

## ЭВОЛЮЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГАСТРОШИЗИСЕ

**Б.Н. Бисалиев, Н.А. Цап, В.Б. Чудаков, О.В. Новоселова, Е.Е. Бобковская**  
Уральская государственная медицинская академия,

Областная детская клиническая больница №1, Екатеринбург, Российская Федерация

Отечественные и зарубежные авторы отмечают положительную тенденцию в лечении новорожденных с гастрошизисом (ГШ) при абсолютном увеличении данного порока развития. В то же время нет единого мнения по ведению беременности и родов, выбору методов хирургической коррекции, послеоперационной реабилитации детей с ГШ, что и требует проведения научного поиска в решении актуальной проблемы.

В клинике детской хирургии УГМА на базе отделения хирургии новорожденных ОДКБ №1 с 2000 по 2008 гг. пролечен 41 ребенок с ГШ. Большинство детей (80,4%) родились от 1-2 беременности, протекавшей, в основном, на фоне хронического пиелонефрита, хронической ФПН, гестоза первой половины, анемии. ГШ выявлен антенатально у 23 беременных (56,1%), но в 9 случаях – в поздние сроки. При рождении детей с ГШ путем естественных (35) и оперативных (6) родов не наблюдалось значимой разницы в общем состоянии при поступлении их в клинику. Дети рождались преждевременно, в сроке  $36,8 \pm 0,7$  недель гестации, с внутриутробной гипотрофией и задержкой внутриутробного развития. Вес даже доношенных детей редко превышал 3000 г и при поступлении составил  $2350 \pm 160$  г. Все дети поступали с явлениями эксикоза, гиповолемии, метаболического ацидоза, в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, в зависимости от адекватности первичной терапии в роддоме. До 2003 года предоперационная подготовка длилась не более 3-4 часов, нередко сохранялись признаки некупированного ацидоза и гиповолемии, но ошибочное в то время мнение об ущемлении органов в дефекте передней брюшной стенки диктовало необходимость срочного оперативного вмешательства.

Клинический материал разделен на 5 групп (2 основных, 3 контрольных) в зависимости от способа хирургического вмешательства. Если в 2000-2005 годах применяли метод радикальной первичной пластики (14) и первый этап операции Гросса (14), наряду с аллопластикой пластическими материалами (5), то с 2006 года успешно стали применять силопластику полимерным мешком (2). Малоинвазивное одномоментное ручное вправление эвентрации (7), так называемый метод EDMR-No GA – элективное медленное погружение кишки без анестезии, внедрено с 2007 года. По критериям выборки: длительность ИВЛ, восстановление моторики кишечника, длительность парентерального питания, осложнения, летальность – выявлены существенные достоверные различия. В структуре осложнений преобладали спаечная непроходимость кишечника, ЯНЭК, сепсис. Показатели летальности от 0 до 16,6% в группе силопластики и элективной ликвидации эвентрации.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**В.Ф. Бландинский, Ю.П. Губов, В.Н. Гогин, И.А. Березняк, В.В. Майнугин**  
Ярославская государственная медицинская академия,  
Ярославль, Российская Федерация

Проблема профилактики и лечения спаечной кишечной непроходимости (СКН) остаётся актуальной до настоящего времени. С целью уточнения перспектив решения данной проблемы нами произведен сравнительный анализ двух групп больных, которым последние два десятилетия проводилось лечение по различным протоколам, по поводу кишечной непроходимости, воспалительных заболеваний, повреждений и другой патологии органов брюшной полости. В первую группу включены 2225 больных, находившихся на лечении с 1991 по 1995 гг., которым оперативные вмешательства и послеоперационное лечение, включая физиотерапевтическое, осуществляли общепринятыми методами. Вторую группу (2004 – 2008 гг.) составили 1279 пациентов, которым дренирование брюшной полости осуществляли только при отграниченном гнойном перитоните. При распространенном перитоните в качестве альтернативы дренированию использовали динамическую санационную лапароскопию, адгезиолизис и физиотерапию.

При ретроспективном анализе установлено, что «ранняя» СКН у оперированных больных в первой и второй группах соответственно возникла у 33 (1,5%) и 13 (1%). Из них в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии релапаротомия и дгезиолизис были выполнены 21 (63,%) и 10 (76,9%) пациентам. «Поздняя» СКН в указанных группах констатирована у 108 (4,9%) и 37 (2,9%) больных, которым соответственно выполнено 48 (45,3%) и 16 (43,2%) больным. Таким образом, ограничение не обоснованного дренирования брюшной полости после оперативных вмешательств и замена его при распространенном перитоните динамической лапароскопией является более эффективным по сравнению с общепринятыми методами лечения.

## ДЕКОМПРЕССИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**А.Ю. Богоносков, И.Н. Кайгородова, В.Н. Стальмахович**  
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,  
Областная детская клиническая больница, Иркутск, Российская Федерация

Важное значение для восстановления функционального состояния и устранения микроциркуляторных нарушений кишечника в послеоперационном периоде придаётся декомпрессии.

Для проведения декомпрессии при приобретённой кишечной непроходимости в нашей клинике предпочтение отдаётся назогастроинтестинальной интубации кишечника.

Хотя при инвагинации кишечника, когда уровень кишечной непроходимости низкий и компрометирована подвздошная кишка или проводится резекция участка подвздошной кишки, декомпрессия кишки проводится через

аппендикостому, через аппендикостому и баугиневую заслонку вводится перфорированный зонд в тонкую кишку с таким расчетом, чтобы провести максимальную интубацию всей тонкой кишки, практически до связки Трейца.

