

ран кишечника. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, лапароскопическое лечение поздней спаечной непроходимости кишечника оказалось эффективным в 85,5% случаев. Ближайший послеоперационный период у этих пациентов характеризовался гладким течением, быстрым восстановлением перистальтики кишечника (у всех больных самостоятельный стул получен в первые 3-е суток), ранней активизацией пациентов и переходом на амбулаторное лечение через 7 суток после оперативного лечения.

Следовательно, внедрение и широкое использование эндоскопических интраабдоминальных операций в клинической практике позволит значительно улучшить лечебно-диагностическую помощь детям, страдающим спаечной непроходимостью кишечника.

Лечение врожденных деформаций грудной клетки у детей.

В.М.Одинак, Б.Ш.Фельдман, Е.Г.Некрасова

Кафедра детской хирургии

Врожденные деформации грудной клетки встречаются примерно у одного из 100 детей, при этом воронкообразная деформация составляет 90-91% от общего числа и помимо косметического дефекта приводит к уменьшению объема грудной полости, смещению и ротации сердца, искривлению позвоночника, нарушениям дыхания и кровообращения (Willital S.и соавт., 1977). У 10-15% таких больных имеет место глубокое специфическое поражение соединительной ткани, связанное с синдромными состояниями, сопровождающимися необычными послеоперационными осложнениями: транзиторная гипогликемия, нарушения сердечного ритма, острые аневризмы аорты, пролапс митрального клапана (Гераськин В.И., Рудаков С.С.с соавт., 1986г.)

В отделении торакальной хирургии за период с 1989 по 1997 г.г. обследовано 118 больных с врожденными деформациями грудной клетки, из них 76 с воронкообразной и 39 с килевидной деформацией грудной клетки. Мальчиков было 70, девочек 48. Формирование деформации грудной клетки с раннего возраста отмечено у 62 пациентов. У остальных детей деформации замечены в возрасте от 5 до 12 лет. Синдромные поражения соединительной ткани на почве синдрома, Марфана отмечены у 8 больных, у 4 из них марфаноидный

фенотип. У одного больного выявлен экхимозный тип синдрома Элерса-Данлоса. Неидентифицированные синдромные проявления нарушений со стороны соединительной ткани в сочетании со стигмами дисэмбриогенеза выявлены у 11 больных при этом 9 из них страдали дисметаболической нефропатией в различной степени и нарушениями регуляции минерального обмена. Из 19 больных с синдромными состояниями воронкообразная деформация грудной клетки была у 15, килевидная у четырех больных. У двух больных выявлен синдром Поланда, сопровождающийся сложной деформацией реберно-грудинного комплекса и гомолатеральной аплазией ребер и грудных мышц.

При воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) степень тяжести определяли путем расчета рентгено-антропометрических нарушений по индексу Гижичко, Первая степень тяжести ВДГК выявлена у 1 больного, вторая у 35, третья у 40 больных. Преобладали симметричные конусовидные формы деформации. У 83 процентов больных со 2-3 степенью деформации были выраженные проявления кардиореспираторного синдрома, нарушения функции внешнего дыхания и кровообращения, снижение возрастных показателей роста и веса до 15-30%. Все больные старше 9 лет с деформациями грудной клетки испытывали серьезный психологический дискомфорт. Таким образом, показания к хирургической коррекции деформаций грудной клетки определяли как абсолютные, при наличии отклонений внешнего дыхания и кровообращения – 62% больных, и как относительные, с целью устранения имеющегося косметического дефекта – 38% больных.

Радикальное исправление деформации грудной клетки осуществляли путем торакопластики и стернохондропластики, направленной на увеличение объема грудной полости и формирование правильной конфигурации грудной клетки.

Оперированы 116 детей, которым выполнено 169 оперативных вмешательств. В первые 2,5 года выполняли дозированную торакопластику по Кондрашину - 6 больных, и расширенную торакопластику по Равичу в модификации - 19 больных. Данные оперативные вмешательства заканчивались внешней фиксацией мобилизованного реберно-грудинного комплекса на шине Маршева за прошивные трансгрудинные лигатуры.

