

($5,59 \pm 0,8$ и $8,13 \pm 0,7$ Г/л) составила $2,54$ ($p < 0,05$), а ЛИИ - ($1,27 \pm 0,4$ и $2,97 \pm 0,9$) $1,7$ ($p < 0,05$).

Нормализация температуры тела в опытной и контрольной группах происходила в среднем на 5-6 сутки.

Средняя длительность пребывания в стационаре больных первой группы составила 8,5 дня, второй группы - 13,9 дней ($p < 0,05$). Ранних послеоперационных осложнений у больных в первой группе не отмечено, у больных второй группы - 1 в виде инфильтрата брюшной полости - вылечен консервативно.

Таким образом, использование лапароскопической операции при осложненных формах острого аппендицита более целесообразно, поскольку способствует быстрому уменьшению интоксикации, снижает риск развития послеоперационных осложнений и сокращает сроки пребывания больного в стационаре, что, на наш взгляд, связано с меньшей травматичностью метода и более тщательной санацией в ходе операции.

СПЛЕНЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Н.Н. Колесова

**Челябинская государственная медицинская академия,
Челябинск, Российская Федерация**

Работа основана на анализе результатов лапароскопических вмешательств у 21 ребенка с наследственной микросфероцитарной анемией, тромбогеморрагической пурпурой, болезнью Гоше за 5 лет. Возраст больных был от 2 до 16 лет. Наследственная микросфероцитарная анемия была у 15, тромбогеморрагическая пурпура - у 5, болезнь Гоше - у одного больного. Всем пациентам проводилась предоперационная подготовка в отделении детской гематологии, включая заместительную гормонотерапию.

Среди больных, которым выполнена лапароскопическая спленэктомия, преобладали дети с наследственной микросфероцитарной анемией (15), в том числе в сочетании с калькулезным холециститом. Наличие желчнокаменной болезни осложняло течение основного заболевания у 5 больных. Клинические проявления были связаны с наличием болевого синдрома, обострением хронического холецистита, механической желтухи. У одного больного наличие холелитиаза потребовало проведения эндоскопической ретроградной холангиографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Лапароскопическая спленэктомия выполнена всем больным. После выделения органа и отсечения диафрагмальной связки селезенка помещалась в полиэтиленовый мешок и удалялась через минилапаротомный доступ. При больших размерах органа применялся электромеханический морциллятор. На заключительном этапе проводилась санация брюшной полости, контроль гемостаза и выполнялись дополнительные манипуляции при наличии калькулезного холецистита - холецистэктомия.

Средняя продолжительность лапароскопической спленэктомии составила $45,8 \pm 15,4$ мин., при спленэктомии традиционным способом - $80 \pm 12,5$ мин. Ни в одном случае не было конверсии, все вмешательства заканчивались эндоскопически. Интраоперационных осложнений не отмечено. Контрольный дренаж удаляли через сутки. В отдаленные сроки через 2 года после спленэктомии у одного больного возникла спаечная кишечная непроходимость. Дети после лапароскопической спленэктомии выписывались на амбулаторное лечение на 5-7 день после операции.

Выводы: лапароскопическая спленэктомия в настоящее время является методом выбора при лечении доброкачественных гематологических заболеваний у детей. Использование современных методов препаровки и гемостаза позволяет надежно выполнить все этапы операции, что исключает как интра - так, и послеоперационные осложнения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МЕГАДОЛИХОКОЛОНА У ДЕТЕЙ

А.Н. Копылов

**Иркутский государственный медицинский университет,
Иркутск, Российская Федерация**

Синдром мегадолихоколон включает в себя патологию толстой кишки в виде её удлинения и расширения в диаметре. Расширение кишки может быть представлено идеопатическим растягиванием, самостоятельной нозологической формой - болезнью Гиршпрунга, а также следствием хронического запора.

Материал и методы. В Иркутской области помощь детям с патологией толстой и прямой кишки оказывается централизованно. На базе детской городской клинической больницы с 1997 г. организована палата на 7 коек, куда поступают дети со всей области, а также из других отдаленных областей и республик. За 10 лет в стационаре получили лечение 1043 пациента, из которых 40% - с диагнозом хронический запор. С диагнозом болезнь Гиршпрунга оперировано 28 детей; с синдромом Пайра - 6 детей; резекция кишки произведена у 13 детей.

Для определения тактики лечения нами применялся разработанный комплекс исследований, включающий: общий клинический осмотр больного, лабораторный скрининг, рентгенологическое исследование - контрастная ирригография, УЗИ органов брюшной полости, почек, сердца. В ряде случаев выполнена электромиография наружного анального сфинктера.

Результаты. При идиопатическом мегадолихоколоне вследствие длительных запоров, лечение заключалось в назначении консервативных мероприятий, направленных на ежедневное опорожнение кишки с помощью гипертонических клизм, стимуляции кишечника медикаментозными препаратами, и физиолечение. Пациенты с болезнью Гиршпрунга оперированы - выполнена брюшно-анальная проктопластика по Соаве-Ленюшкину. Осложнений в послеоперационном периоде не было. В настоящее время дети чувствуют себя хорошо, стул самостоятельный 1-2 раза в сутки. Пациентам с болезнью Пайра выполнено оперативное вмешательство. Показаниями для операции явились - отсутствие положительных результатов после 6-12 месяцев консервативной терапии и сохраняющийся абдоминальный болевой синдром, удлинение толстой кишки с образованием многопетлистости, а также