

У большинства пациентов после лапароскопии отмечены проявления пареза 1-2 степени, которые купировались на фоне терапии к 3 суткам послеоперационного периода, в группе сравнения – парез 2-3 степени купировался на 4-5 сутки.

Повторные вмешательства по поводу осложнений в раннем послеоперационном периоде в группе контроля выполнялись в 4% случаев, после лапароскопических операций осложнений не наблюдалось.

Таким образом, полученные нами результаты позволяют считать лапароскопический способ лечения перитонитов достойной альтернативой традиционной операции.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Е.С. Кавардакова, А.Т. Хазиев
Алтайский государственный медицинский университет,
Барнаул, Российская Федерация

Несмотря на большое количество методов лечения портальной гипертензии у детей эта проблема остаётся далекой от разрешения. Одним из самых тяжелых осложнений этого заболевания являются гастро-эзофагальные кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВП).

В клинике детской хирургии на базе Алтайской краевой клинической детской больницы за период с 1997 по 2008 год наблюдалось 80 больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ). В возрасте от 6 месяцев до 14 лет.

Всем детям проводились клиничко-лабораторное обследование, исследование системы гемостаза. По данным УЗИ, доплерографического исследования определены показатели портальной гемодинамики, выявлена кавернозная трансформация воротной вены, облитерация ствола воротной вены или ее ветвей, спленомегалия, множественные естественные порто-портальные и порто-кавальные анастомозы. При ФЭГС ВРВП выявлено у всех больных. ВРВП I-II степени диагностировано у 9 детей; II – у 8; III - у 43 и III-IV - у 20.

У 58 больных с высоким риском гастро-эзофагального кровотечения (III-IV степень ВРВП) или после состоявшегося кровотечения выполнялась операция разобщения: гастротомия с прошиванием вен пищевода и кардиального отдела желудка, криооментогепатопексия, спленэктомия по строгим показаниям при выраженном гиперспленизме. Рецидив кровотечения после операции разобщения возник у 18 детей. Повторное прошивание вен пищевода и желудка выполнено 15 пациентам. В связи с нарастанием степени ВРВП после оперативного лечения 21 детям проводилось эндоскопическое склерозирование вен пищевода.

С целью профилактики кровотечения эндосклерозирование без оперативного вмешательства выполняли 4 больным со II-III степенью ВРВП без выраженных воспалительных изменений со стороны слизистой пищевода. В качестве склерозанта использовался 1% р-р этоксисклерола в дозировке 2 мг на 1 кг веса ребенка. Проводили 3-5 курса с интервалом 3-6 месяцев, по 1-5 сеансов до полной облитерации варикозно-расширенных вен.

Таким образом, дифференцированный комплексный подход к лечению ПГ с использованием хирургических и эндоскопических методов позволяет уменьшить число рецидивов гастро-эзофагальных кровотечений, улучшить результаты лечения ПГ, избежать летальных исходов.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

А.Г. Кинаров, М.О. Иванова
Тюменская государственная медицинская академия,
Тюмень, Российская Федерация

Проблема лечения спаечной болезни до настоящего времени остается достаточно актуальной. Активное внедрение в детскую хирургическую практику лапароскопических методов диагностики и лечения многих хирургических заболеваний открывает значительные перспективы в лечении спаечной болезни у детей различных возрастных групп.

Целью нашего исследования было изучение результатов лечения детей со спаечной кишечной непроходимостью, поступивших в стационар в остром периоде заболевания, получивших противоспаечную терапию и подвергшихся оперативному лечению. С этой целью нами изучены 153 истории болезни детей от 1 года до 18-ти лет, госпитализированных в хирургические отделения клиники детской хирургии г. Тюмени с подозрением на спаечную кишечную непроходимость. Всем пациентам с первых часов нахождения в стационаре была назначена консервативная терапия.

Консервативная терапия, включающая в себя инфузионную терапию с обязательной коррекцией ионного баланса, стероидных гормонов, 0,5% раствор хлористого калия, прозерин и очистительные клизмы, позволила улучшить состояние пациентов, ликвидировать признаки непроходимости и отказаться от оперативного лечения еще у 37 из 94-х больных. Нарастание клинической картины непроходимости и интоксикации потребовало выполнения оперативного пособия у 57 (60%) пациентов.

Оперированные дети, в связи с отличием в тактике, разделены на две группы.

Первая группа пациентов (30) оперирована традиционно. Выполнялась лапаротомия, рассечение спаек с ликвидацией непроходимости (21).

Во второй группе (27 детей) операция выполнена лапароскопически. В качестве одного из объективных критериев показаний для оперативного лечения, выбора объема операции, ее вида проведена лапароскопическая диагностика выраженности и распространенности спаечного процесса. При локальном спаечном процессе проводилось рассечение спаек.

Таким образом, лапароскопическая ревизия брюшной полости показана всем больным в дооперационном периоде для определения объема, показаний и вида оперативной коррекции.

