

**ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ****Е.А. Лукьяненко****Саратовский государственный медицинский университет,  
Саратов, Российская Федерация**

Актуальность проблемы определяется тяжестью течения инвагинации кишечника, неоднозначностью подходов к выбору тактики лечения, высоким процентом открытых оперативных вмешательств.

Проведен анализ лечения 941 ребенка в возрасте от двух суток до 8 лет с инвагинацией кишечника (1069 инвагинаций) с 1981 по 2008 г. В возрасте старше года было 212 (22,6%) детей. Клиническая картина была типичной: беспокойство ребенка (85%), рвота (73,3%), кал в виде «малинового желе» (61,5%).

При выборе способа лечения инвагинаций кишечника использовали 10-часовой срок с начала появления крови из ануса (Староверова Г.А., 1982). При сроке появления крови менее 10 ч. предпринимали пневматическую дезинвагинацию (89,8% больных). Срок появления крови более 10 ч. являлся показанием к операции (10,2% больных).

При сроке появления крови из ануса менее 10 ч. поступили 845 пациентов. Пневматическая дезинвагинация оказалась успешной у 772 (91,4%). Среди этих детей 149 были старше года. В 73 (8,6%) случаях пневматическая дезинвагинация была безуспешной – дети были оперированы. В ходе операции были выполнены дезинвагинация (67), резекция некротизированного участка кишки с наложением анастомоза (5), удаление дивертикула Меккеля (2). В этой группе больных на операции в 5 (6,8%) случаях диагностирована тонкокишечная инвагинация кишечника, в 50 (68,5%) – подвздошно-ободочная, а в 18 (24,7%) – слепоободочная.

Позже 10 ч. от момента появления крови из ануса поступило 96 детей. Среди них в возрасте старше года – 36. Все имели илеоцекальную инвагинацию кишечника (79 – слепоободочную, 17 – подвздошно-ободочную). У 6 человек инвагинация была обусловлена дивертикулом Меккеля, у одного – полипом слепой кишки. Были выполнены следующие операции: интраоперационная ручная дезинвагинация (59), резекция подвздошной кишки с наложением анастомоза (27), резекция илеоцекального угла с наложением анастомоза (6), энтеростомия (3).

Таким образом, пневматическая дезинвагинация была успешной в 92,5% наблюдений, анатомическая причина инвагинации кишечника зарегистрирована в 0,9% случаев. Все дети, поступившие позже 10 ч. от момента появления крови из ануса, имели илеоцекальную инвагинацию кишечника.

**ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ****Б.С. Махамбедьяров, А.К. Надыргалиев****Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова,  
Актобе, Казахстан**

Закрытая травма органов брюшной полости составляет 3-5% всех повреждений у детей. Повреждения органов брюшной полости сопровождаются внутрибрюшным кровотечением с нарастающей анемией, гемодинамическими нарушениями и приводят к перитониту.

Цель исследования: изучить роль лапароскопии в диагностике и хирургическом лечении геморрагического перитонита, обусловленного травматическим повреждением внутренних органов у детей.

Материалы и методы исследования: в основу работы положен ретроспективный анализ результатов лечения 80 детей с травмами органов брюшной полости, находившихся в клинике детской хирургии ЗКГМА имени Марата Оспанова в период с 2002 по 2007 годы, из них 54 мальчика и 26 девочек.

Результаты и их обсуждение: из 80 больных после диагностической лапароскопии диагноз «закрытая травма органов брюшной полости» подтвержден у 67 детей, из них у 54% выявлен разрыв селезенки, у 12 (15%) - разрыв печени, у 4 (5%) - повреждение кишечника, у 10 (13%) - гематомы брыжейки кишечника, у 10 (13%) - гематома большого сальника. Во время лапароскопии в 37 случаях при разрыве селезенки выявлены остановившееся кровотечение и тампонада сальником места разрыва. В 2-х случаях, в связи с продолжающимся интенсивным кровотечением вследствие разрыва селезенки в области ворот, осуществлены конверсия и спленэктомия с имплантацией селезеночной ткани в сальник. При разрывах печени у 10 больных во время лапароскопии гемостаз удалось осуществить биполярной коагуляцией.

При повреждении кишечника, осложненном перитонитом, у 3 больных выполнена лапароскопически ассистированная операция. Ослажнений в послеоперационном периоде и летальных случаев не было, все дети благополучно выписаны домой.

Вывод: при геморрагическом перитоните, обусловленном травматическим повреждением внутренних органов, у детей наиболее информативным методом диагностики является лапароскопия, которая позволяет не только установить локализацию повреждения, степень выраженности изменений, но и провести эффективное оперативное вмешательство.

**ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА****К.М. Мыкыев, Т.О. Омурбеков, Д.Р. Шайбеков, Ш.М. Менбаев,  
А.Ш. Самсалиев, А.Б. Коновалов****Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика**

Несмотря на изученность диагностической и лечебной тактики инвагинация кишечника у детей остается актуальной проблемой в экстренной абдоминальной хирургии из-за позднего поступления, атипичного течения в старшем детском возрасте. Нами анализированы данные о 81 ребенке, оперированном в 2006-2008 г. с диагно-