



респираторной инфекцией в условиях стационара, получали антибактериальную терапию (2/3-синтетические пенициллины, 1/3-цефалоспорины II порядка) для профилактики развития осложнений. После назначения антибактериальной терапии эпизодов эпилептических приступов не регистрировалось. У 8 из наблюдаемых детей (26,66%) изменения частоты и характера приступов на фоне ОРВИ отмечено не было (как до, так и после назначения антибактериальной терапии).

У 10 пациентов наблюдалось сочетанное течение эпилепсии и бронхиальной астмы. В анамнезе у всех больных выявлены перинатальные повреждения центральной нервной системы (все наблюдались у невролога на первом году жизни). Аллергологический анамнез: наследственность не отягощена. До 3-хлетнего возраста дети были часто болеющими, обструктивные бронхиты манифестировали с 2-3-хлетнего возраста, отсутствовали «большие» критерии атопии. У 5 человек (50,30%) с сочетанной патологией первой манифестировала

бронхиальная астма в 3-4 года. К 7-8 годам у данной группы обследованных приступы обструкций постепенно нивелировались, выявлено улучшение показателей функции внешнего дыхания (10%), отсутствие нарушений по данным ФВД (90%). Это совпало с началом приема антиконвульсантов и формированием различных форм фокальной эпилепсии. У 5 пациентов (49,70%) из группы на фоне постоянного приема антиконвульсантов отмечалось легкое интермиттирующее или персистирующее течение бронхиальной астмы, с редкими приступами удушья, показатели рентгенологического исследования и данных функции внешнего дыхания в пределах возрастных норм.

Выводы. Выявленные результаты дают основания говорить о влиянии вирусной патологии дыхательных путей на течение различных форм эпилепсии, а также позволяют предположить общие механизмы патогенеза между бронхиальной астмой и эпилепсией.

616.381-072.1-053.31

А.Ф. ДРОНОВ, А.Н. СМИРНОВ, А.Г. МАННАНОВ, Д.В. ЗАЛИХИН, П.М. ЯРУСТОВСКИЙ, В.В. ХОЛОСТОВА, Е.В. ВАСИЛЬЕВА, О.С. ДАНИЛЕНКО

Российский государственный медицинский университет

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф.Филатова, г. Москва

Лапароскопически-ассистированные операции при пороках развития толстой кишки у новорожденных и детей первых месяцев жизни

Одной из характерных особенностей современного этапа развития хирургии, несомненно, является широкое внедрение различных миниинвазивных эндоскопических методик при лечении патологии толстой кишки у детей. Настоящая работа преследует целью провести анализ современных возможностей применения эндохирургических технологий в лечении патологии толстой кишки.

В клинике детской хирургии РГМУ на базе ДКБ №13 им. Н.Ф.Филатова в течение 2006-2009 гг. выполнено эндоскопическое трансанальное низведение толстой кишки 27-ми детям в возрасте от 2 недель до 6 месяцев.

По поводу болезни Гиршпрунга оперировано 20 детей в возрасте от 12 суток до 6 мес., в том числе 5 пациентов периода новорожденности. Операции выполнялись по лапароскопически-ассистированной методике низведения толстой кишки по Soave-Georgeson (1995). У 18 детей имела место ректо-сигмоидная форма аганглиоза. Трое детей оперированы вторым этапом после предварительного наложения кишечной стомы. Необходимо отметить, что наличие стомы не представляло дополнительных технических трудностей при низведении кишки. Уровень резекции в данной группе больных был следующим:

селезеночный угол — 1 (5%), нисходящая ободочная кишка — 3 (15%), сигмовидная кишка — 16 (80%) наблюдений.

По поводу высоких форм атрезии прямой кишки оперировано 5 больных в возрасте 5-6 месяцев: одной девочке с безсвищевой формой и 4 мальчикам с ректовезикальным свищом. Все дети являлись носителями колостом. Операция низведения дополнялась выделением и перевязкой кишечного мочевого свища. Промежностный этап включал щадящее разделение мышц промежности в проекции анального сфинктера (при его наличии) и низведение мобилизованной кишки в область анального сфинктера.

