

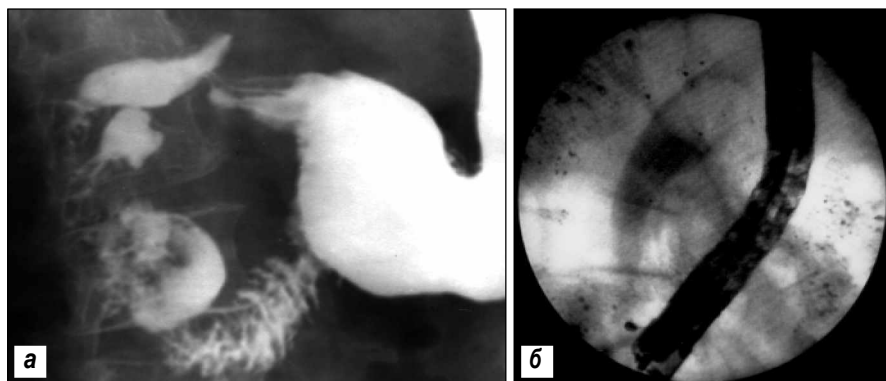


Рис. 1. Наблюдение из практики.

а — контрастная рентгенография: большой дуоденальный сосочек, открывающийся в просвет нижнего дивертикула двенадцатиперстной кишки; б — ретроградная панкреатохолангиография: крупный конкремент общего желчного протока, мелкие камни ампулы, стеноз большого дуоденального сосочка.

Подытоживая сказанное, можно сделать следующие выводы: 1) спайки в брюшной полости увеличивает частоту дискинезии ДПК кишки почти в два раза; 2) любое хирургическое вмешательство на желчных путях (в том числе и лапароскопическое) у ранее оперированных на брюшной полости лиц должно сопровождаться разделением спаек тонкой кишки; 3) дивертикулы ДПК всегда сопровождаются ее дискинезией и способствуют билиарному камнеобразованию, что необходимо учитывать при лечении желчно-каменной болезни.

Литература

1. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.И. Непроходимость желчных путей. — М.: Медицина, 1977.
2. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. — М.: Медицина, 1988.
3. Гирголав С.С.// Труды 20го съезда российских хирургов. — М., 1929. — С. 247.
4. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. — М.: Медицина, 1995.
5. Коновалова М.А.// Болезни печени и желчевыводящих путей — М.: МqВести, 2002 — С. 376q378.
6. Нестеренко Ю.А., Буромская Г.А., Климинский И.В. и др.// Хирургия. — 1981. — № 3. — С. 3q11.
7. НоренбергqЧарквиани А.Е. Острая кишечная непроходимость. — М.: Медицина, 1969.
8. Петров И.П., Ерохин И.А. Кишечная непроходимость. — М.: Медицина, 1989.
9. Симонян К.С. Спаечная болезнь. — М.: Медицина, 1966.
10. Томашук И.П., Беломар И.Д., Отурин Е.П. Ранняя спаечная непроходимость кишечника. — Киев: Здоровье, 1991.
11. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей — М.: ГЭОТАРqМЕД, 2002.
12. Эктов П.В., Карцев А.Г., Иванов А.Э. и др.// Анналы хирургической гепатологии. — 2002. — № 1. — С. 179.
13. Lee S.P., Hayashi A., Kim Y.S.// Hepatology. — 1994. — Vol. 20. — P. 522q525.
14. Leung J.W.C., Sung J.Y., Costerton J.W.// J. Clin. Microbiol. — 1989. — Vol. 27. — P. 914q916.
15. Leuschner U., Guldutuna S., Hellstern A.// J. Gastroenterol. Hepatol. — 1994. — Vol. 9. — P. 85q89.

Поступила в редакцию 28.11.03.

CERTAIN FORMS OF DUODENUM DYSKINESIA AS A CAUSE OF BILE HYPERTENSION

I.A. Sarvanov

Vladivostok State Medical University, Primorsky Regional Clinical Hospital № 1 (Vladivostok)

Summary — The paper describes the effect of commissural process in the abdominal cavity on the development of duodenum dyskinesia. This pathology was found two times more often at patients having been operated earlier on the abdominal cavity. Among the patients suffering from cholelithiasis complicated by dyskinesia the pigment stones were found at 32,8% of cases. When choosing a method of operative intervention in the biliary tracts, it is necessary to allow for potential changes in the duodenum caused by its diverticula or commissural process of the abdominal cavity.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 4, p. 75q77.

УДК 616.711'007.55'089'053.2(571.62)

Ю.В. Боляев, Н.Г. Жила

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Детская краевая клиническая больница (г. Хабаровск),
Дальневосточный государственный медицинский университет (г. Хабаровск)

Ключевые слова: сколиоз, лечение.

Сколиотическая болезнь является наиболее сложной и трудной проблемой современной ортопедии. Пожалуй, ни одно заболевание не доставляет столько

забот и не приносит столько разочарований больному и врачу. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в детской вертебрологии за последние два десятилетия, результаты лечения больных, страдающих сколиотической болезнью, не всегда благоприятны [1, 2]. Это обусловлено недостаточной осведомленностью врачей о возможностях современной хирургии позвоночника у детей и поздним направлением больных на оперативное лечение.

