

Проанализированы истории болезни 217 пациентов с ПМР в возрасте от 4 месяцев до 17 лет, наблюдавшихся в отделении урологии ДРКБ № 2 с 2003 по 2006 г. Всем пациентам проведено обследование через 6 месяцев и 1 год после хирургического лечения: микционная цистография, экскреторная урография, УЗИ почек и мочевого пузыря с пробой на ПМР, оценка лабораторно-биохимических показателей и ритма спонтанных мочеиспусканий.

Эндоскопическая трансуретральная коррекция ПМР биополимером DAM+ произведена 115 пациентам (52,9%) на 139 мочеточниках. При контрольном обследовании у 40 пациентов (64 мочеточника) полное выздоровление наблюдалось у 60%, что составило 39 (60,9%) мочеточников из 64. При I степени эффективность составила 100%, II – 62,5%, III – 65,6%, IV – 25%. При оценке эффективности повторной эндоскопической коррекции биополимером DAM+ через 4–6 месяцев полное выздоровление отмечалось у 89% пациентов. Осложнений в виде нагноения, отторжения биополимера, а также обструкции мочеточника не наблюдалось.

Контрольное обследование произведено у

98 (97,1%) из 102 пациентов, прооперированных по способу Коэна (161 мочеточник). Выздоровление отмечено у 87 (88,8%) из 98 пациентов, что составило 145 (90,1%) мочеточников из 161. Сравнительная эффективность в зависимости от степени ПМР после эндоскопического и хирургического лечения составила: при I степени – 100% и 71,4%, при II степени – 62,5% и 92,9%, при III степени – 65,6% и 87,9%, при IV степени – 25% и 93,8% соответственно.

Таким образом, несмотря на то что наибольшая эффективность наблюдалась после неоперации мочеточников по способу Коэна, эндоскопическая трансуретральная коррекция ПМР биополимером DAM+ является достаточно эффективным и малоинвазивным способом хирургического лечения, позволяющим прибегать к повторным эндоскопическим вмешательствам, сокращающим сроки пребывания пациента в стационаре. Эффективность эндоскопической коррекции зависит от степени пузырно-мочеточникового рефлюкса, что обуславливает необходимость дифференцированного подхода к способу хирургического лечения данной группы пациентов.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОГО РАЗДАВЛИВАЮЩЕГО ЗАЖИМА

*С.Н. Гисак, Л.С. Гурвич, В.А. Птицын, В.И. Котова, О.В. Николаев, С.В. Мясоедов*

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

За период 1996–2004 годов в клинике наблюдались 14 детей с болезнью Гиршпрунга (1 девочка, 13 мальчиков) в возрасте 3–16 лет. Все дети страдали хроническими запорами. В 2 случаях вследствие развития острой кишечной непроходимости, не разрешавшейся с помощью сифонных клизм, были наложены предварительные колостомы.

Все дети обследованы с помощью ирригоскопии и ирригографии. В 12 случаях зона аганглиоза располагалась в терминальной части сигмовидной кишки, в 2 случаях занимала ее дистальную половину.

Всем детям произведена операция Дюамеля-Баирова с использованием наложения на «шпору» раздавливающих зажимов. До 1998 года (у 4 детей) использовались конструкция из двух зажимов Бильрота, после модифицированный зажим с равномерным постепен-

ным сжатием браншей от дистального до терминального его отдела с помощью винтового механизма.

В отдаленном периоде лишь у одного больного, оперированного в 1997 году, возник стеноз анастомоза в виде паруса, что было излечено с помощью наложения модифицированного зажима. В остальных случаях все дети растут и развиваются нормально; акт дефекации у них не нарушен.

### Выводы

1. При локализации зоны аганглиоза в дистальном отделе сигмовидной кишки показана операция Дюамеля-Баирова.

2. Использование модифицированного раздавливающего зажима с равномерным постепенным сжатием браншей по всей длине обеспечивает хорошие отдаленные результаты данной операции.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ

*С.Н. Гисак, В.И. Руднев, В.Ф. Васильев, Л.С. Гурвич, В.А. Птицын*

Воронежская медицинская академии им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Работа основана на анализе материалов историй болезни 82 детей раннего возраста, (а также 54 протоколов патологоанатомических исследований НЭК умерших за прошлые десятилетия), находившихся на лечении в клинике детской хирургии Воронежа с 1979 по 2001 год по поводу некротического энтероколита. Исследования проведены у 60 новорожденных с массой тела от 1200 до 3000 г, при сроке гестации от 30 до 38 недель, у 20 детей – до 1 года и у 2

пациентов – старше 1 года. При поступлении в хирургический стационар диагноз разлитого перитонита был установлен 54 больным (у 27 новорожденных на рентгенограммах определялся перфоративный перитонит), кишечного кровотечения – другим 20 пациентам, паралитической кишечной непроходимости – 30 больным. При анализе результатов исследований установлено, что НЭК развивался на фоне различной патологии. У 52 новорожденных в

анамнезе была тяжелая интранатальная травма ЦНС, у 34 диагностированы МВПР.

