

## ОТКЛЮЧЕННЫМИ ОТДЕЛАМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

**И.В. Киргизов, А.Г. Талалаев, И.А. Шишкин, А.А. Гусев, Т.А. Прудникова**  
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

Проблема хирургической реабилитации детей после длительного «отключения» отводящих отделов толстой кишки у детей остается актуальной и не решена в полной мере.

Целью исследования явилось изучение длительно отключенных отделов толстой кишки у стомированных детей в периоде новорожденности, с последующей проводимой им хирургической коррекцией.

Материалы и методы. Исследование проведено 31 ребёнку, которым в периоде новорожденности наложена кишечная стома: у 14 детей в связи с клиникой язвенно-некротического колита, у 17 детей - с клиникой острой толстокишечной непроходимости. Проведена ирригография отсроченными рентгенограммами через 3-7 суток, также биопсия прямой кишки по Свенсону с помощью реакции CD 117.

Результаты исследований. У 15 детей отмечалось нарушение эвакуаторной функции, а по данным морфологического исследования - дисганглиоз с отрицательной реакцией CD 117, хотя типичной рентгенологической картины болезни Гиршпрунга не выявлялось. Выбор операции решался в пользу брюшно-промежностной резекции. У 14 детей эвакуаторная функция расценена как удовлетворительная, к 5 суткам отмечалось полная эвакуация бариевой взвеси из отключенных отделов толстой кишки. При морфологическом исследовании отмечался склероз подслизистого, субатрофия мышечного слоя, реакция CD 117 была положительной, им проведено закрытие колостомы. У 2 детей при морфологическом исследовании отклонений в стенке кишки не выявлено, при ирригографии - задержка контрастного вещества до 7 суток. В предоперационном периоде им проведен комплекс консервативных мероприятий, с последующим благоприятным закрытием стомы.

Заключение. Для уточнения функционального состояния длительно отключенных отделов толстой кишки необходимо совмещение как морфологического исследования с использованием реакции CD 117, так и ирригография отключенных отделов с оценкой эвакуации бариевой взвеси.

## СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА РАССЕЧЕНИЯ ТКАНЕЙ И ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**И.В. Киргизов, П.В. Иванов, И.А. Шишкин, В.А. Плякин, И.О. Кулик, А.А. Гусев**  
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

Проведение повторных операций на органах брюшной полости является одним из наиболее сложных разделов хирургии. Поэтому использование современных высокотехнологичных методов остановки кровотечения, рассечения тканей в детской хирургии является актуальным.

Целью исследования явилась оценка эффективности использования генератора для электролигирования сосудов и электрохирургического генератора с блоком подачи аргона у детей после ранее проведенных повторных оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Материалы и методы. Исследование проведено 34 детям с хронической хирургической патологией после многократных операций на органах брюшной полости. Дети были разделены на две группы: референтную (15) и исследуемую (19), взаимосопоставимые по возрасту и локализации патологии. В референтной группе на этапе оперативного лечения использовался биполярный электрокоагулятор и лигатурный способ остановки кровотечения, в исследуемой группе использовался генератор для электролигирования сосудов и электрохирургический генератор с блоком подачи аргона.

Результаты. В референтной группе время, затраченное на проведение операции, было на 30% больше, чем в исследуемой группе. Кровопотеря у детей референтной группы была на 35% выше, чем в исследуемой группе, проведение гемотрансфузии во время операции и в послеоперационном периоде применялось в 1,7 раза чаще. В референтной группе на 25% чаще отмечался послеоперационный парез кишечника, и в 2-х случаях имела место несостоятельность анастомоза, что не наблюдалось в исследуемой группе.

Заключение. Использование современных высокотехнологичных средств рассечения тканей и остановки кровотечения, таких, как генератор для электролигирования сосудов и электрохирургический генератор с блоком подачи аргона, у детей после повторных оперативных вмешательств на органах брюшной полости значительно улучшает результаты лечения и позволяет снизить количество послеоперационных осложнений.

## ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С ОСЛОЖНЕННОЙ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ

**А.А. Кистенева, А.К. Коновалов, В.И. Петлах,  
А.В. Сергеев, И.Н. Константинова, В.А. Иванов**  
Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии  
Росмедтехнологий, ДГКБ №9, Москва, Российская Федерация

По данным нашей клиники (734 ребенка в возрасте до 3-х лет за 15 лет), консервативная дезинвагинация под рентгенологическим контролем была эффективна у 73,3% больных. Эндоскопические методы (5%) представлены лапароскопической (34) и колоноскопической (2) дезинвагинацией. Оперативное лечение (срединным или аппендикулярным доступом) было выполнено у 160 (21,8%) больных. Наиболее сложными в определении лечебной тактики были пациенты с осложненной формой инвагинации, потребовавшие резекции кишечника.

Материал и методы. Рассматривается группа из 24 (15% от всех оперированных) больных, у которых про-

исведена резекция некротизированного участка кишки в условиях начинающегося перитонита. Объем резекции составил до 50 см. Всем детям выполнялась двухствольная энтеростомия (энтероколостомия) по классической методике Микулича. После формирования кишечного свища (на 4-7 сутки) в приводящий и отводящий отделы вводили магниты с целью создания межкишечного соустья. Повторную операцию – устранение кишечного свища – проводили через 2-3 месяца после выписки, в плановом порядке, после курса противоспаечной терапии: в течение 10-14 дней назначался препарат купренил (Д-пеницилламин) и проводился электрофорез с коллализином.

