

ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ СИМПОЗИУМА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

МЕТОД ЛАПАРОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ

В.А. Алексеева, В.В. Паршиков, Н.В. Козулина, Ю.П. Бирюков

ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия,
ГУ «Нижегородская областная детская клиническая больница»
г. Нижний Новгород

Вопросы терапии перитонита по-прежнему являются актуальной проблемой в детской хирургии. Совершенствование оперативных приемов и способов хирургического лечения, улучшение методов диагностики, интенсивной терапии и обезболивания, внедрение широкого спектра антибактериальных препаратов не решило проблему лечения перитонитов в целом.

За последние 11 лет (1995–2006 гг.) в детской областной клинической больнице г. Нижнего Новгорода (ГУ «НОДКБ») были прооперированы 334 ребенка с перитонитами различной этиологии. Мальчиков было 161–(48%), девочек – 173–(52%). По возрасту дети распределились следующим образом: до 1 г. – 40 человек, 1–3 г. – 73, 4–7 л. – 80, 8–14 л. – 103, больных старше 14 л. – 38.

Большинство перитонитов (267) были аппендикулярного генеза, у 19 детей – криптогенной природы, у 6 – на фоне дивертикулита Меккеля, у 6 – в связи с непроходимостью кишечника, у 42 – в послеоперационном периоде после различных хирургических вмешательств. Местных перитонитов было 132, разлитых – 164, в отдельную группу были выделены периаппендикулярные абсцессы (у 38 больных).

При хирургическом лечении разлитых перитонитов 98 детям была наложена лапаростома, в остальных случаях операции завершались санацией и дренированием брюшной полости. Показаниями к применению метода являлись: разлитой гнойный перитонит в сочетании с выраженным парезом кишечника, мощными фибринозными наложениями и наличием межпетлевых абсцессов, когда ликвидировать воспалительный процесс одновременно не представлялось возможным или имело место сомнение в жизнеспособности кишки.

Лапаростому формировали по принятой в клинике методике: после санации брюшной полости петли кишок укрывали стерильной мягкой перфорированной полиэтиленовой пленкой, которую заводили под париетальную брюшину. Поверх нее рыхло укладывали салфетки, на края раны накладывали наводящие швы.

Повторные хирургические вмешательства в виде программных санаций брюшной полости включали в себя ревизию органов брюшной полости, удаление гнойного экссудата и межпетлевых абсцессов, пленок фибрина. При необходимости укреплялась линия швов анастомозов, выводились кишечные стомы или проводилась другая хирургическая коррекция осложнений перитонита. В заключение выполнялась тщательная санация брюшной полости. Первая программная санация брюшной полости проводилась в среднем через 48 часов. Количество проведенных санаций у большинства больных составило в среднем 3.

Основными показаниями к завершению санации и окончательному ушиванию лапаростомы являлись отсутствие гноя, массивных наложений фибрина и некротических тканей, полная санация первичного источника перитонита, уменьшение отека стенки кишки и брюшины, отсутствие ограниченных межпетлевых гноячков и сращений, появление перистальтики кишечника, нормализация показателей клинико-биохимических анализов.

Таким образом, эффективным способом лечения разлитого перитонита является метод лапаростомии с программными санациями брюшной полости, выполняемый по конкретным показаниям. Лапаростомия позволяет избежать летальности и снизить количество послеоперационных осложнений.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

**Ю.М. Ахмедов, И.А. Ахмеджанов, Ш.Х. Мавлянов, Ф.Ш. Мавлянов, К.Н. Ибрагимов,
Ж.Ж. Курбанов**

Самаркандский медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

За период с 1995 по 2006 год в клинике кафедры факультетской детской хирургии на базе областной детской многопрофильной больницы на обследовании и лечении находились 205 детей. Мочеточниково-пузырный выброс мочи изучали у 109 детей при помощи импульсно-волновой доплерографии.

Мочеточниково-пузырный выброс мочи изучали у 109 детей при помощи импульсно-волновой доплерографии.

При гидронефрозе и уретерогидронефрозе I степени выброс мочи в 53% случаев был двухволновой, в 45% случаев – трехволновой и в 2% – одноволновой. Продолжительность выброса была $4,8 \pm 0,3$ с, максимальная скорость – $0,25 \pm 0,03$ м/с, средняя – $0,18 \pm 0,03$ м/с и минимальная – $0,12 \pm 0,02$ м/с. Количество выбросов в минуту равнялось $4,5 \pm 0,5$.

При гидронефрозе и обструктивном уретерогидронефрозе II степени мочеточнико-пузырный выброс мочи в 64% случаев имел двухгорбый и в 36% случаев – одnogорбый характер; число выбросов в минуту снизилось до $3,5 \pm 0,5$ раза, а продолжительность одного выброса – $2,92 \pm 0,2$ с. Максимальная скорость равнялась – $0,18 \pm 0,02$ м/с, средняя – $0,12 \pm 0,02$ м/с и минимальная – $0,10 \pm 0,02$ м/с. При гидронефрозе и обструктивном уретерогидронефрозе III степени в 78% выброс был одноволновой и непродолжительный $1,16 \pm 0,5$ с; число выбросов в минуту колебалось $1,5 \pm 0,5$. В 22% выброс имел

венозный непродолжительный характер. Максимальная скорость равнялась $0,08 \pm 0,02$ м/с, средняя – $0,07 \pm 0,02$ м/с и минимальная $0,05 \pm 0,02$ м/с.

