

чем гематогенного или лимфогенного заноса бактериальной инфекции в лимфоузлы брыжейки. Морфологические изменения в червеобразном отростке соответствовали его катаральной форме и считались вторично измененными. Послеоперационный период у больных протекал без осложнений. Мы не использовали дренирование микроиригатором брыжейки илеоцекального угла, что рекомендовалось вышеуказанным автором. Внедрение в практику неотложной абдоминальной хирургии у детей лапароскопии позволило наиболее информативно решить дифференциально-диагностическую задачу между мезаденитом и острым аппендицитом. В наших исследованиях этим методом мезаденит был диагностирован у 31 больного. В 4 наблюдениях, из-за невозможности выведения червеобразного отростка для лапароскопической визуализации, пришлось выполнить видеоассоциированную аппендэктомию. Последующее патогистологическое исследование удаленных отростков подтвердило их интактность в развитии мезаденита.

Таким образом, за последние годы произошел некоторый положительный патоморфоз в течении мезаденита, исчезли деструктивные его формы, что позволило менее травматично осуществлять оперативные вмешательства при нем.

ОЧАГОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ г. ВЛАДИВОСТОКА ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

И.Н. Боролис, Е.С. Шмырева

**Владивостокский государственный медицинский университет,
Владивосток, Российская Федерация**

Под термином «очаговое поражение» мы подразумеваем группу заболеваний, проявляющихся локальными нарушениями морфологической структуры паренхимы органа. Причины таких изменений весьма разнообразны. За период с 2003 по 2008 гг. на базе МУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Владивостока в отделении плановой хирургии на обследовании и лечении по поводу очаговых поражений печени и селезенки находился 41 больной в возрасте от 1 месяца до 17 лет.

По нозологиям больных можно разделить следующим образом: кальцинаты печени (18), врожденные (6) и посттравматические (3) кисты селезенки, паразитарные (4) и непаразитарные (4) кисты печени, абсцесс печени (1), метастатическое поражение печени (2). Наиболее многочисленной группой больных явились дети с кальцинатами печени. Поводом для обследования послужили боли в животе и правом подреберье у 13 больных. Пяти детям УЗИ органов брюшной полости проводили в связи с другими заболеваниями. По результатам ИФА у 2 детей выявлены антитела к цитомегаловирусу, у 2-к лямблиям, у 2-к токсокарам, у 1 ребенка - к эхинококку. У 11 детей не удалось выяснить этиологию заболевания. При выявлении возбудителя дети получали соответствующую терапию. Второй по численности группой были больные с врожденными кистами селезенки – 6 человек. Хирургическое лечение было проведено 4 детям. Паразитарные кисты печени были обнаружены у 4 больных. Хирургическое лечение было представлено эхинококкэктомией с обработкой остаточной полости 2% раствором формалина. Непаразитарные кисты печени были обнаружены также у 4 больных. Хирургическое удаление кисты проводилось в 1 случае. По поводу посттравматических кист селезенки получали лечение 3 больных. Всем детям проводилось хирургическое лечение. Абсцессы печени были обнаружены у 1 ребенка. Ребенку проводились дренирование абсцессов, антибактериальная терапия. Один ребенок был оперирован по поводу солидно-кистозной опухоли поджелудочной железы с прорастанием селезенки. Ребенку было выполнено удаление опухоли, спленэктомия. 2 детей наблюдались по поводу гемангиомы печени. У 2 детей очаговые образования печени оказались метастазами опухолей. Детям была назначена химиотерапия.

В заключение мы предлагаем всех детей, имеющих локальные изменения печени, селезенки, обследовать в отделениях хирургического профиля с обязательным ультразвуковым исследованием органов брюшной полости, серологическим обследованием и биопсией печени, диспансерным наблюдением хирурга.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭГДС КАК ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ МАНИПУЛЯЦИИ ПРИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Н.Н. Громова, Р.Э. Цатишаев

**Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация**

Актуальность. Пищеводно-желудочное кровотечение (ПЖК) частое и наиболее опасное осложнение портальной гипертензии (ПГ). Летальность при этом осложнении, по данным разных авторов, колеблется от 22% до 84%. Рецидив ПЖК значительно увеличивает риск летального исхода.

Цель. Изучить эффективность эндоскопического метода диагностики и лечения ПЖК у детей с портальной гипертензией.

Структура исследования. Одномоментное, ретроспективно описательное исследование.

Клиническая база. Отделения экстренной и плановой хирургии КДКБ г. Ставрополя. Критерии включения: дети с диагнозом ПГ, осложнённая кровотечением. Критерии исключения: дети с неосложнённой ПГ.

Описание метода: ЭГДС проводилось аппаратом «Olympus XR 20» под эндотрахеальным наркозом с ИВЛ. Эндоскопическое склерозирование (ЭС) выполнялось с помощью тefлонового инъектора, d=2,3 мм путем интравазального введения 3% р-ра фибровейна или перивазальным введением 2% р-ра этоксисклерола. Клипирование сосуда проводилось танталовыми скрепками специальным клипатором.

За 2007-2008 год поступило 33 ребенка с диагнозом внепеченочная форма портальной гипертензия (ВФПГ), осложнённая кровотечением. Из них у 23 детей на момент госпитализации кровотечение было приостановлено, у 10- имелись признаки продолжающегося кровотечения. С рецидивом кровотечения 4 больных поступили пов-