

Т-ОБРАЗНАЯ УРЕТОРОКУТАНЕОСТОМИЯ КАК I ЭТАП ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Г.А. Журавлева, Л.А. Ким

Люберецкая детская городская больница, г. Люберцы

Стенозирующий уретерогидронефроз как врожденный порок развития мочевыделительной системы требует активного лечения уже на ранних этапах развития ребенка. Применение Т-образной уретерокутанеостомии как I этапа лечения стенозирующего уретерогидронефроза у новорожденных и детей раннего возраста в урологическом отделении ЛДГБ начали с 1986 года. За период с 1986 по 2006 год прооперированы 138 детей в возрасте от 1 месяца до 1,5 года. Показаниями к Т-образной уретерокутанеостомии явился: одно- или двухсторонний стенозирующий уретерогидронефроз 3–4-й степеней с выраженным снижением функции почек, наличием сопутствующей врожденной патологии и заболеваний. Оперативное вмешательство осуществлялось после установления клинического диагноза, вне зависимости от возраста ребенка.

Выведение уретерокутанеостомы позволило добиться стойкой ремиссии в течении хронического пиелонефрита и успешно справиться с лечением сопутствующих заболеваний у детей в период новорожденности. Все оперированные дети находились под амбулаторным наблюдением. Родители были обучены уходу за ребенком в данной ситуации. Наблюдаемые дети не отставали в физическом и психическом развитии. При контрольном обследовании через 2 месяца отмечались удовлетворительная выделительная функция почек, сокращение мочеточ-

ника по длине и ширине, а также отсутствие обострений пиелонефрита. Однако у 2 детей (1,4%) выявлено вторичное сморщивание почки с выраженным нарушением функций; этим детям была выполнена нефрэктомия.

Реконструктивные операции проведены через 2–3 месяца после I этапа. Критериями к радикальной операции послужили время ношения уретерокутанеостомы, удовлетворительные клиничко-лабораторные показатели, возраст ребенка и общее физическое состояние. Всем 138 детям выполнены реконструктивные операции по общепринятым методикам (по Коэну, Лидбеттеру – Палетано), после которых у 3 детей (2,1%) сохранялся пузырно-мочеточниковый рефлюкс, устраненный впоследствии повторной операцией.

Таким образом, учитывая различный подход к лечению стенозирующего уретерогидронефроза у детей раннего возраста, мы считаем целесообразным применение уретерокутанеостомии как этапа оперативного лечения детей раннего возраста и в период новорожденности. Данная операция позволяет добиться стойкой ремиссии в течении пиелонефрита у детей с сочетанными врожденными заболеваниями и пороками развития других органов и адекватно подготовить ребенка к радикальной операции, что, безусловно, отражается на конечном результате лечения.

ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБЛАСТИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ

И.Ю. Карпова, В.А. Николайчук

Нижегородская государственная медицинская академия,
Детская городская клиническая больница № 1, г. Нижний Новгород

Одна из самых частых причин обращения ребенка к гастроэнтерологу или хирургу – жалобы на боли в животе. При первичном анализе становится ясно, что у подавляющего числа детей боли в животе носят рецидивирующий характер.

При выполнении аппендэктомий и антирефлюксных баугинеопластик у 1/3 части пациентов выявляются врожденные структуры илеоцекальной области, из них нежные спайки Джексона интимно сращены с червеобразным отростком, деформируют его и способствуют застою кишечного содержимого. Более плотные пленчатые образования – связки Лейна проходят от задней стенки подвздошной впадины к терминальному отделу подвздошной кишки. При рубцовых изменениях они подтягивают подвздошную кишку в виде двустовки.

В клинике Нижегородской государственной медицинской академии на базе детской городской кли-

нической больницы № 1 (МЛПУ «ДГКБ № 1») за период 2002–2006 годов из 1362 обследуемых детей с гастроэнтерологической патологией были выявлены и пролечены 88 (6,4%) пациентов с рефлюкс-илеитом. Возраст больных варьировался от 6 до 17 лет, из них мальчиков было 13 (14,7%), девочек – 75 (85,3%). Пик заболеваемости приходился на 12–15 лет.

Все дети поступали в стационар в экстренном порядке с диагнозом «острый аппендицит». В анамнезе заболевания доминирующее место занимали рецидивирующие боли в животе. Большинство пациентов отмечали склонность к запорам на протяжении нескольких лет. При осмотре живота определялись симптомы Дюваля, Херца, «выскальзывания».

