

Цель исследования: провести анализ лечения пациентов с трихобезоаром по данным ДХО ГК БСМП г. Улан-Удэ с 1998 по 2008 гг.

Материал и методы исследования:

Для осуществления цели работы был проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с трихобезоаром, находившихся на лечении в ДХО ГК БСМП г. Улан-Удэ за последние 10 лет.

За рассматриваемый период было 4 случая – девочки в возрасте от 14 до 16 лет. В виду редко встречаемой патологии, в одном случае диагноз был установлен в ходе дифференциального поиска с опухолью брюшной полости. В другом случае пациентка первично обратилась в связи с суставным синдромом и эритематозной сыпью. В остальных двух случаях пациентки обратились по экстренным показаниям с клиникой острой кишечной непроходимости. При УЗИ в проекции пальпируемой опухоли выявлялось образование без четких контуров и жидкостенных полостей. При ФГДС: по большой кривизне от кардии до антрального отдела визуализировалось темно-серое плотное образование с неровной поверхностью, не смещаемое при изменении положения тела. При рентгенологическом исследовании желудка: желудок резко увеличен в объеме, виден неравномерный дефект наполнения, с нечеткими контурами, при отсутствии перистальтики. После подтверждения диагноза пациентки были оперированы. Всем пациенткам была выполнена операция - лапаротомия, гастротомия по передней стенке желудка, удаление безоара. При этом размеры инородного тела варьировали от 12,0x7,0 до 35,0x10,0 см. Послеоперационный период протекал благополучно. Пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии с рекомендацией наблюдения у психотерапевта.

Таким образом, по нашим наблюдениям, данная патология встречалась только у девочек в возрасте от 14 до 16 лет с различными клиническими проявлениями. Применение ультразвукового, эндоскопического и рентгенологического методов исследования позволило установить достоверный диагноз и определить показания к оперативному лечению.

## **УДАЛЕНИЕ КИСТЫ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ**

**Р.В. Халафов**

**Российский государственный медицинский университет,  
Москва, Российская Федерация**

Киста общего желчного протока – врожденное заболевание с неуточненной этиологией, представляющее собой дилатацию стенки холедоха различной формы и размеров. Частота встречаемости порока составляет 1:15000 родившихся. При отсутствии лечения могут развиваться грозные осложнения: билиарный цирроз с формированием портальной гипертензии и варикозного расширения вен пищевода, гепатобилиарная малигнизация, абсцесс печени, холангит, холелитиаз, обструктивная желтуха, перитонит. Цель работы – анализ результатов лапароскопической коррекции при кисте общего желчного протока.

Материал. В период 2007–2008 гг. в ДГКБ №13 им. Филатова было произведено 5 лапароскопических операций детям от 1 месяца до 12 лет с различными формами кисты общего желчного протока (4 девочки и 1 мальчик). В дооперационное обследование входили: ультразвуковое исследование, компьютерная томография, ретроградная холангиопанкреатография и клиничко-биохимические исследования. Методика операции включает: лапароскопический этап (введение троакаров, выделение кисты общего желчного протока и желчного пузыря из своего ложа с последующим удалением, пересечение холедоха); минилапаротомный этап – выведение первой петли тощей кишки и создание петли по Ру, после чего брюшная полость ушивается и возобновляется пневмоперитонеум. Петля кишки подводится к воротам печени через созданное «окно» в мезocolon с последующим наложением анастомоза между кишкой и оставшимся протоком отдельными узловыми швами. К области анастомоза подводится дренаж. Результаты: длительность операции в среднем составила 3 час. 30 мин. Общий срок госпитализации – 28 дней. В одном случае наблюдалось раннее послеоперационное осложнение – перитонит, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Выводы. Данная методика осуществима практически в любом возрасте у детей с различными формами и размерами кисты общего желчного протока, позволяет сократить время госпитализации, обеспечивает раннее восстановление физической активности больных, имеет отличный косметический результат.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПО КАСАИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Г.В. Хачатрян, В.В. Кузмин**

**Российский государственный медицинский университет,  
Москва, Российская Федерация**

Атрезия желчевыводящих путей является тяжелой патологией печени у детей раннего возраста. Заболевание проявляется с момента рождения и постоянно прогрессирует. Большинство детей не доживает до 1 года. Операция по Касаи помогает увеличить продолжительность жизни ребенка и увеличить шанс ребенка дожить до пересадки печени.

Цель работы - изучение применения лапароскопической операции по Касаи у детей раннего возраста

Материал и методы: в работу вошло исследование 18 детей в возрастном интервале от 2 до 5 месяцев, с внутри- и внепеченочной формой атрезии желчевыводящих путей, проходящих лечение в ДКБ №13 им. Н.Ф. Филатова за период с 1994 - 2008 год. Основным диагностическим методом обследования являлось ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих протоков.

