

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

(5,59±0,8 и 8,13±0,7 Г/л) составила 2,54 (p<0,05), а ЛИИ -(1,27±0,4 и 2,97±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, тромбгеморрагической пурпурой, болезнью Гоше за 5 лет. Возраст больных был от 2 до 16 лет. Наследственная микросфероцитарная анемия была у 15, тромбгеморрагическая 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 ± 15,4 мин., при спленэктомии традиционным способом - 80 ± 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