

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. Трем 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.,

Лукоянова П.М., Кулик Н.Н., 1988 и др.) рекомендуют при этом органосохраняющие операции - ушивание перфоративного отверстия, селективную ваготомию, а в ряде случаев иссечение язвы с пилоропластикой.

В клинике детской хирургии за последние 12 лет (1985 - 1997 г. г.) находилось на лечении 35 детей с осложненным течением язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Подавляющее число (29 детей) поступили в экстренном порядке и 6 были переведены из различных стационаров города и области. Возраст детей колебался от 1 г. до 14 лет. Из них до 3 лет - два чел., от 6 до 9 лет - 12, от 10 до 14 лет - 18 чел. Мальчиков было 23, девочек - 12.

С гастродуоденальным кровотечением лечилось 19 (54,2%) детей. Основными симптомами развившегося кровотечения были: кровавая рвота, дегтеобразный стул, различной степени выраженности анемия. В анамнезе у всех этих детей имелись сведения о наличии язвенной болезни среди родственников, но только один ребенок ранее обследовался и наблюдался у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни желудка.

Определяя показания к различным методам лечения, мы ориентировались прежде всего на общее состояние, показатели гемодинамики и интенсивности кровотечения. При относительно удовлетворительных показателях и отсутствии непосредственной угрозы для жизни больного назначали консервативную терапию, включая срочную эндоскопию для выяснения источника, и интенсивности кровотечения, локальную гипотермию эпигастральной области, промывание желудка, охлажденным физиологическим раствором хлористого натрия. Проводили инфузионную терапию. Назначали глюконат кальция, викасол, аминокaproновую кислоту, дицинон. По показаниям переливали эритроцитарную массу, свежезамороженную плазму, альбумин.

В наших наблюдениях фиброгастроскопия на высоте кровотечения выполнена, у 12 детей и 7 после остановки кровотечения. При этом установлено, что у 6 детей источником кровотечения явилась язва препилорического отдела желудка, у 5 - эрозивный гастродуоденит, у 2 - язва 12-перстной кишки, у 3 - эрозивный дуоденит.

После установления источника кровотечения консервативная терапия в интенсивном режиме проводилась в течение 1-2 суток. При отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 1-2 суток, при профузных и повторных кровотечениях определяли показания к операции.

Следует отметить, что при проведении интенсивного комплекса ге-мостатической терапии у детей в подавляющем числе наблюдений она оказалась эффективной. Показания к операции при профузном кровотечении из желудка возникали у двух больных. В одном наблюдении выполнено иссечение язвы с пилоропластикой, в другом - при кровоточащей язве 12-перстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы выполнена резекция желудка.

С перфоративной язвой в клинике лечилось 12 детей в возрасте от 10 до 14 лет. Все больные поступили в экстренном порядке. Ни в одном случае на первичных этапах диагностики не был установлен правильный диагноз. Больные направлялись в детские хирургические отделения с подозрением на аппендицит, панкреатит, клиническую непроходимость. Язвенный анамнез имелся только у одного больного (менее 1 года). Ретроспективно было установлено, что у всех больных в течение длительного времени отмечались непостоянные боли в эпигастральной области, изжога, избирательность в выборе пищи. У всех детей среди близких родственников имелись больные страдающие язвенной болезнью.

При осмотре детей в приемном отделении хирургом правильный диагноз установлен у 5. У них клинические проявления были довольно типичными. У 4 детей диагноз перфоративной язвы установлен после рентгенологического исследования. Наличие свободного газа под диафрагмой, в сочетании с клиническими проявлениями делало диагноз перфоративной язвы несомненным. Трое больных взяты на операцию с диагнозом деструктивный аппендицит, перитонит.

Как пример сложности диагностики осложнения приводим наблюдение:

Мальчик 14 лет, доставлен в приемное отделение через 2 суток от начала заболевания с жалобами на боли в животе, температуру, однократную рвоту. Боли появились в эпигастральной области, затем распространились по всему животу. К врачу не обращались, мальчику давали спазмолитики и обезболивающие препараты, которые приносили временное облегчение. Когда, на третий день боли усилились, появилась высокая температура, была вызвана скорая помощь. В приемное отделение мальчик доставлен с подозрением на аппендикулярный перитонит. Состояние при поступлении тяжелое, имелись выраженные симптомы интоксикации, положительные перитонеальные симптомы, однако наибольшая болезненность отмечалась и выше пупка. После предоперационной подготовки мальчик взят в операционную с диагнозом:

деструктивный аппендицит (верхнемедиальное расположение отростка), перитонит. Во время операции изменений в отростке не выявлено, обнаружен гнойный выпот и воспалительные изменения брюшины в верхних отделах брюшной полости. При ревизии из срединного доступа обнаружена перфорация желудка в препилорическом отделе по задней стенке со сформировавшимся отграниченным гнойником. Выполнено ушивание стенки желудка, санация и дренирование брюшной полости. Мальчик поправился.

У всех наших пациентов, за исключением одного, перфоративные язвы локализовались в препилорическом отделе желудка по передней стенке. У одного пациента, язва локализовалась на задней стенке желудка в средней трети тела. Размеры перфорации были от 3 до 7 мм. Всем больным выполнено ушивание язвы, санация и дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода без осложнений. После завершения лечения в хирургическом отделении дети в удовлетворительном состоянии были выписаны домой, в дальнейшем наблюдались гастроэнтерологом.

Четверо больных поступили в плановом порядке для обследования и лечения в связи со стенозом привратника и деформацией луковицы 12-перстной кишки после рубцевания язвы. Детальное обследование детей позволило установить компенсированный характер стеноза и, учитывая ранний возраст детей (до шести лет) было решено воздержаться от операции. Эти больные находятся под наблюдением детского хирурга и гастроэнтеролога в течение пяти лет. Проводимое лечение привело к стабилизации состояния и улучшению эвакуации из желудка и 12-перстной кишки.

Таким образом, осложнения язвенной болезни у детей не являются редкостью и отмечаются в основном в старшей возрастной группе (10-14 лет), чаще у мальчиков. С целью ранней диагностики язвенной болезни и профилактики осложнений у детей данной возрастной группы при наличии жалоб на боли в эпигастрии следует шире прибегать к эндоскопическим исследованиям.

Наблюдение за пациентами с осложненным течением язвенной болезни детского хирурга и гастроэнтеролога, как в ближайшем периоде, так и в более отдаленные сроки показали, что избранная в клинике тактика органосохраняющего лечения детей оказалась оправданной.