Мочеточнико-пузырный выброс мочи при рефлюксирующем уретерогидронефрозе II–III степеней вызвал определенный интерес. При II степени выброс был двухволновым и венозным, 2–5 раз в минуту и продолжительностью 5–7 с. Максимальная скорость равнялась $0,22 \pm 0,02$ м/с, средняя – $0,16 \pm 0,02$ м/с и минимальная – $0,16 \pm 0,02$ м/с. При III степени выброс был венозным, продолжительным, почти постоянным, максимальная скорость – $0,17 \pm 0,03$ м/с, средняя – $0,13 \pm 0,03$ м/с и минимальная – $0,11 \pm 0,02$ м/с.

Допплерография является информативным методом, позволяющим прогнозировать исход лечения, предупредить и уменьшить количество осложнений, снизить количество рентгенологических исследований, лучевую нагрузку, расход рентгеноконтрастных средств у этой категории больных.

РЕНТГЕНОПЛАНИМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Ю. М. Ахмедов, И. А. Ахмеджанов, Ш. Х. Мавлянов, Ф. Ш. Мавлянов, К. Н. Ибрагимов, Ж. Ж. Курбанов

Самаркандский медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

За период с 1995 по 2006 г. на базе детской областной многопрофильной клинической больницы в отделении детской хирургии на обследовании и лечении находились 205 детей с гидронефрозом, обструктивным и рефлюксирующим уретерогидронефрозом. Возраст детей составил от 2 месяцев до 15 лет.

С целью определения анатомо-морфологического состояния почек вычисляли ренокортикальный индекс. Для оценки степени истончения паренхимы до операции, нами использовано определение паренхиматозного индекса – Ипар. При уретерогидронефрозе обязательно производили, наряду с экскреторной урографией, микционные цистоуретрограммы, измерение диаметра верхнего среднего и нижнего сегментов мочеточника и его длины, способы подсчета математических индексов RMO – среднее значение радиуса обструктивно измененного мочеточника, VMO – объем обструктивно измененного мочеточника.

РКИ – показатель, который в возрастном аспекте значимых колебаний не имеет и достоверно увеличивается в зависимости от степени ВГ. Так, для 1-й степени гидронефроза он колеблется от $0,21 \pm 0,01$ до $0,24 \pm 0,02$, для 2-й степени – от $0,27 \pm 0,02$ до $0,32 \pm 0,04$ и для 3-й степени – от $0,59 \pm 0,12$ до $0,66 \pm 0,12$, в зависимости от возраста больных. Значения Ипар увеличиваются пропорционально увеличению РКИ и степени гидронефроза. При 1-й степе-

ни заболевания они колеблются от $1,4 \pm 0,1$ до $2,2 \pm 0,2$, при 2-й – от $2,4 \pm 0,1$ до $3 \pm 0,2$ и при 3-й степени – от $5,1 \pm 0,4$ до $7,6 \pm 1,6$, в зависимости от возраста больных. Также прослеживается тенденция увеличения Ипар с возрастом детей.

Математический анализ рентгенологического исследования верхних мочевыводящих путей показал, что при обструктивном уретерогидронефрозе в зависимости от степени средние значения VMO колебались от $50,8 \pm 7,8$ до $66,7 \pm 2,5$. Показатели RMO равнялись от $1,06 \pm 0,04$ до $1,2 \pm 0,02$, длина и диаметр мочеточника, в зависимости от степени обструкции также имели тенденцию к увеличению абсолютных чисел.

При 2-й стадии уретерогидронефроза происходили выраженное расширение цистоидов и тугое заполнение контрастным веществом мочеточника на всем протяжении с формированием 1-2 коленообразных изгибов до 1 см. У больных с УГН 3-й стадии в связи с резким расширением и удлинением мочеточника количество коленообразных изгибов длиной 2-3 см увеличивалось до 3-4. Более тугое заполнение мочеточника контрастным веществом отмечалось на отсроченных экскреторных урограммах при УГН 4-й стадии, на фоне резкого расширения и удлинения мочеточника происходило формирование 5-6 коленообразных изгибов длиной до 4-5 см.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ БИОПОЛИМЕРОМ «ДАМ+» У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ

Н.А. Беляева, А.Н. Жаров, О.М. Солдатов

Детская республиканская клиническая больница № 2, г. Саранск

Цель работы: оценка эффективности эндоскопической трансуретральной коррекции пузырно-моче-

точникового рефлюкса (ПМР) биополимером DAM+ и неопимплантации мочеточников по способу Козна.