

ния применяются различные хирургические методы. Однако главным осложнением в послеоперационном периоде является реканализация и рецидив свища. Мобилизация и разделение стенок прямой кишки и влагалища или уретры с ушиванием свищевых отверстий по отдельности и пластикой заплатой из гортекса или широкой фасцией бедра позволяет избежать этого осложнения и сохранить анатомическое соотношение структур данной области. Сфинктеропластика при травмах промежности является важным элементом реконструктивных операций на этой зоне. Это необходимо для нормального функционирования запирающего аппарата прямой кишки. Кроме того, превентивная колостомия является принципиальным тактическим лечебным элементом при выполнении сложных операций на органах малого таза и промежности.

Список литературы:

1. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. – 2-е изд., – М.: Мед. информ. агенство, 2006. – 432 с.
2. Rintala R.J., Mildh L. H-type anorectal malformations: incidence and clinical characteristics // J Pediatric Surg. – 1996. vol. 31. – p. 559 – 562.
3. Yazici M., Etensel B. Congenital H-type anovestibular fistula // World J Gastroenterol. – 2003. vol. 9. N 4 – p. 881 – 882.

ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ

**Верин В.М. – заведующий хирургическим отделением для детей,
Зайцев Д.В. – главный врач УЗ «МОДКБ», Воронцовская О.Р. –
заведующий ОЛД**

*УЗ «Минская областная детская клиническая больница», Минск,
Беларусь, modkb@inbox.ru*

Введение. Функциональная и морфологическая незрелость лимфатического аппарата ребенка обуславливает частоту лимфаденитов у детей в возрасте от 1 года до 3 лет с поражением преимущественно верхнечелюстной и подчелюстной областей. Различают последовательное развитие острого воспалительного процесса в лимфоузлах: серозное, гнойное и абсцедирование. Два последних требуют оперативного лечения. Необходимо помнить, что наибольшую группу после серозного лимфаденита составляет гиперплазия лимфоузла. Это состояние возникает, когда при попадании инфекции в лимфоузел в нем происходит увеличение количества зрелых клеток лимфоидного ряда, а не его воспаление. То есть, развивается рабочая гипертрофия лимфоузла, что обеспечивает выполнение им барьерной функции. При воспалении лимфоузел не только увеличивается, пальпация становится болезненной, появляется

отек окружающих тканей. Отличить форму воспаления лимфоузлов от гиперплазии довольно трудно, особенно у детей младшей возрастной группы и в амбулаторных условиях. При благоприятном течении наступает излечение, при неблагоприятном течении - острый серозный лимфаденит переходит в гнойный с расплавлением ткани лимфоузла. В настоящее время нет единой тактики лечения при подозрении на гнойный лимфаденит. Скопление гноя можно определить по флюктуации и размягчению лимфоузла. Это не всегда удается у детей младшего возраста из-за особенностей развития подкожно-жировой клетчатки. Чаще всего хирург прибегает к пункционному методу диагностики, что довольно болезненно для ребенка. Результат часто бывает отрицательным. Не всегда удается пунктировать центр гнойного расплавления лимфоузла. Применение эхографии значительно повышает точность диагностики, практически полностью исключает проведение эксплоративных пункций и разрезов и является единственным доступным малоинвазивным методом исследования лимфоузлов подчелюстной области и шеи в детской практике. Повторные эхографические исследования дают возможность проследить динамику воспалительного процесса и оптимизировать тактику лечения. Ультразвуковое исследование позволяет точно определить индивидуальные топографо-анатомические особенности и характер патологического процесса, что позволяет планировать оперативное вмешательство. Цель ультразвукового исследования – дифференцировка стадии воспалительного процесса и оценка наличия деструктивных изменений ткани лимфатических узлов при остром лимфадените у детей.

Материалы и методы исследований. В 2007-2010 гг. в хирургическом отделении УЗ «Минская областная детская клиническая больница» госпитализировано 68 детей с диагнозом острый лимфаденит. Показания к госпитализации – подозрение на нагноение. У 22 детей диагноз не подтвержден. После проведения курса консервативного лечения дети выписаны на лечение в амбулаторных условиях. У 46 детей выполнено оперативное лечение. Все дети поступали через 3-7 дней от начала заболевания.

Ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи выполнялось на аппаратах «SONOLINE G60 S» (Simens) и «VOLOSON 730 Expert» (GE) линейным датчиком с частотой 6-10 МГц с использованием цветового и энергетического доплера. Гнойное расплавление лимфоузлов, диагностированное эхографически у 46 детей, послужило абсолютным показанием к оперативному лечению.

Результаты и обсуждение. Характеризуя в целом группу больных различными клиническими формами лимфаденита, следует отметить, что эхография регионарных лимфоузлов позволила получить качественное отличие их структуры и диагностировать фазу патологического процесса.

При гнойной деструкции лимфоузлов в медуллярной части появляются гипоанэхогенные бессосудистые участки, в дальнейшем увели-

чиваясь, захватывающие всю центральную часть или весь лимфоузел. Наличие бесструктурных, гипоанэхогенных аваскулярных лимфоузлов на фоне утолщенной гиперэхогенной подкожной клетчатки позволяет судить о гнойном расплавлении лимфоидной ткани и ставить показания к хирургическому лечению.

Достоверность показаний для оперативного лечения с подозрением на гнойный лимфаденит выше на основе эхографического исследования в сравнении со стандартными принятыми методами.

Учитывая высокую информативность эхографического вида диагностики, всем детям с подозрением на шейный гнойный лимфаденит необходимо выполнять ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи и подчелюстной области. Это позволит избежать тактических ошибок. Применение ультразвукового исследования при острых лимфаденитах у детей в динамике позволяет проследить фазу воспалительного процесса, своевременно выявить деструкцию и определить тактику дальнейшего лечения. Исключение гнойной деструкции лимфатических узлов на амбулаторном этапе уменьшает необоснованную госпитализацию детей в стационар и сокращает финансовые затраты медицинского учреждения на лечение. Доступность и малоинвазивность ультразвукового метода диагностики является обязательным методом исследования при воспалительных процессах лимфоузлов у детей на всех этапах лечения.

Выводы:

1. На основании ультразвукового метода исследования можно дифференцировать стадии воспаления и оценить наличие деструктивных изменений ткани лимфатических узлов, что определяет показания к хирургическому лечению.

2. Повторные ультразвуковые исследования позволяют проследить динамику воспалительного процесса на фоне лечения.

3. Эхография позволяет точно определить очаг патологического процесса с учетом индивидуальных анатомо-топографических особенностей ребенка, что позволяет спланировать тактику оперативного вмешательства.

4. Применение эхографического метода диагностики лимфатических узлов у детей с шейным лимфаденитом на амбулаторном этапе позволит исключить гнойное расплавление лимфоузлов, что уменьшит госпитализацию в хирургический стационар с подозрением на гнойный лимфаденит и снизит финансовые затраты лечебного учреждения.

Список литературы:

1. Зотин, А.В. Шаляпин, В.Г. Использование эхографии для диагностики лимфаденитов / А.В. Зотин, В.Г.Шаляпин // Амбулаторная хирургия. - 2007. - №4. – С. 89-90.

2. Васильев, А.Ю. Ольхова, Е.Б. Ультразвуковая диагностика в неотложной детской практике / А.Ю. Васильев, Е.Б. Ольхова // «ГЭОТАР-Медиа». – 2010. – С. 70-75.