

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Гайдышева Е. В., Бородулин И. В., Сысоев С. Г., Пономарева С. Ю.

В настоящее время многими авторами установлено, что врожденные анатомические препятствия оттоку крови из левой почечной вены являются не причиной, а лишь фоном, на котором во время бурного роста и полового созревания происходит значительное нарастание гидростатического давления, которое перерастягивает врожденно неполноценные стенки яичковой вены, выводя из строя ее клапанный аппарат и изменяя направление тока крови в ортостазе. В связи с этим лечение больных с варикоцеле должно состоять в перевязке яичковой вены, что устраняет воздействие гидростатического давления и прекращает инвертированный ток крови от почки к яичку.

В клиниках широко распространены операция Иванисевича, предусматривающая перевязку только расширенной яичковой вены, и операция Поломо, когда перевязывается весь сосудистый пучок яичка при сохранении путей лимфоттока для предотвращения развития гидроцеле.

В клинике детской хирургии на базе отделения плановой хирургии ДГКМБ 9 за период с 1997 по 1999 годы прооперировано 330 детей по поводу варикоцеле. 183 ребенка оперировано по методике Иванисевича, 147 мальчиков - по методике Поломо. Отмечено возникновение рецидива заболевания у 8 мальчиков, 6 из них оперировано по методике Иванисевича, 2 - по Поломо. У 6 детей в послеоперационном периоде отмечалось возникновение гидроцеле, 4 из них оперировано по Иванисевичу, 2 - по Поломо. Все дети оперированы повторно с положительным результатом. Учитывая наш опыт и опыт ведущих клиник, считаем, что методика операции по Иванисевичу, когда перевязывается только расширенная вена яичка и не учитываются сосуды сателлиты и артерио-венозные шунты, что служит причиной рецидивов, должна быть приостановлена, а предпочтение должно отдаваться методике Поломо.

ЧРЕЗКОЖНАЯ ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПЕЧЕНИ ДЕТЯМ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Уфимцева Л.А., Вутирас Я.Я., Тупоногов С.Н., Подоляк Е.В.

Методика пункционной биопсии печени, предложенная в 1965 г. профессором С.Я. Долецким, за последние годы получила принципиально новое развитие благодаря появлению ультразвуковых сканеров, позволяющих непрерывно контролировать процесс биопсии, новых конструкций биопсийных игл и современных методик гистологического изучения печеночной ткани.

Функционная биопсия печени (ПБП) под контролем УЗИ проводится в ОДКБ №1 с 1999г. При этом используются полувлаутоматические иглы «высасывающего» типа. Сопровождение манипуляции обеспечивается УЗ аппаратом SSD-500 «Аюса» (Япония). Место проведения - операционная или перевязочная, во всех случаях обезболивание общее.

Показанием к проведению исследования явился клинико-лабораторный симптомокомплекс, позволивший предполагать хроническое диффузно-паренхиматозное заболевание печени (гепатит, цирроз, гепатоз) и гепатомегалию неясной этиологии. Абсолютными противопоказаниями считаем отсутствие согласия родителей на проведение ПБП, нарушения в свертывающей системе крови и механическую желтуху; относительным - тяжелые формы сахарного диабета.

За 8 мес. 2000 г. (когда мы стали считать методику отработанной) выполнено 52 ПБП (50 больным), 2 из них повторно из-за недостаточного объема тканевого материала, полученного при попытке повторного использования игл разового применения. Возраст детей от 1,5 мес до 14 лет. Осложнений не отмечено.

По итогам исследований выделены 3 группы больных:

Первая группа - 41 ребенок (82%), у которых данные биопсии подтвердили предполагаемый диагноз хронический гепатит (ХГ), при этом позволили дополнительно оценить активность процесса, его глубину и у 30% детей обнаружили его цирротическую направленность.

Вторая - 9 детей (18%), когда клинико-лабораторное предположение оказалось ошибочным и у них выявлен цирроз - 3 (6%), жировой гепатоз - 3 (6%), у одного ребенка - врожденный фиброз печени, у двух - дистрофические изменения.

Третья группа - трое больных с подозрением на ХГ, у которых изменения в гепатобиоптате не были отнесены к безусловной патологии и интерпретированы как проявления реактивного гепатита.

Сказанное выше позволяет сделать следующее заключение:

ПБП под контролем УЗИ - минимально травматична, безопасна при соблюдении техники и противопоказаний, обладает высокой диагностической значимостью при предварительных диагнозах ХГ, цирроза печени. ПБП имеет решающее значение для установления жирового гепатоза, дистрофий и врожденного гепатита. Прижизненное гистологическое изучение печени позволяет оценить характер, степень поражения паренхимы органа, что обеспечивает возможность выбора методики лечения.