После исключения острой хирургической патологии проводили стандартное клиничко-лабораторное и рентгенологическое обследования, в процессе ко-

торых у всех больных диагностирован рефлюкс-илеит. На 20 (22,7%) рентгенограммах отмечен колоноптоз с признаками воспалительных изменений в области илеоцекального отдела кишечника.

Проводимая консервативная терапия оказалась эффективной у 76 (86,3%) больных. Антирефлюксная баугинопластика в сочетании с аппендэктомией выполнена 12 (13,7%) пациентам, у которых рефлюкс-илеит соответствовал III степени.

На операции у 7 пациентов выявлены эмбриональные спайки. Мембрана Джексона деформировала илеоцекальный угол у 2 пациентов, связка Лейна – у

4, и в одном случае отмечено сочетание двух форм эмбриональных спаек. Тупым и острым путем спаечный процесс был устранен.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Все дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, даже незначительная деформация илеоцекального отдела может привести к хронической абдоменалгии, а в сочетании с рефлюкс-илеитом она усиливает воспалительные и застойные процессы в желудочно-кишечном тракте.

ПРОБЛЕМА АБДОМЕНАЛГИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

И.Ю. Карпова, В.А. Николайчук, Г.Б. Батанов

Нижегородская государственная медицинская академия,
детская городская клиническая больница № 1, г. Нижний Новгород

Проблема дифференциального диагноза при синдроме болей в животе у маленьких пациентов является одной из сложных задач для детского врача, особенно если речь идет о больных до 3 лет. Несмотря на многолетний опыт, частота диагностических и тактических ошибок в догоспитальном периоде сохраняется на прежнем уровне. Неграмотное назначение обезболивающих препаратов и плохое ориентирование в клинической симптоматике зачастую приводят к хронизации воспалительных процессов и тяжелым последствиям.

Ежегодно в хирургическую клинику Нижегородской государственной медицинской академии на базе МЛПУ «Детская городская клиническая больница № 1» поступает до 700 детей с болями в животе разных возрастных групп. Большинство больных доставляют из детских садов и школ бригады «скорой помощи».

С 2005 по 2006 год диагноз острого аппендицита подтвержден у 445 пациентов, из них с катаральным аппендицитом было 43 ребенка, флегмонозные формы отмечены в 246 случаях, гангренозные изменения в червеобразном отростке выявлены у 50 больных и гангренозно-перфоративный аппендицит и перитонит купированы в 106 операциях. Давность заболевания варьировалась от нескольких часов до 5–7 суток. Пик заболеваемости приходился на 9–13 лет.

После предоперационной подготовки, включающей предоперационную антибактериальную профилактику, всем больным выполнялась экстренная аппендэктомия. В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось. Летальных исходов не было.

Пациентам, у которых в процессе наблюдения диагноз острого аппендицита не подтвердился, проводилось комплексное обследование для выявления причин болей в животе, включающее в себя общий анализ крови, мочи, биохимические показатели крови, ультразвуковую диагностику органов брюшной полости и фиброгастродуоденоскопию. При выявлении рецидивирующих болей в животе 66 больным выполнялись ирригография и исследование мочи на индикан для подтверждения хронической интоксикации.

Девочек было 58%, мальчиков – 42%. Пик заболеваемости приходился на 12–15 лет. У трети пациентов отмечены ранее диагностированные гастроэнтерологические заболевания.

В анамнезе ведущее место занимали боли в животе, рвота отмечена в 25% случаев, 75% детей жаловались на явления диспепсии. В процессе обследования выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, из них гастриты отмечены у 152 пациентов, гастродуодениты – у 380, рефлюкс-илеиты – у 66, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта неуточненного генеза – в 276 случаях. У одного ребенка диагностирована язва желудка, осложненная кровотечением, которое удалось купировать с помощью консервативных мероприятий.

По поводу прободной язвы желудка прооперирован один пациент. Летальных исходов не было.

Таким образом, знание ведущей симптоматики при гастродуоденальной патологии и хирургических заболеваниях у детей позволит безошибочно поставить диагноз и назначить адекватное лечение.

НОВЫЙ СПОСОБ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Н.Б. Киреева, М.Ю. Заугаров, В.В. Паршиков, Л.А. Хафизова, Д.Я. Алейник

Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижегородская областная детская клиническая больница

В клинике детской хирургии НижГМА с 2001 года наряду с одноразовой плазмой и коллагеном, с целью коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса

(ПМР) у детей используется культура ауто- или аллофибробластов (патент РФ). Эффективность лечения ПМР 2-3-й степеней достигает 76,7%. В 2006