

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