

ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕЗАРАЩЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ

Д.Е. Саблин

**Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Российская Федерация**

Заболевания, связанные с незаращением влагалищного отростка брюшины, являются самой частой патологией в детской хирургической практике, на долю которой приходится более 30% всех плановых операций.

Наш метод основан на лапароскопическом использовании принципа Duhamel при коррекции различных вариантов незаращения влагалищного отростка брюшины (НВОБ). Соблюдение данного принципа достигается путём гидропрепаровки 0,25% раствором новокаина брюшины в области внутреннего пахового кольца, что позволяет пересечь шейку влагалищного отростка брюшины, не подвергая риску травмирования элементы семенного канатика. Циркулярная раневая поверхность при этом по ширине достигает приблизительно 0,5-1,5 см, что создаёт дополнительные условия для герметичности и формирования более прочного рубца после ушивания образовавшегося дефекта брюшины.

За девять лет применения эндоскопической коррекции НВОБ в поисках наиболее надёжного способа ушивания дефекта брюшины в области внутреннего пахового кольца нами опробованы: узловые швы, сближающие края брюшинной раны (12 случаев), z-образный шов (111 случаев), кисетный шов (352 случая), различные комбинированные швы (13 случаев).

Из 486 коррекций НВОБ по нашей методике наблюдалось 8 (1,6%) рецидивов. Из них 2 рецидива возникли в результате наложения узловых швов и проявились в течение двух суток после операции. После наложения z – образного шва произошли 3 рецидива. Из них 2 диагностированы через месяц после операции на контрольном осмотре у хирурга, а 1 - через полгода, когда родители заметили выпячивание в паховой области на стороне операции. У детей, которым накладывался кисетный шов, возникли 3 рецидива. Из них первый был диагностирован через три недели, другой - через три месяца, а третий - через пять месяцев после операции. Анализ видеозаписей операций позволил определить, что в 7 случаях из 8 имело место прорезывание швами брюшины из-за недостаточного затягивания узлов или маленького отступа от краев брюшинной раны. В 1 случае кисетный шов накладывался без учёта избытка брюшины и её податливости, что позволило сформироваться новому грыжевому мешку медиальнее брюшинного шва. Все дети с рецидивами были повторно оперированы лапароскопически по той же методике, но с использованием комбинированных швов.

Таким образом, в настоящее время мы пришли к выводу, что при использовании данной методики от вида шва возникновение рецидива зависит в меньшей степени, чем от прочности затягивания узла и от герметичности шва.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Н. Сандыбаев, Н. Нургалиев

**Западно-Казахстанская государственная медицинская академия
им. М. Оспанова, Актобе, Казахстан**

Успех лечения проктологических больных следует оценивать не только по числу спасённых жизней, не по числу выписанных или закончивших лечение больных, а по числу детей, ставших полноценными членами общества, вернувшихся к обычным для их возраста условиям жизни. Существенным компонентом реабилитации являются контроль эффективности лечения, конкретная оценка результатов.

Цель исследования. Программа реабилитации должна носить индивидуальный характер и учитывать особенности личности ребенка, своеобразие патологических, морфологических и функциональных изменений.

Материал и методы исследования. В период с 1998 по 2008 годы в клинике детской хирургии ЗКГМА реабилитацию проходили 30 больных после проктологических операций. Возраст пациентов составил от периода новорожденности до 14 лет. Из 30 пациентов 8 оперированы по поводу болезни Гиршпрунга, 2 - мегадолихоколон, 18 - с атрезией прямой кишки и ануса, 1 - с болезнью Пайра, 1 - со стенозом сигмовидной кишки.

15 больным выполнена операция по Соаве-Ленюшкину - 2 этапа, 15 - переднесагитальная проктопластика, 2 - заднесагитальная проктопластика, 8 - промежностная проктопластика.

Результаты и обсуждение. Реабилитация больных проводилась в 2 этапа: первый этап- реадaptация – непосредственно за оперативным вмешательством; второй этап- реабилитация.

Продолжительность реабилитации индивидуальна для каждого пациента. 2/3 оперированных можно считать полностью здоровыми к концу 2 года, но иногда восстановительный период может задержаться вплоть до полового созревания.

Таким образом, рано начатая реабилитация больных после проктологических операций приводила к хорошим и удовлетворительным результатам, а поздно начатая и эпизодическая - к плохим результатам и повторным операциям.

ТРИХОБЕЗОАР В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О.П. Сверкунова

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ, Российская Федерация

Безоары являются редко встречаемой патологией у детей и могут привести к значительным поражениям желудочно-кишечного тракта. Безоары, как правило, образуются в желудке, могут формироваться длительное время, не вызывая особых нарушений. По мере роста безоара периодически появляются боли и чувство тяжести в животе, тошнота, рвота, отмечаются снижение аппетита, потеря массы тела больного и анемические проявления. Компоненты безоара выступают в качестве мощного аллергена для организма.