Длительность операции составила от 90 мин до 300 мин (в среднем $114 \pm 23,6$ мин) при болезни Гиршпрунга и от 45 до 150 мин (в среднем $95,5$ мин) при атрезии прямой кишки. При этом отмечено, что имеется прямая корреляция между длительностью оперативного пособия и следующими факторами: возраст пациентов, протяженность аганглионарной зоны, выраженность супрастенотического расширения и выраженность спаечного процесса в области сигмовидной кишки.

Интраоперационных осложнений и случаев конверсии не отмечено. При этом течение послеоперационного периода от-

личалось ранней экстубацией больных, кратким профилактическим пребыванием в отделении реанимации (не более 24 часов, в среднем 11,5 часов), ранним восстановлением пассажа по кишечнику (на 1-2 сутки у всех больных), низкой потребностью в назначении наркотических анальгетиков (не более 1 суток). Сроки пребывания в стационаре составили в среднем 12,6 суток.

В послеоперационном периоде всем детям проводилось бужирование прямой кишки, начиная с 10 суток послеоперационного периода. В отдаленные сроки после операции стеноз прямой кишки и ануса развился у 2 детей с болезнью Гиршпрунга и у 1 ребенка с атрезией прямой кишки. Все случаи стенозирования разрешены консервативными мероприятиями путем бужирования в сроки от 2 до 7 месяцев. В сроки от 6 до 14 месяцев после операции у всех больных налажен самостоятельный регулярный стул.

У одного ребенка с атрезией прямой кишки через 3 месяца после операции сформировался избыток слизистой неопануса, в связи с чем выполнена корригирующая анопластика. Реоперация произведена у одного больного с болезнью Гиршпрунга в связи с оставлением остаточной зоны аганглиоза при субтотальном поражении толстой кишки.

У детей, оперированных по поводу высоких форм атрезии прямой кишки, обращало внимание полное отсутствие таких распространенных для данной патологии осложнений, как ранение уретры, нагноение послеоперационной раны и расхождение швов. Рецидивы кишечно-мочевыводящего свища также не наблюдались.

Таким образом, использование миниинвазивных методик в лечении различных заболеваний толстой кишки может быть альтернативой традиционным хирургическим методам, так как является менее травматичным и косметически выгодным. Эффективность лапароскопических методик при этом не уступает «открытым» методам.

616.34-053.2

И.Н. ЕГОРОВА, И.Е. ИВАНОВА, Р.М. ПЕРЛОВА

Институт усовершенствования врачей, г. Чебоксары

Структура заболеваемости верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей по данным консультативного кабинета гастроэнтеролога ДРКБ г. Чебоксары

Цель: определить структуру заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта по данным приема педиатра-гастроэнтеролога Детской республиканской больницы города Чебоксары.

Методы: в консультативную поликлинику с жалобами на боли в животе обратилось 1200 детей в возрасте от 3 до 17 лет. Дети были разделены на возрастные группы: от 3 до 7 лет, от 8 до 10 лет, от 11 до 14 лет, от 15 до 17 лет. Диагностика патологии органов пищеварения осуществлялась на основании стандартных критериев: анамнез, клинические данные, общеклинические биохимические методы исследования крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС.

Выводы: приведенные данные свидетельствуют, что:

- у 95% детей выявлена гастродуоденальная патология;
- во всех возрастных группах поверхностный гастродуоденит является преобладающей патологией (65%);
- структура выявленной патологии изменяется с возрастом, с формированием тяжелой органической патологии к 15 - 17 годам;
- сочетанная патология органов пищеварения встречается у 32%;
- у 27% детей имеют место моторные нарушения верхнего отдела пищеварительного тракта.