С 1994 года при оперативном лечении врожденных деформаций грудной клетки мы используем торакопластику по Палтия, которую выполнили 51 больному, из них у 48 имелась ВДГК и у 3 больных килевидная деформация,

Доступ осуществляли у мальчиков продольным разрезом по средней линии над грудиной с продолжением на 2-3 сантиметра ниже мечевидного отростка, а у девочек, преимущественно, билатеральным окаймляющим нижние контуры грудных желез. Грудные мышцы отсекали от мест прикрепления с мобилизацией латерально и полным обнажением деформированного реберно-грудинного комплекса. Затем производили поэтапно полную поднадкостничную резекцию деформированных хрящевых передних отделов ребер с 3-го по 10-е с иссечением реберной дуги, которая, как правило, была деформирована в значительной степени. Затем на уровне 3-го ребра производили клиновидную поперечную резекцию грудины с сохранением целостности задней кортикальной пластинки. Фиксация реберно-грудинного комплекса в положении гиперкоррекции осуществлялась титановой пластинкой, которая проводилась позади грудины на уровне 5-го ребра с опорой ее концов на костные фрагменты резецированных ребер и фиксацией к ним прошивными лигатурами (дексон N 1). Пластические свойства титановой пластинки позволяют моделировать конфигурацию грудной клетки в соответствии с необходимым косметическим результатом. Особое внимание уделяли формированию формы реберных дуг, мышечного каркаса передней грудной стенки и их стабильной фиксации.

Торакопластика по Палтия с использованием нашей конструкции позволяет значительно снизить частоту интраоперационного пневмоторакса, уменьшить интраоперационную кровопотерю, сократить продолжительность оперативного вмешательства с 2-2,5 до 1-1,5 часов. Одним из важнейших преимуществ данной методики является быстрое восстановление спонтанного дыхания в связи с отсутствием баллотирования мобилизованного реберно-грудинного комплекса. Отсутствие внешних фиксаторов и дренажей практически полностью позволяет исключить инфекционные осложнения, а стабильная фиксация реберно-грудинного комплекса - начать более раннюю активизацию больных, что способствует снижению легочных осложнений.

Продолжительность постельного режима в послеоперационном периоде сократилась с 35-45 до 2-4 дней, а длительность стационарного лечения с 45-50 до 25-28 дней.

Четырем больным выполнена торакопластика по Палтия по поводу рецидива ВДГК после первичной торакопластики с внешней фиксацией.

Титановый фиксатор удаляли через 3 - 5 месяцев. Сроки фиксации определяли индивидуально в зависимости от динамики

консолидации реберно-грудинного комплекса, в положении коррекции. У трех больных наблюдали смещение фиксатора через 1,5-2 мес. после операции, что потребовало досрочного его удаления. В последнее время нами изменена конструкция титанового металлофиксатора и технология его крепления, что снижает вероятность миграции фиксатора в послеоперационном периоде.

Следует отметить что при килевидной деформации наиболее оптимальной является радикальная двусторонняя резекция хрящевых отделов деформированных ребер, которую мы выполнили 25 больным. Трех из них произведена типичная операция Палтия. Остаточные деформации корригировались наружным пелотом, изготовленным индивидуально из поливика.

Летальных исходов не было. Ближайшие и отдаленные результаты торакопластики при деформациях грудной клетки изучены у всех больных. Купирование проявлений кардиореспираторного синдрома, нарастающий темп роста, и прибавки веса отмечены у 87% пациентов. Рецидив деформации возник у 6 больных, оперированных по методике Равича. Из них четверо оперированы повторно по Палтия с удовлетворительным результатом. В группе больных, оперированных по методике Палтия, частичный рецидив деформации отмечен у двух больных, которым пришлось преждевременно прервать моделирование грудной клетки из-за удаления смещенного фиксатора. Одному больному с килевидной деформацией в оперативной коррекции отказано в связи с тяжелым двусторонним хроническим бронхолегочным заболеванием. Наиболее убедительные позитивные результаты хирургической коррекции врожденных деформаций грудной клетки получены в возрастной группе 4-7 летних детей, которые составили 40% от всех оперированных больных.

Хирургическое лечение осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

В.М.Одинак, Е.В.Дильдин, С.Ю.Пономарева, Ю.В.Потапенко
Кафедра детской хирургии УГМА

Хирургическое лечение детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки выполняется чрезвычайно редко и показано, главным образом при развитии таких осложнений, как кровотечение (при неэффективности консервативной терапии), перфорация язвы и стеноз привратника (Белоусов Ю.В., Шульга Н.И., 1986; Запруднов А.М., Садовников В. И., 1990).

Большинство хирургов (Мазурин А. В., 1984; Парамонов А.А.,