

Пациентам, у которых в процессе наблюдения диагноз острого аппендицита не подтвержден, проводилось комплексное обследование для выявления причин болей в животе, включающее в себя общий анализ крови, мочи, биохимические показатели крови, ультразвуковую диагностику органов брюшной полости и фиброгастроудоденоскопию. При выявлении рецидивирующих болей в животе 66 больным выполнялись ирригография и исследование мочи на индикатор для подтверждения хронической интоксикации.

Девочек было 58%, мальчиков – 42%. Пик заболеваемости приходился на 12–15 лет. У трети пациентов отмечены ранее диагностированные гастроэнтологические заболевания.

В анамнезе ведущее место занимали боли в животе, рвота отмечена в 25% случаев, 75% детей жаловались на явления диспепсии. В процессе обследования выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, из них гастриты отмечены у 152 пациентов, гастродуодениты – у 380, рефлюкс-илеиты – у 66, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта неуточненного генеза – в 276 случаях. У одного ребенка диагностирована язва желудка, осложненная кровотечением, которое удалось купировать с помощью консервативных мероприятий.

По поводу прободной язвы желудка прооперирован один пациент. Летальных исходов не было.

Таким образом, знание ведущей симптоматики при гастроудоденальной патологии и хирургических заболеваниях у детей позволит безошибочно поставить диагноз и назначить адекватное лечение.

## НОВЫЙ СПОСОБ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

**Н.Б. Киреева, М.Ю. Заугаров, В.В. Паршиков, Л.А. Хафизова, Д.Я. Алейник**

Нижегородская государственная медицинская академия,  
Нижегородская областная детская клиническая больница

В клинике детской хирургии НижГМА с 2001 года наряду с одногруппной плазмой и коллагеном, с целью коррекции пузырно-мочеточникового рефлюк-

са (ПМР) у детей используется культура ауто- или аллофибробластов (патент РФ). Эффективность лечения ПМР 2-3-й степеней достигает 76,7%. В 2006

году предложен способ эндоскопического лечения ПМР путем субуретерального введения культуры ауто- или аллофибробластов человека в коллагеновый болюс.

При осуществлении данного способа под устье мочеточника вначале вводят коллаген производства фирмы «МИТ» в количестве 2 мл, затем в образовавшийся болюс ауто- или аллофибробlastы человека в количестве 4,0 млн. клеток, содержащихся в 1,5–2,0 мл физиологического раствора. При УЗИ определяется валик значительных размеров в области устья мочеточника.

Лечение выполнено у 3 девочек в возрасте от 6 до 11 лет с ПМР 2–3-й степеней. Осложнений не наблюдалось. Контрольное УЗИ через 1, 3 и 6 месяцев выявило, что признаков ПМР нет, валик под устьем четко определяется. При цистографическом исследовании через 6 месяцев ПМР не обнаружено.

Положительный эффект от одновременного применения культуры фибробластов и коллагена объясняется не простым механическим смешиванием данных фиксирующих веществ. Во-первых, обеспечиваются максимальная сохранность и приживление

клеток за счет адгезии фибробластов на коллагене. Во-вторых, создание коллагенового валика дает моментальный антирефлюксный эффект, а ко времени его естественной элиминации фибробласти успевают выработать аутоколлаген в необходимом для фиксации мочеточника количестве. В-третьих, упрощается контроль за антирефлюксным механизмом устья мочеточника за счет улучшения визуализации валика при проведении УЗИ.

Таким образом, применение ауто- или аллофибробластов одновременно с коллагеном при лечении пузирно-мочеточникового рефлюкса у детей обеспечивает более надежную и длительную защиту пузирно-мочеточникового соустья, улучшает как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения. Отпадает необходимость в повторных инъекциях фиксирующих веществ, что упрощает и удешевляет лечение данной категории больных, снижает риск иммунных и других побочных реакций и осложнений. Следовательно, высокая эффективность предлагаемого метода делает целесообразным его внедрение в широкую клиническую практику.

## ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

**Е.В. Коротаев**

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника у детей, среди которых чаще всего встречаются остеохондропатия апофизов тел позвонков (болезнь Шейермана-May) и юношеский остеохондроз, являются причиной жалоб, связанных с нарушением функции позвоночного столба.

Целью работы явилось исследование больных с остеохондропатией позвоночника и юношеским остеохондрозом, включающее клинические и лучевые методы диагностики (рентгенография, МРТ), направленное на выявление особенностей, свойственных этим заболеваниям.

Обследованы 62 пациента в возрасте от 10 до 18 лет с дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника, находившиеся на лечении в ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова департамента здравоохранения администрации Архангельской области». Число девочек и мальчиков было равным 31.

Из общего количества больных с остеондропатией позвоночника обследованы 40 человек (23 девочки – 37,1% и 17 мальчиков – 27,4%), с юношеским остеохондрозом – 22 пациента (8 девочек – 12,9% и 14 мальчиков – 22,6%). Все дети были подростками: к младшей подростковой группе (10–14 лет) отнесены 34 человека (54,8%), к старшей (15–19 лет) – 28 (45,2%).

В результате клинического и инструментального обследований выявлено, что при остеохондропатии чаще поражается грудной и нижнегрудной отделы

позвоночного столба, при юношеском остеохондрозе – поясничный.

Ведущими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника являются жалобы на утомляемость и боли в пораженном отделе позвоночника при статической и физической нагрузке, изменение физиологических изгибов, наличие скolioтической деформации, ограничение и болезненность в позвоночнике при движении.

Дифференциально-диагностическими признаками дегенеративных изменений в позвоночнике являются рентгенологические симптомы. Для остеохондропатии характерны увеличение грудного кифоза и смещение его вершины каудально, полисегментарное поражение позвонков с формированием множественных мелких грыж Шморля, неровность замыкателевых пластинок и фрагментация апофизов тел позвонков. При юношеском остеохондрозе чаще происходит выпрямление поясничного лордоза, выявляются единичные срединные и задние грыжи Шморля, выраженный склероз замыкателевых пластинок. Снижение высоты межпозвонковых дисков при этих заболеваниях встречается одинаково часто.

Таким образом, сопоставительный анализ выявленных клинических и рентгенологических изменений позвоночника позволил определить особенности симптомокомплекса и характер развития деформации позвоночника при болезни Шейермана – May и юношеском остеохондрозе.