Результаты. Сформированный межкишечный магнитный анастомоз начинал функционировать на 4-5 сутки, при этом пищеварительный процесс приближался к физиологическому, что обеспечивало более гладкое течение раннего послеоперационного периода. Благодаря этому дети с межкишечным магнитным анастомозом развивались нормально, не теряли в весе, у них не возникало анемии, гипопроотеинемии, дисбактериоза, что позволило провести реконструктивные операции в оптимальные сроки на фоне нормализации основных показателей гомеостаза. В большинстве случаев выполнялась реконструктивная операция с сохранением межкишечного магнитного анастомоза. Двое детей были оперированы повторно в связи со сложностями определения границ нежизнеспособной (резецированной) кишки. Вмешательства проводились на 1 и 7 сутки послеоперационного периода и состояли в релапаротомии, дополнительной резекции участка кишки и наложении двухствольного кишечного свища. Спаечных осложнений не диагностировано.

Заключение. Двухэтапное хирургическое лечение детей младшего возраста с осложненной кишечной инвагинаций позволяет избежать риска несостоятельности анастомоза при резекции кишечника.

## **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СПАЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

**А.К. Коновалов, В.И. Петлах, А.В. Сергеев, О.В. Безрукова, О.А. Беляева**  
**Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии**  
**Росмедтехнологий, ДГКБ №9, Москва, Российская Федерация**

Образование брюшинных спаек в послеоперационном периоде выявляется по литературным данным у 83-97% оперированных больных, а острая кишечная непроходимость на фоне спаечного процесса развивается в 30-70% случаев.

Материал и методы. За период с 2000 по 2008 годы зарегистрировано 336 обращений в клинику по поводу спаечных осложнений, из них 92 - по поводу острой кишечной непроходимости. Наиболее частой патологией, приводящей к возникновению спаечных осложнений, являлся деструктивный аппендицит-53,8%. На втором месте - кишечная инвагинация - 18,2%, на третьем - врожденные пороки развития органов брюшной полости - 16,3%. Всего было госпитализировано 208 детей в возрасте от 8 месяцев до 16 лет, из которых 51 пациент имел в анамнезе две и более госпитализации. У пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью лечебные мероприятия начинались с проведения консервативных мероприятий: коррекции водно-электролитного баланса, адекватного обезболивания и комплексной стимуляции кишечника с целью восстановления пассажа кишечного содержимого. При их неэффективности выполнялось оперативное пособие, начинавшееся с лапароскопии и попытки адгезиолизиса. Лечение спаечной болезни проводилось в три этапа. Первый этап включал электрофорез с коллализином с пероральным приемом препарата «Купренил». Вторым этапом выполнялся лапароскопический адгезиолизис в плановом порядке. И в раннем послеоперационном периоде всем детям проводился противорецидивный курс противоспаечной терапии.

Результаты. У 35(38%) больных острая кишечная непроходимость разрешена лапароскопически, в 25 (27%) наблюдениях потребовалось выполнение релапаротомии. У 78 (32%) пациентов со спаечной болезнью выполнен плановый адгезиолизис, в процессе которого трансформированные спайки легко разделялись бескровно тупым путем. У 8 (10,2%) детей в связи с выраженностью спаечного процесса потребовалась конверсия. В остальных наблюдениях проведено только консервативное лечение, на фоне которого у всех детей отмечался положительный клинический эффект в виде уменьшения интенсивности и частоты болевого синдрома, при ультразвуковом исследовании наблюдались выраженные деструктивные изменения в спайках, в т.ч. длительно существующих.

Заключение. При выявлении в раннем послеоперационном периоде клинических и ультразвуковых признаков спайкообразования брюшной полости пациентам показано проведение противоспаечной терапии. Предложенная нами схема эффективна и при лечении детей со спаечной болезнью.

## **ОПУХОЛИ КАК ПРИЧИНА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**А.Н. Котляров, Н.М. Ростовцев, Е.А. Неизвестных, М.Е. Ядыкин**  
**Челябинская государственная медицинская академия,**  
**Челябинск, Российская Федерация**

Представляем опыт диагностики и лечения кишечной непроходимости у детей с онкологическими заболеваниями. Всего оперировано 37 пациентов с гемобластомами, тератодермоидными образованиями крестцово-копчиковой области (3), перстневидноклеточным раком прямой кишки (3), нейробластомой (2), нефробластомой (1), гемангиомой тонкого кишечника (1), синдромом Пейтц-Эгерса (1), агрессивным фиброматозом множественной локализации (1).

В 48,3% случаев диагноз был установлен на дооперационном этапе с использованием рентгенологического и ультразвукового метода исследования, по показаниям КТ, лапароскопии с биопсией опухоли. 19 (51,7%) больных оперировано в экстренном порядке. Пациенты с В-клеточными лимфомами с локализацией в области илеоцекального угла и тонкого кишечника составили 66,5% (25). У 8 пациентов, оперированных по поводу кишечной непроходимости, диагностирована инвагинация кишечника: тонко-кишечная - у двух больных, подвздошно-ободочная - у 6. Толстокишечная и подвздошно-ободочная инвагинация чаще всего имела признаки хронической кишечной непроходимости, тонко-тонкокишечная - острой. У остальных (29) диагностирована обтурационная кишечная непроходимость. Правосторонняя гемиколэктомия, резекция илеоцекального угла с наложением ин-