При спаечной болезни 1 и 2 степеней операцией выбора следует считать лапароскопическое рассечение вызывающих непроходимость спаек. При распространённом спаечном процессе (3 степень) показана срединная лапаротомия с ликвидацией причины непроходимости.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ С ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.П. Кирюхин

**Московский государственный медико-стоматологический университет,
Москва, Российская Федерация**

Проблема хирургического лечения детей с доброкачественными гематологическими заболеваниями сохраняет свою актуальность и в настоящее время. Несмотря на то, что во многих зарубежных клиниках лапароскопический доступ занял место «золотого стандарта», в нашей стране лапароскопическая спленэктомия пока еще остается редкой операцией, применяемой в единичных лечебных учреждениях.

Данная работа посвящена анализу результатов лечения 285 детей с наследственной микросфероцитарной анемией, идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, талассемией, которым была выполнена лапароскопическая спленэктомия в период с 1996 до 2008 г. Возраст детей колебался от 1 до 17 лет. Среди больных преобладали дети с наследственной микросфероцитарной анемией (205 больных).

Результаты. Длительность операции в настоящее время составляет от 35 до 110 мин. (средняя – $64,67 \pm 10,07$ мин.); объём интраоперационной кровопотери составил от 30 до 110 мл ($62,91 \pm 14,46$ мл); интраоперационных осложнений не было; конверсия имела место у 1 больного (0,5%); максимальный срок послеоперационной аналгезии составил около 3 суток ($1,7 \pm 0,735$ дней); раннее послеоперационное осложнение в виде кровотечения из культи было отмечено у 1 больного (0,5%); всем детям в послеоперационном периоде проводился курс антибактериальной терапии; энтеральная нагрузка начиналась через 6-12 часов после операции и была полной через 36-48 часов; дети активизировались и начинали ходить через 24-48 часов после операции; длительность послеоперационной госпитализации колебалась от 2 до 10 суток, в среднем - 4,7 суток; поздних послеоперационных осложнений в нашей группе больных не было; косметические результаты были отличными во всех случаях.

Исследование качества жизни оперированных пациентов (20 детей старше 12 лет) проводилось по стандартной международной шкале SF-36. Результаты обработки анкетных данных показали, что изменения коснулись всех показателей качества жизни, причём наиболее заметно - физической компоненты. Представляется важным улучшение степени самооценки и жизнеспособности, которые являются общими показателями положительных эмоций больного.

Таким образом: лапароскопическая методика в настоящее время является методом выбора и «золотым стандартом» в лечении детей с доброкачественными гематологическими заболеваниями, требующими проведения спленэктомии, вне зависимости от возраста ребенка, размеров селезенки, тяжести нарушения свертывающей системы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Е.В. Клеймёнов, Ю.В. Третьякова

**Алтайский государственный медицинский университет,
Барнаул, Российская Федерация**

Традиционные методы лечения острого аппендицита на протяжении десятилетий остаются стандартными. Однако они не лишены недостатков, таких, как травматичность, высокий процент послеоперационных осложнений. В последние десятилетия все шире используются эндоскопические методы лечения аппендицита и его осложнений, являясь малоинвазивными, «щадящими», что особенно актуально в хирургии детского возраста.

С целью сравнения результатов лечения лапароскопическим и традиционным методами была изучена динамика воспалительной реакции у 63 детей с аппендицитом, осложненным местным неограниченным перитонитом. Из них 21 больной оперирован лапароскопическим методом (первая группа), 42 – традиционным «открытым» методом (вторая группа). Возраст пациентов - 5 - 15 лет. Дренирование брюшной полости у всех пациентов производилось с помощью постановки микроирригатора в малый таз.

Послеоперационное лечение больных в обеих группах включало в себя антимикробную, симптоматическую терапию. Антибактериальная терапия предусматривала сочетание 2-х антибиотиков широкого спектра действия и метронидазола.

Адекватность проводимого лечения отслеживалась по следующим параметрам: уровень лейкоцитоза, ЛИИ по Кальф-Калифу в модификации Рейса, срок нормализации температуры тела, длительность пребывания в стационаре. Данные показатели оценивались на 1, 2, 5 и 7 сутки послеоперационного периода.

Уровень лейкоцитов и ЛИИ до операции у больных в обеих группах существенно не отличался ($18,5 \pm 0,6$ и $17 \pm 0,6$ Г/л, $p > 0,05$).

В первые сутки после операции у всех больных количество лейкоцитов в периферической крови ($11,77 \pm 1,3$ и $12,85 \pm 1,1$ Г/л) достоверно не отличается. Разница среднего ЛИИ ($4,79 \pm 1,3$ и $4,45 \pm 0,7$) также не достоверна.

На 2-3 день после операции разница среднего количества лейкоцитов ($10,79 \pm 0,7$ и $11,28 \pm 2,2$ Г/л) и ЛИИ ($3,67 \pm 0,6$ и $3,52 \pm 0,8$) также равнوزначна.

На 5 и 7 сутки после операции у пациентов первой и второй групп разница среднего количества лейкоцитов