

ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕЗАРАЩЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ

Д.Е. Саблин

**Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Российская Федерация**

Заболевания, связанные с незаращением влагалищного отростка брюшины, являются самой частой патологией в детской хирургической практике, на долю которой приходится более 30% всех плановых операций.

Наш метод основан на лапароскопическом использовании принципа Duhamel при коррекции различных вариантов незаращения влагалищного отростка брюшины (НВОБ). Соблюдение данного принципа достигается путём гидропрепаровки 0,25% раствором новокаина брюшины в области внутреннего пахового кольца, что позволяет пересечь шейку влагалищного отростка брюшины, не подвергая риску травмирования элементы семенного канатика. Циркулярная раневая поверхность при этом по ширине достигает приблизительно 0,5-1,5 см, что создаёт дополнительные условия для герметичности и формирования более прочного рубца после ушивания образовавшегося дефекта брюшины.

За девять лет применения эндоскопической коррекции НВОБ в поисках наиболее надёжного способа ушивания дефекта брюшины в области внутреннего пахового кольца нами опробованы: узловые швы, сближающие края брюшинной раны (12 случаев), z-образный шов (111 случаев), кисетный шов (352 случая), различные комбинированные швы (13 случаев).

Из 486 коррекций НВОБ по нашей методике наблюдалось 8 (1,6%) рецидивов. Из них 2 рецидива возникли в результате наложения узловых швов и проявились в течение двух суток после операции. После наложения z – образного шва произошли 3 рецидива. Из них 2 диагностированы через месяц после операции на контрольном осмотре у хирурга, а 1 – через полгода, когда родители заметили выпячивание в паховой области на стороне операции. У детей, которым накладывался кисетный шов, возникли 3 рецидива. Из них первый был диагностирован через три недели, другой – через три месяца, а третий – через пять месяцев после операции. Анализ видеозаписей операций позволил определить, что в 7 случаях из 8 имело место прорезывание швами брюшины из-за недостаточного затягивания узлов или маленького отступа от краев брюшинной раны. В 1 случае кисетный шов накладывался без учёта избытка брюшины и её податливости, что позволило сформироваться новому грыжевому мешку медиальнее брюшинного шва. Все дети с рецидивами были повторно оперированы лапароскопически по той же методике, но с использованием комбинированных швов.

Таким образом, в настоящее время мы пришли к выводу, что при использовании данной методики от вида шва возникновение рецидива зависит в меньшей степени, чем от прочности затягивания узла и от герметичности шва.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Н. Сандыбаев, Н. Нургалиев

**Западно-Казахстанская государственная медицинская академия
им. М. Оспанова, Актобе, Казахстан**

Успех лечения проктологических больных следует оценивать не только по числу спасённых жизней, не по числу выписанных или закончивших лечение больных, а по числу детей, ставших полноценными членами общества, вернувшихся к обычным для их возраста условиям жизни. Существенным компонентом реабилитации являются контроль эффективности лечения, конкретная оценка результатов.

Цель исследования. Программа реабилитации должна носить индивидуальный характер и учитывать особенности личности ребенка, своеобразие патологических, морфологических и функциональных изменений.

Материал и методы исследования. В период с 1998 по 2008 годы в клинике детской хирургии ЗКГМА реабилитацию проходили 30 больных после проктологических операций. Возраст пациентов составил от периода новорожденности до 14 лет. Из 30 пациентов 8 оперированы по поводу болезни Гиршпрунга, 2 – мегадолихоколон, 18 – с атрезией прямой кишки и ануса, 1 – с болезнью Пайра, 1 – со стенозом сигмовидной кишки.

15 больным выполнена операция по Соаве-Ленюшкину - 2 этапа, 15 – переднесагитальная проктопластика, 2 – заднесагитальная проктопластика, 8 – промежностная проктопластика.

Результаты и обсуждение. Реабилитация больных проводилась в 2 этапа: первый этап – реадaptация – непосредственно за оперативным вмешательством; второй этап – реабилитация.

Продолжительность реабилитации индивидуальна для каждого пациента. 2/3 оперированных можно считать полностью здоровыми к концу 2 года, но иногда восстановительный период может задержаться вплоть до полового созревания.

Таким образом, рано начатая реабилитация больных после проктологических операций приводила к хорошим и удовлетворительным результатам, а поздно начатая и эпизодическая – к плохим результатам и повторным операциям.

ТРИХОБЕЗОАР В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О.П. Сверкунова

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ, Российская Федерация

Безоары являются редко встречаемой патологией у детей и могут привести к значительным поражениям желудочно-кишечного тракта. Безоары, как правило, образуются в желудке, могут формироваться длительное время, не вызывая особых нарушений. По мере роста безоара периодически появляются боли и чувство тяжести в животе, тошнота, рвота, отмечаются снижение аппетита, потеря массы тела больного и анемические проявления. Компоненты безоара выступают в качестве мощного аллергена для организма.

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 12,0х7,0 до 35,0х10,0 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 клинико-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 мезоколон 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 кист 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-