Ультразвуковое исследование позволило установить атрезия желчевыводящих путей у большинства пациентов. В работе сравнивали лапароскопическую операцию с открытым вариантом операции по Касаи. Лапароско-

пической операции по Касаи подверглись 12 детей, соответственно 6 пациентам проводилась открытая операция по Касаи. Исследование показало, что проведение лапараскопической операции эффективно для пациентов с атрезией желчевыводящих протоков до 3-х месячного возраста у пациентов старше 3 месяцев терапевтический эффект от операции был ощутимо ниже, чем у группы пациентов, которым операция проводилась до 3 месяцев жизни. Лапараскопическая методика позволила сократить у всех пациентов послеоперационный период в среднем на 7-10 дней. Осложнения наблюдались у 3 пациентов. Осложнения после открытой операции наблюдались у 3 пациентов.

Выводы: лапараскопическая операция по Касаи является оптимальным вариантом хирургического лечения атрезии желчевыводящих путей у детей раннего возраста, что в исследовании подтвердилось значительным сокращением интра- и послеоперационных осложнений и улучшением ранних отдаленных результатов хирургического лечения

## **КОПРОСТАЗ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ**

**А.Е. Цапкин, Е.А. Рыжов, Л.А. Ким, А.К. Коновалов**

**Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии,  
ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Российская Федерация**

В начале XXI столетия копростаз по-прежнему остается одной из актуальных проблем детской хирургии. Своевременное распознавание хронического колостаз в этих случаях дает возможность проводить этиопатогенетическое лечение и избежать оперативных вмешательств.

Данная работа основана на анализе результатов клиничко-лабораторного обследования и лечения 70 больных в возрасте от 2 до 16 лет. Все пациенты находились в отделении неотложной и гнойной хирургии ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологий» на базе ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы с 2004 по 2008 год.

Все дети госпитализированы в клинику с подозрением на острые хирургические заболевания органов брюшной полости. При поступлении 34 (48,6%) больных предъявляли жалобы на многократную рвоту, на абдоминальные боли - 23 (32,8%) пациента, на синдром пальпируемой «опухоли» -13 (18,6%) детей, отсутствие самостоятельного стула в течение 2-3 дней - у всех наблюдаемых детей, каломазание - у 23 (32,8%) больных. Целью обследования являлись исключение острой хирургической патологии, дифференциальная диагностика среди нозологических форм, при которых задержка стула является одним из симптомов, и выделение группы пациентов с функциональных характером хронического колостаз.

Во время обследования и лечения всем пациентам проводились рутинные исследования, включавшие в себя общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, коагулограмму, рентгенографию брюшной полости, эхонографию брюшной полости, ректальные исследования, оценку кожно-анального рефлекса Россолимо. В комплекс специальных мероприятий входили: ректороманоскопия, колоноскопия, контрастирование толстой кишки раствором сернокислого бария (ирригография), ректотометрия для определения пороговых величин рефлекторной и субъективной чувствительности, сфинктерометрия - с целью выявления снижения сократительной способности анальных жомов. При необходимости пациенты консультировались невропатологом для исключения психогенного запора.

Наиболее часто в клинической картине преобладали признаки каловой интоксикации. В этих случаях в анализах крови отмечалась выраженная анемия с гипопротеинемией. Примерно у 45 пациентов (64%) на обзорной рентгенографии выявлялись признаки толстокишечного стаза. При поступлении у 11 детей (13%) выявлена клиника острого аппендицита. Остальным пациентам были проведены специальные методы обследования, в ходе которых выявлено: у 35 детей (50%) - толстокишечная непроходимость, протекающая под маской долихоосигмы; у 23 (34,3%) - копростаз имел алиментарный характер, 1 ребенок (0,7%) - с тотальной формой болезни Гиршпрунга.

Таким образом, для уточнения диагноза и определения характера хронического колостаз необходимо проведение специальных методов обследования, включающих обзорную рентгенографию органов брюшной полости, ирригографию, ректороманоскопию, колоноскопию.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**А.А. Шаова**

**Кабардино-Балкарский государственный университет,  
Республиканская детская клиническая больница,  
Нальчик, Российская Федерация**

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) у детей – одно из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний в абдоминальной хирургии. За 5 лет (с 2004 по 2008 г.) в детском хирургическом отделении нашей больницы проводилось лечение 42-х детей с ОСКН в возрасте от 2 месяцев до 15 лет: 22 девочки - 52,3% и 20 мальчиков - 47,6%.

Среди причин, по поводу которых проводилась первичная лапаротомия, преобладал острый аппендицит - у 40 (95,2%), в 1 случае (2,3%) - инвагинация кишечника и 1 случай - разрыв тонкой кишки в результате тупой травмы живота. Причиной, вызвавшей ОСКН, в 34 случаях были странгуляционные тяжи, в 6 случаях наблюдались множественные межпетлевые сращения, ущемление в «окне» у 2 детей. Ранняя ОСКН наблюдалась у 7 детей, поздняя - у 35.

Комплекс принятых в клинике консервативных мероприятий, направленных на нормализацию функции кишечника: декомпрессия ЖКТ, введение спазмолитиков, коррекция водно-солевого баланса, стимуляция кишеч-