Мы считаем, что декомпрессия кишечника в изоперистальтическом направлении является наиболее физиологичной, восстановление работы кишечника при этой методике достигается в более короткие сроки. Аппендикостома после удаления внутрикишечного зонда, как правило, закрывается самостоятельно. Учитывая, что предрасполагающими условиями для возникновения инвагинации кишечника у детей раннего возраста являются анатомические особенности илеоцекального отдела кишечника: подвижная слепая и подвздошная кишка, наличие общей брыжейки, недоразвитие клапанного аппарата баугиниевой заслонки, аппендикостома является положительным моментом, исключающим рецидив, так как слепая кишка фиксируется в правой подвздошной ямке.

В хирургическом отделении ИГОДКБ в течение 10 лет было прооперировано 62 пациента с приобретенной кишечной непроходимостью. Из них со спаечной кишечной непроходимостью и различными видами заворота кишки – 26 больных, у 10 пациентов с целью декомпрессии выполнена аппендикостома. Больных с инвагинацией кишечника прооперировано 36, декомпрессия кишечника через аппендикостому проведена в 15 случаях. Летальных случаев при лечении больных с приобретенной кишечной непроходимостью не было. Операция по поводу закрытия аппендикостомы проведена в четырех случаях.

Таким образом, мы считаем, что основным методом декомпрессии кишечника при проведении операции по поводу приобретенной кишечной непроходимости является назогастроинтестинальная интубация. В отдельных случаях (когда имеются ишемические нарушения в стенке кишки при подвздошно-слепободочной инвагинации кишечника, низкой тонкокишечной непроходимости) интубация кишечника через аппендикостому является наиболее рациональной.

## **ВАРИАНТЫ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**В.А. Бычков, Г.М. Воронюк, С.Р. Брилинг, В.С. Бутов, Н.Ф. Боков,  
Ю.Б. Голованев, М.В. Корочкин**  
**Российский университет дружбы народов, Морозовская ДГКБ,  
Москва, Российская Федерация**

Приобретенная непроходимость кишечника у детей составляет от 1,2 до 8,5 % всех заболеваний хирургического профиля. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости приобретенная непроходимость кишечника по частоте занимает второе место, уступая лишь острому аппендициту, в то же время число летальных исходов при ней больше, чем при остальных острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, вместе взятых. Частота непроходимости кишечника по отношению к острым хирургическим заболеваниям брюшной полости может достигать 9,4 %.

За последние 5 лет в Морозовской ДГКБ наблюдалось 195 детей в возрасте от 2 мес до 15 лет с различными вариантами кишечной непроходимости. При этом 66 пациентов подверглось хирургическим вмешательствам. Летальность среди оперированных детей составила 4,5%. При этом, у всех погибших пациентов (3) отмечалась сопутствующая патология, как врожденного, так и приобретенного генеза. В указанной группе пациентов наибольшее количество составили дети с острой кишечной инвагинацией. Всего наблюдалось 105 детей, из них 29 оперировано (во всех случаях открытая дезинвагинация), остальным произведена консервативная дезинвагинация. Следующими по частоте были пациенты со спаечной кишечной непроходимостью (35 детей). Из них у 7 детей отмечалась ранняя непроходимость, которую удавалось разрешать лапароскопически. Остальным проводились открытые вмешательства; при этом, у 2 больных на фоне сопутствующей патологии отмечен летальный исход. Специфичной группой пациентов с частичной кишечной непроходимостью были дети с дисфункцией абдоминального катетера венстрикуло-перитонеального шунта. При этом были выявлены при лапароскопии: локальный спаечный процесс, располагающийся преимущественно в малом тазу у 22 детей; обширный спаечный процесс брюшной полости был выявлен у 18 детей. Безоары желудка были выявлены у 4 детей, что в значительной степени обусловлено изменением демографической обстановки в г. Москве. У всех больных определены трихобезоары; при этом у 2 больных не удалось удалить безоары эндоскопически – им проведено оперативное лечение, из них 1 ребенок с выраженными нарушениями психики погиб.

Более редкими, но весьма специфичными были пациенты со следующими вариантами кишечной непроходимости: острое расширение желудка – 4 больных, ущемленная внутренняя грыжа – 2 больных; злообразование тонкой кишки с участием дивертикула Меккеля – 2 больных; частичная кишечная непроходимость у 2 детей с липомой и кистой брыжейки; 2 пациента с инородными телами тонкой кишки и 1 с синдромом Пьетца-Эггерса.

Таким образом, в настоящее время наблюдается увеличение разнообразия этиотропных факторов, вызывающих приобретенную кишечную непроходимость; при этом отмечаются относительно новые механизмы нарушения пассажа кишечного химуса – спаечные процессы в брюшной полости у носителей венстрикуло-перитонеального шунта, острое расширение желудка, безоары и другие.

## **ОПЫТ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЗБЫТОЧНОГО РУБЦЕОБРАЗОВАНИЯ**

**О.В. Владимирова**  
**Городская больница №2, Ставрополь, Российская Федерация**

В течение 4 лет под нашим наблюдением находилось 63 ребенка с ожогами и 15 детей с посттравматическими рубцами. Все пациенты были разделены на группы – 2 группы с ожогами и 2 с рубцами.

Первая группа - 29 детей с первичной травмой, которым проведен стандартный комплекс лечебных меропр-