Синдром дыхательных расстройств, являющийся одним из пусковых звеньев в развитии НЭК отмечался у 68 новорожденных. Не менее значимыми в патогенезе заболевания были: анемия, гипокалиемия, гипопроотеинемия, тромбоцитопения и другие изменения гомеостаза. У 39 детей выявлены локальные проявления НЭК в виде перфораций ЖКТ (у 10 больных – перфорации желудка, у 6 – перфоративные язвы ДПК, перфорации тощей кишки обнаружены у 4 новорожденных. Перфорации толстого кишечника выявлены интраоперационно у 7 детей, с локализацией в слепой кишке – у 2 пациентов, восходящего отдела толстого кишечника – у 1 больного, ободочной

кишки – у 2 больных, т. е. анализируемые больные поступали в терминальной стадии НЭК. Преобладающее большинство больных (54 ребенка) погибали в ранние сроки послеоперационного периода от нарастающей полиорганной недостаточности, тяжелой травмы ЦНС, конкурирующих заболеваний (МВПР). Значительное увеличение числа выживших больных с НЭК в последние годы (в 2004 году – 8 из 12 больных) связываем с более ранней диагностикой заболевания в соматических стационарах; установившейся преемственностью между педиатром и хирургом, более активной лечебной тактикой, до развития у больных НЭК грозных осложнений – перфорации полых органов, профузных кишечных кровотечений, полиорганной недостаточности.

## НАРУЖНЫЕ КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ У ДЕТЕЙ

**С.Н. Гисак, В.И. Руднев, С.З. Заскин, В.Ф. Васильев, Л.С. Гурвич, В.А. Птицын**

Воронежская медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

В клинике хирургии детского возраста Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко за период с 1996 по 2004 год на стационарном лечении находились 82 ребенка с различной хирургической патологией и сформированными наружными кишечными свищами различной локализации. Эти больные были распределены на 4 группы в зависимости от основного хирургического заболевания.

Первая, наиболее многочисленная, группа была представлена 37 детьми, находившимися на лечении по поводу перитонита различной этиологии (аппендикулярного – у 27, травматического – у 5, язвенно-некротического энтероколита – у 6). С целью выключения из пассажа патологически измененного отдела кишечника, операцией выбора у них было формирование наружного кишечного свища /подвесной энтеростомы – у 23 больных, терминальной – у 4, илестомы по Микуличу – у 5, энтеростомии по Майдлю – у 1 больного (на терминальном отделе тонкого кишечника). При травматическом повреждении толстого кишечника накладывалась колостома (терминальная сигмостома – у 1 больного, противоестественный задний проход – у 3 детей).

Вторая группа была представлена 7 детьми с опухолями тонкого и толстого кишечника (в-лимфома – у 3 больных, лимфосаркома – у 3, гемлимфангиома – у 1). Этим больным превентивно с целью разгрузки были наложены: подвесная энтеростомия – 4, терминальная илестомы – 1, по Микуличу – 1, петлевая колостома – 1.

В третью группу были отнесены 29 больных с приобретенной кишечной непроходимостью (у 5 – странгуляционная кишечная непроходимость, у 15 – ранняя спаечно-паретическая, у 8 грудничков – инвагинация кишечника с некрозом кишки, потребовавшая выполнения резекции илеоцекального угла и выведения терминальной илестомы – у 3 больных, энтеростомии по Микуличу – у 5 больных). У 1 новорожденного диагностирована непроходимость кишечника с некрозом участка кишки. В остальных случаях у 19 больных данной подгруппы наложена подвесная энтеростомия, у 2 больных – по Микуличу.

В четвертую группу были включены 9 детей с пороками развития кишечника (у 2 высокая атрезия ануса и прямой кишки, у 5 – низкая форма атрезии, у 2 болезнь Гиршпрунга.)

В целом наружные кишечные свищи нами преимущественно использовались по жизненным показаниям, в том числе при перитоните, непроходимости кишечника, травматических разрывах кишечника в качестве первого этапа операций при пороках развития толстого кишечника. В числе анализируемых детей с наружными кишечными свищами при тяжелой абдоминальной патологии с угрожаемыми состояниями летальных исходов не отмечено. Это подтверждает незыблемость мнения Бильрота «о спасительности в трудных ситуациях операций с формированием наружного кишечного свища».

## ПОРТАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**В.Ф. Доронин, С.В. Минаев, Ф.В. Доронин, А. Д.Панков, С.И. Закаидзе**

Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

В комплекс лечебных мероприятий у детей с внепеченочной портальной гипертензией с 1995 года включена субтотальная резекция селезенки. Операция направлена на купирование явлений гиперспленизма за счет перевязки селезеночной артерии, значительного сокращения массы органа и полной изо-

ляции оставляемого фрагмента от сосудистых систем пищевода, желудка и ободочной кишки (Доронин В.Ф., 2005).

Цель настоящего исследования: по данным доплерометрии изучить изменения гемодинамики в основных сосудах портальной системы в раннем и