

зом “приобретенная кишечная непроходимость” в ГКБ СМП г. Бишкек. Из них с инвагинацией кишечника было 52 (64,2%) больных. Всего инвагинация кишечника обнаружена у 91 больного, проведено консервативное лечение у 39 (42,8%).

Сроки госпитализации от начала заболевания: до 6 часов - 20 (22,0%), до 12 часов - 15 (13,2%), от 12 до 24 часов - 42 (46,1%), от 24 до 48 часов - 10 (11,01%), свыше 48 часов - 4 (4,4%), через 6 суток - 1 больной. По возрасту поступившие дети распределились следующим образом: до 6 месяцев – 28 (53,4%), 6-12 месяцев – 10 (19,2%), 1-3 года – 9 (17,3%), старше 3 лет – 5 (9,2%) детей. Во время операции обнаружены: тонко-тонкокишечная форма - у 8 (15,41%), илеоцекальная форма - у 40 (26,91%), тонко-тонко-толстокишечная форма - у 4 (2,2%) больных. Причинами инвагинации кишечника в старшем детском возрасте были: синдром Пейтца - Егерса - у 3-х (5,8%), 1 больной оперировался в другом стационаре по поводу кишечной непроходимости; дивертикул Меккеля - у 5 (9,6%). Из-за явлений некроза и разрыва кишки, перитонита, невозможности дезинвагинации в 5 случаях произведено наложение «концевой» стомы, в 3-х случаях, при отсутствии явлений перитонита, выполнена резекция кишки. В послеоперационном периоде умер 1 ребенок (1,9%) .

Вывод: несмотря на изученность проблемы инвагинация кишечника у детей остается актуальной из-за частоты и атипичности течения в старшем детском возрасте.

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

А. Надыргалиев, Л. Губашева

**Западно-Казахстанская государственная медицинская академия,
Актобе, Казахстан**

Аппендикулярный инфильтрат у детей до настоящего времени остается актуальной проблемой детской хирургии. Отмечаются трудности ранней диагностики этой патологии, сохраняются неблагоприятные исходы в виде абсцедирования, развития перитонита, спаечной непроходимости, абдоминального сепсиса. До сих пор нет единой точки зрения на лечение аппендикулярного инфильтрата. На базе ОДКБ города Актобе нами был проведен анализ наблюдений за 120 пациентами, находившимися на лечении в отделении лапароскопической хирургии с 1998 по 2008 год.

В зависимости от патологии пациенты были распределены на две группы:

- первую группу составили пациенты с плотным аппендикулярным инфильтратом (55 пациентов),
- вторую группу составили пациенты с рыхлым аппендикулярным инфильтратом (65 пациентов).

В свою очередь, каждая из исследуемых групп была разделена на подгруппы в зависимости от метода лечения. В первой группе основную подгруппу составили пациенты, у которых одним из компонентов комплексной терапии являлась регионарная лимфотропная антибактериальная терапия, а контрольную подгруппу составили пациенты, у которых антибактериальная терапия проводилась путем внутримышечного введения препаратов.

Во второй группе основную подгруппу составили пациенты, в комплексном лечении которых применялась лапароскопическая аппендэктомия в сочетании с терапией, а контрольную подгруппу - пациенты, которым выполнялась традиционная «открытая» аппендэктомия.

Диагноз «аппендикулярный инфильтрат» устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, клинического осмотра пациента, лабораторных показателей, данных ультразвукового исследования и диагностической лапароскопии.

Количество осложнений в ближайшем послеоперационном периоде при использовании лапароскопии и регионарной лимфотропной антибактериальной терапии в лечении рыхлого аппендикулярного инфильтрата сократилось в 2 раза.

Таким образом, применение предложенного диагностическо-лечебного алгоритма при рыхлом аппендикулярном инфильтрате у детей позволило получить выраженный клинико-экономический эффект.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

А.Д. Некрасов

Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) у детей встречаются довольно часто. В последние годы отмечен рост гастроэнтерологической патологии, сопровождаемой ЖКК. Нередко отмечаются профузные кровотечения, требующие ранней диагностики и проведения адекватной терапии. За последние 15 лет в клинике наблюдалось 112 детей с ЖКК, вызванными язвенной болезнью 12-перстной кишки (78 пациентов) и желудка (16 больных), изъязвлением дивертикула Меккеля (18 детей), в возрасте от 1,5 до 15 лет. Помимо общепринятых клинко-лабораторных исследований, проводились фиброгастродуоденоскопия, сцинтиграфия, лапароскопия. Основным признаком кровотечения при дивертикуле Меккеля является повторяющееся кровотечение с нарушением гемодинамики среди полного здоровья, без сильных болей в животе. Кал приобретает темно-вишневый цвет, либо имеет вид «смородинового желе», крайне редко наблюдается дегтеобразный стул. Все дети оперированы (лапаротомия, удаление дивертикула). При гастродуоденальных кровотечениях отмечались боли в эпигастриальной области, рвота «кофейной гущей», дегтеобразный кал. Язвенные дефекты локализовались в 93% случаев в луковице двенадцатиперстной кишки, а в 7% – в постбульбарном отделе. При поражении желудка язвы чаще всего обнаруживались в антральном отделе или по малой кривизне. Лечение начинали с комплексной гемостатической терапии. Оперативное вмешательство при продолжающемся кровотечении выполнено у 6 пациентов (ушивание язвы). В последующем проводилась комплексная противоязвенная терапия.

Задачей первостепенной важности является идентификация места возникшего кровотечения, а также проведение комплекса мероприятий по его остановке и стабилизации достигнутого состояния больного. Лечение детей с ЖКК проводили в соответствии с общепринятыми принципами, предусматривающими устранение острой кровопотери и её последствий. Применяли кровоостанавливающие средства (раствор хлорида кальция, амино-