

капроновую кислоту, дицинон, фибриноген), переливание одногруппной эритроцитарной массы, полиглюкина, альбумина, нативной или сухой плазмы. Для локальной остановки кровотечения применяли лечебную эндоскопию, покрывая участок кровотечения пленкообразующими полимерами (лифузол, гастрозол) или выполняли диатермокоагуляцию. Знание клинической картины ЖКУ у детей позволит своевременно установить диагноз и выбрать правильную тактику лечения, что значительно улучшит исход заболевания.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ И СТЕНОЗОВ НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ

М.П. Нехорошкова, Д.Ю. Гузаева
Челябинская государственная медицинская академия,
Челябинск, Российская Федерация

Цель. Определить место и роль лучевых методов диагностики, выбор метода хирургического лечения врожденных стенозов наружных желчных ходов и кист общего желчного протока у детей.

В отделении детской хирургии с 2001 по 2008 год оперировано 17 детей с кистой холедоха и стенозом наружных желчных ходов в возрасте от 1 месяца до 13 лет. Клиническая триада симптомов в наших случаях имела место у 8 пациентов. Явления холангита диагностированы у двух детей. Диагностика патологии гепатодуоденальной зоны основывалась на данных УЗИ, оральной и внутривенной холангиографии (при кистах малых размеров не всегда удавалось установить диагноз), многоспиральной компьютерной томографии с контрастированием (МСКТ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). У 1 пациента имелась атрезия дистального отдела общего желчного протока – по этому поводу создан холедоходуоденоанастомоз. В 3-х случаях диагностирован стеноз большого дуоденального сосочка. 13 детей имели кистозную трансформацию наружных желчных ходов: тип I – 8, тип II – 4, тип III – 1. Выполняли наиболее распространенную в этих случаях операцию гепатикоеюностомии на отключенной петле по Ру с формированием антирефлюксной защиты и без формирования таковой. Стеноз гепатикоеюноанастомоза отмечен у одного больного без формирования антирефлюксной защиты. Трем детям произведена па-пилосфинктеропластика. При кисте более 5 см в диаметре двум детям с целью формирования желчного протока выполнено иссечение передней стенки кисты с наложением анастомоза с верхней стенкой горизонтальной части двенадцатиперстной кишки++. В этих случаях обязательным считаем выполнение холецистэктомии, так как после наложения анастомоза эвакуаторная функция желчного пузыря нарушается, что приводит к застою желчи и хроническому воспалению. Одному больному с кистой объемом более двух литров, занимающей почти всю брюшную полость, наложен цистоеюноанастомоз.

Выводы. Таким образом, наиболее информативными в диагностике патологии желчевыводящих путей у детей являются УЗИ и многосрезовая компьютерная томография, которая позволяет у всех больных установить правильный диагноз и определить характер хирургического вмешательства. Операцией выбора является гепатикоеюностомия на отключенной по Ру петле с антирефлюксной защитой.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В.С. Обозин, Р.И. Абайханов, Е.И. Таташина, Г.М. Барнаш, Л.П. Ксенафонтова
Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация

Кишечная непроходимость (КН) – патология, в основе которой – нарушение естественного продвижения кишечного содержимого по кишечной трубке, в результате возникновения препятствия, обусловленного различными причинами, и проявляющегося болями в животе, рвотой, вздутием живота, неотхождением газов и стула с развитием тяжелых эндотоксических поражений органов и систем. Острая непроходимость кишечника составляет 3,5 - 9% всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, является причиной почти 30% летальных исходов во всей группе urgentных больных.

Цель исследования: улучшение результатов лечения путем оптимизации лечебно-диагностической программы у детей с приобретенной кишечной непроходимостью и разработка профилактических мероприятий.

Задачи исследования: анализ результатов лечения больных, проходивших лечение по поводу кишечной непроходимости в ГУЗ КДКБ г. Ставрополя с 2000 по 2008 год; выявление причин возникновения КН; выбор наиболее оптимальной патогенетически обоснованной тактики лечения при данной патологии; иммуногистохимическое изучение факторов ангиогенеза (FGF, VEGF) и клеточного матрикса (Laminin) при спаечном процессе в брюшной полости; изучение влияния современных методов лечения и профилактики на формирование КН в клинических и экспериментальных условиях.

Источниками изучения являлись стационарные карты 68 больных с диагнозом “кишечная непроходимость” за 2000-2008 год.

Для эксперимента были использованы 70 беспородных крыс, у которых моделировали спаечный процесс брюшной полости. В предоперационном и в послеоперационном периоде в опытной группе осуществляли введение полиэнзимного препарата. Фрагменты париетальной и висцеральной брюшины использовали для иммуногистохимического исследования факторов ангиогенеза: васкулоэндотелиального фактора (VEGF), фактора роста фибробластов (FGF-basic) и ламинина (Laminin).

Исследование клинических историй болезней показало необходимость проведения противоспаечной терапии для профилактики возникновения спаечного процесса и улучшения результатов лечения.

Иммуногистохимическое исследование экспрессии факторов ангиогенеза (VEGF и bFGF) с формированием базальной мембраны (Laminin) позволяет прогнозировать развитие спаечного процесса в брюшной полости после оперативного вмешательства. Гидролитические ферменты обеспечивают синхронизацию процесса формиро-

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 геморагии. 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