

Говорить о благоприятном прогнозе в плане удовлетворительного анального держания у данного контингента больных, к сожалению, не представляется возможным, однако регулярные курсы реабилитационного лечения совместно с неврологами позволяют улучшить качество жизни этих пациентов.

Таким образом, диагностика состояния запирающего аппарата прямой кишки после лечения врожденных аномалий аноректальной зоны являет-

ся актуальной проблемой детской хирургии. До настоящего времени остается немало спорных и нерешенных вопросов, что обуславливает необходимость дальнейших исследований в этой области. Определение функционального состояния аноректальной зоны имеет важное значение в выборе метода оперативного вмешательства, оценке результатов хирургической коррекции аноректальных пороков развития и прогнозировании реабилитации.

ОПЫТ ПЛАНОВОЙ ЭНДОХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Е.С. Саблин

Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлевецова, г. Архангельск

В клинике детской хирургии АОДКБ в 1993–2006 годах произведено 824 плановых лапароскопических вмешательств больным в возрасте 1 суток – 22 лет. Лапароскопические исследования выполнялись у пациентов с подозрением на опухоль брюшной полости (61), с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (38), с интерсексуальными состояниями (15). Биопсии образований и органов производились в 65 случаях, в 29 случаях – санация и дренирование брюшной полости, 6 раз делалась спленопортография, 6 раз – чрезпеченочная пункция желчного пузыря (3 из них – у новорожденных с подозрением на атрезия желчных ходов). У 7 детей после ранее перенесенных операций проводился адгезиолизис, по поводу стойкого болевого синдрома. Детям с желчекаменной болезнью и одному ребенку с полипом желчного пузыря произведено 36 лапароскопических холецистэктомии. В 1 случае по ирригатору из брюшной полости в течение десяти дней отмечалось желчеистечение, которое остановилось самостоятельно.

У детей с заболеваниями крови было выполнено 3 лапароскопических спленэктомии. Еще у 2 детей, в результате возникших во время операции технических трудностей, осуществлялся переход к лапаротомии. У 4 детей успешно произведено удаление кисты селезенки, у 10 девочек – кисты яичника (одна из них дермоидная), в одном случае – пареооариальной кисты больших размеров.

В последнее время успешно внедряется в практику оригинальная методика ассистированной лапароскопической установки шунта в брюшную полость при гидроцефалии. Уже выполнено 4 операции. С помощью немецких коллег в нашей клинике положено начало лапароскопической фундопликации по Ниссену и лапароскопической мобилизации сигмовидной кишки при болезни Гиршпрунга.

С 1997 года в нашей клинике применяются оригинальные методики лапароскопической коррекции паховых и пахово-мошоночных грыж, водянок оболочек яичка и семенного канатика, которые позволяют избежать травмирования элементов семенного канатика. Таких операций произведено 486, из них 8 (1,6%) рецидивов.

Лапароскопия позволила уточнить агенезию или аплазию яичка в 35,3%, а в 37,7% случаев выявить абдоминальную форму дистопии яичка и выполнить пересечение яичковых сосудов, как первый этап операции. В 27% случаев была диагностирована паховая дистопия, которая потребовала открытого вмешательства.

Эндоскопическое рассечение простого уретероцеле (без удвоения почки) успешно выполнены у 11 больных. У 1 ребенка в последующем проводилось повторное эндоскопическое вмешательство, у 2 – открытая операция.

Эндоскопическое разрушение клапана выполнено с положительным результатом у 11 мальчиков, в 1 случае попытку пришлось отложить из-за отсутствия резектоскопа маленького калибра.

В 3 случаях под контролем цистоскопа в мочевой пузырь вводился лапароскопический троакал. Таким образом, из мочевого пузыря были успешно удалены инородные тела больших размеров. За последние шесть лет 11 мальчикам произведено эндоскопическое рассечение стриктуры уретры. У 3 пациентов эндоскопические попытки не удалось, и им была произведена открытая пластика уретры.

С 2001 года в клинике применяются лапароскопические операции при варикоцеле с оставлением яичковой артерии. За этот период произведено 47 таких операций. Рецидивы составили 10,6%. По мере накопления опыта количество рецидивов сокращается.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЗОФАГОПРОТЕКТОРА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Э.В. Сапухин, В.Н. Стальмахович

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
Иркутская государственная областная детская клиническая больница

Обобщен опыт лечения 83 детей, поступивших в ИГОДКБ с химическими ожогами пищевода III степени и послеожоговыми сужениями, за 14 лет. Дети с

химическими ожогами III степени и послеожоговыми сужениями пищевода разделены на 3 группы: в 1-ю группу (ГКС) вошло 32 ребенка (1991–1999),

которым проводили лечение с использованием «слепого» метода бужирования; во 2-ю группу (ГЛ=1) – 40 детей (1999–2005), у которых применяли в лечении метод бужирования по струне – проводнику; в 3-ю группу (ГЛ-2, 2002–2005) – 11 детей, у которых применяли в лечении разработанный в клинике эзофагопротектор (патент на изобретение № 2225229 «Устройство для восстановления проходимости пищевода») в комплексе с локальным введением лекарственных препаратов в очаг поражения.