В ортопедическом отделении Детской краевой клинической больницы г. Хабаровска ежегодно проводится до 30'40 операций на позвоночнике по поводу данной патологии. С 1988 г. проведено 228 операций у 103 детей с прогрессирующими формами сколиоза. С целью прогнозирования развития деформации позвоночника

учитывали наступление пубертатного периода, наличие рентгенологических признаков прогрессирования.

При неблагоприятном прогнозе у 38 детей (36,9%) с деформацией позвоночника 30°50' (по Кобб) хирургическое лечение было направлено на профилактику выраженной деформации и реберного горба. С этой целью интраоперационно проводили максимально возможную коррекцию патологического изгиба позвоночника и имплантировали одно- или двухпластинчатый эндокорректор (эндокорректоры Роднянского-Гупалова, Гайдукова и их современные модификации), который в дальнейшем продолжал оказывать динамическую коррекцию позвоночника и грудной клетки в процессе роста ребенка до 18-22 лет. Швы удаляли на 10-14 сутки после операции. На 21 сутки больной переводился в вертикальное положение и начинал самостоятельно передвигаться, а на 28 сутки выписывался на амбулаторное лечение.

После выписки в течение 3 месяцев назначались домашний охранительный режим и обучение по школьной программе на дому. Затем, после контрольного обследования, ребенку разрешались занятия в школе с ограничением по физической нагрузке. В период до удаления эндокорректора за больным осуществлялось диспансерное наблюдение — осмотры врача-ортопеда 2 раза в год.

Преимуществом данного метода является то, что в процессе операции удается добиться коррекции деформации позвоночника на 50-80% и в дальнейшем снизить темп ее прогрессирования в 5 и более раз на протяжении 5-8 лет. Имплантация таких устройств дает возможность детям продолжать учебный процесс, вести обычный образ жизни и не пользоваться корсетом. После окончания роста пациента эндокорректор удаляется. У всех больных, получивших лечение по данной методике отмечены благоприятные результаты.

При выраженных деформациях позвоночника (более 50°) и наличии сформировавшегося реберного горба у 65 пациентов (63,1%) проводилось лечение с установкой одного или двух имплантатов статического типа (дистрактор Харрингтона и его модификации). После операции в течение 4 недель дети находились на постельном режиме в гипсовой кровати, затем переводились в вертикальное положение. После адаптации к вертикальной нагрузке им накладывали гипсовый корсет, и на 2 месяца дети выписывались домой с дозированной вертикальной нагрузкой. Затем они госпитализировались для контрольного обследования, им изготавливался фиксирующий корсет. В течение 6-12 месяцев больные переводились на обучение по школьной программе на дому, затем, в ряде случаев, разрешались занятия в школе по 2-4 урока в день.

В дальнейшем им производили этапные коррекции остаточной деформации позвоночника на операционном столе каждые 8-12 месяцев на протяжении

3-5 лет. Оперативное лечение завершалось резекцией реберного горба с целью улучшения косметического эффекта.

Такие пациенты в процессе роста переносят 3-5 этапных операций, длительное время находятся на стационарном лечении, пользуются корсетом. Отрицательным моментом в таких случаях является то, что имеющаяся деформация грудной клетки не позволяет в большинстве случаев получить коррекцию позвоночника более 20-30%, и в дальнейшем темп прогрессирования деформации не снижается более чем в 2-3 раза, что в конечном итоге к окончанию роста ребенка приводит к заметному косметическому дефекту. Это побуждает пациентов в дальнейшем обращаться в клинику для проведения моделирующих реконструктивных и миопластических операций на грудной клетке с использованием оригинальных методик [1]. У данных больных хорошие и удовлетворительные результаты хирургического лечения отмечены в 91,4% случаев.

Таким образом, целенаправленная госпитализация больных с прогрессирующим сколиозом (30°50') для оперативного лечения позволяет осуществить эффективную коррекцию деформации позвоночника уже во время операции, значительно снизить темп ее прогрессирования в процессе роста и получить хороший косметический результат. При этом своевременное направление больных сколиозами на хирургическое лечение зависит в первую очередь от осведомленности врачей-педиатров, травматологов-ортопедов, хирургов и других специалистов о возможности оперативной коррекции прогрессирующих сколиозов у детей.

Литература

1. Жила Н.Г. Хирургическое моделирование правильной формы грудной клетки у детей и подростков при врожденных и приобретенных деформациях. — Хабаровск, 2002.
2. Фищенко В.Я. Корректирующие операции на позвоночнике при тяжелых формах сколиоза у детей и подростков: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — М., 1973.

Поступила в редакцию 10.06.03.

SCOLIOSIS SURGERY OF CHILDREN

Yu.V. Bolyaev, N.G. Zhila

Children's Regional Clinical Hospital,

FarqEastern State Medical University (Khabarovsk)

Summary — The paper provides the experience of the surgery of 103 children with progressive scoliosis. While treating progressive spinal column deformity (30°50'Kobb), an intraoperative correction by using one- or two-laminar endocorrectors has been carried out. Provided that the scoliosis was apparent (more 50°), being associated with the developed costal humpback, the disease was treated by means of placing one or two implants of static type. Earlier referral of the patients suffering from scoliosis to specialized surgical hospital, as well as adequate surgical treatment allow achieving the correction of the spinal column deformity and determining a good cosmetic result.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 4, p. 77q78.