Выздоровление в 1-й и 2-й группах соответственно составило $65,5 \pm 8,4\%$ и $90 \pm 4,7\%$ детей, применение комплексного метода, разработанного в клинике (эзофагопротектор + «Куриозин»), позволило в 3-й группе детей в 100% случаев добиться выздоровления, снижения сроков лечения на $47,8 \pm 8,8\%$, существенно сокращая финансовые затраты на эту группу пациентов.

В настоящее время основным методом лечения и профилактики развития рубцового стеноза пищевода является бужирование пищевода. Данный метод основан на механическом растяжении тканей, разработан и внедрен в практику Salzer в 1920 году, применяется в настоящее время в различных модификациях. Попытки бужирования пищевода вслепую, приводящие зачастую к перфорации пищевода, привели к разработке и внедрению в практику лечения послеожоговых стриктур пищевода бужирования пищевода по струне-проводнику (Ванцян Э.Н., Тошчаков Р.А., 1965). Недостатки приведенных методик послужили основанием для разработки устройства, позволяющего проводить дилатацию суженной, по-

врежденной химическим агентом части пищевода, и создать условия для длительной экспозиции лекарственного препарата в зоне пораженного пищевода, получившие название «Устройство для восстановления проходимости пищевода», патент на изобретение № 2225229 от 10.03.2004 года.

Использование устройства для восстановления проходимости пищевода у детей приводит к пролонгированному расширению суженной его части до возрастной нормы и создает условия для местного воздействия лекарственного препарата на раневую поверхность пищевода. Положительный исход лечения методом «слепого» бужирования пищевода для профилактики и лечения постожоговых стриктур пищевода составляет $65,5 \pm 8,4\%$ и сопровождается осложнением в виде перфораций пищевода в $12,5 \pm 5,8\%$ случаев. Метод бужирования пищевода по струне-проводнику для профилактики и лечения постожоговых стриктур приводит к выздоровлению в $90 \pm 4,7\%$ случаев, однако требует длительных сроков лечения до $97,77 \pm 19,98$ койко-дней и проведение многократных бужирований – $19,47 \pm 2,58$. Лечение химического ожога III степени и постожоговых стриктур пищевода наиболее эффективно при использовании стентированного устройства в комбинации с локальным введением лекарственных препаратов, что позволяет предупредить перфорацию пищевода, сократить количество исследований и наркозов с $19,84 \pm 2,88$ до $8,54 \pm 1,36$, сократить сроки лечения с $107,18 \pm 20,11$ до $46,72 \pm 10,90$ койко-дня и снизить затраты на лечение детей с данной патологией с 67 165 до 32 704 рублей на одного больного.

ПРОБЛЕМЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

А.Т. Таджикибаев, И.Х. Бобокулов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

К моменту выполнения одномоментной реконструктивно-пластической операции при экстрофии мочевого пузыря (ЭМП) у детей наша клиника прошла несколько этапов своего развития. Традиционно мы придерживаемся физиологичного восстановления мочеиспускания путем восстановления анатомически нормальной синтопии мочевого пузыря и приближения лобковых костей.

Цель исследования

Обоснование выбора метода реконструктивно-пластических операций при ЭМП.

Материалы и методы

За 1992 – 2006 годы в клинике ТашПМИ было исследовано 79 пациентов с диагнозом ЭМП. Из них 66 – мальчики (83,5%), 13 – девочки (16,5%). 73 больным выполнены реконструктивно-пластические операции собственными тканями.

Результаты и их обсуждение

Первый этап продолжался до 1996 года. Мы применяли двухэтапную операцию: 16 больным первым этапом провели цистоластику, вторым этапом – сфинктеропластику.

С 1996 года второй этап развития реконструктивно-пластической операции: выполнение 57 больным одномоментной цистосфинктеропластики по

Баирову, в собственной модификации, с поперечной пластикой передней брюшной стенки и Y-образным ушиванием задней стенки мочевого пузыря.

С 2003 года начался третий этап, т. е. выполнение одномоментной цистосфинктеропластики с приближением лобковых костей по собственной методике. Так как основной проблемой при ЭМП является ликвидация диастаза между лобковыми костями, то только после этого возможно достижение физиологичного анатомического взаимоотношения внутренних половых органов, мочевого пузыря, апоневроза передней брюшной стенки и прямых мышц живота. Нами был разработан метод приближения лобковых костей, без остеотомии лобковых и подвздошных костей. Проводя через запирательное отверстие лобковых костей синтетическую нить № 2,0, нам удалось максимально сократить размеры диастаза. Эффективность методики зависела от возраста больного и величины диастаза лобковых костей.

По данной методике оперировано 14 больных. После проведенного лечения удалось уменьшить диастаз между лобковыми костями в среднем до 4,0 см.

Выводы

Ближайшие результаты показывают хорошую эффективность одномоментной реконструктивно-