

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА**А.Ф. Султангужин, Э.С. Гадельшин, Р.Б. Сагитов****Больница скорой медицинской помощи, Уфа, Российская Федерация**

Инвагинация по-прежнему остается наиболее частым видом приобретенной кишечной непроходимости у детей. Так, по оценкам ряда специалистов на неё приходится до 50% всех случаев кишечной непроходимости у детей младшего возраста.

Наша работа основана на результатах обследования 50 детей с инвагинацией кишечника (ИК), находившихся на стационарном лечении в условиях БСМП г. Уфы. Среди них мальчиков – 32 (64%), девочек – 18 (36%); детей до 1 года – 42 (84%), старше 1 года – 8 (16%) детей. В сроки до 12 ч. с момента возникновения заболевания поступило 29 (58%), от 12-24 ч. – 10 (20%), в сроки более 24 ч. – 11 (22%) детей. Помимо сбора анамнеза заболевания, физикального исследования и пневмоирригографии, для диагностики ИК нами применялось ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости аппаратами «Acuson/Aspen» (Germany), «Logiq-400» (USA) и лапароскопия эндохирургическим комплексом «Karl Storz» (Germany). Признаками ИК по данным УЗИ являются наличие «головки» инвагината и замедление перистальтики кишечника на участке ИК. По данным рентген-сонографических исследований выявлены следующие формы ИК: слепо-ободочная форма у 27 (54%), подвздошно-ободочная – у 20 (40%), тонко-тонкокишечная – у 2 (4%) и толсто-толстокишечная инвагинация – у 1 (2%) пациента. Выбор лечебной тактики нами осуществлялся на основании клинической симптоматики заболевания, рентген-сонографических методов исследования в каждом конкретном случае. В нашей клинике метод консервативного лечения ИК считается основным и применяется независимо от формы инвагинации, возраста детей, сроков поступления с момента возникновения заболевания. Так, у 33 (66%) детей ИК устранена общеизвестным консервативным методом. У 17 (34%) детей после безуспешных попыток консервативного лечения ИК выполнена лапароскопически ассистированная дезинвагинация (ЛАД). Предпочтительными доступами для выполнения ЛАД являются правое подреберье и левая подвздошная область. Суть ЛАД заключается в осторожном «выдавливании» инвагината при одновременном нагнетании воздуха в толстую кишку per rectum с помощью баллона Ричардсона под давлением 120-150 мм. рт.ст. После ЛАД производится визуальная оценка жизнеспособности участка ущемленной кишки.

Таким образом, УЗИ наравне с рентгенологическими методами исследования представляет клиническое значение в диагностике ИК, а применение ЛАД позволяет под визуальным контролем облегчить дезинвагинацию, оценить состояние кровообращения в ущемленной кишке и снизить количество лапаротомий.

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ ЧАСТИЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**В.А. Тараканов, Е.Г. Колесников, В.В. Оноприев****Кубанский государственный медицинский университет, Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии, Краснодар, Российская Федерация**

Нарушения двигательного аппарата тонкой кишки широко представлены в хирургической практике. В частности, атонические состояния кишки зачастую омрачают результаты лечения спаечной кишечной непроходимости. Разработка методов коррекции двигательных нарушений во многом отстает из-за отсутствия стандартного экспериментального способа получения двигательных расстройств вследствие непроходимости.

Цель: разработка модели частичной механической непроходимости тонкой кишки в эксперименте и определение закономерностей развития ее двигательных нарушений.

Исследования проведены на 15 беспородных щенках женского пола в возрасте 2,5-3 месяцев массой 1,9-2,1 кг. Регистрация электрической активности тонкой кишки проводилась с помощью имплантированных субсерозально электродов «ПЭГ-8», на АЦП ЛА-8, усилителя производства НПО «МЕРА», РС. В группе контроля было 5 животных. У 10 животных пластмассовое кольцо, суживающее просвет кишки на 60%, накладывалось на 5 см выше илеоцекального угла, регистрация велась в течение 6 суток. В норме в кишке обнаружены стабильный и нестабильный типы электрической активности. Амплитуда медленных волн составила $0,65 \pm 0,05$ мВ, период их следования $3,33 \pm 0,09$ сек. После создания стеноза на 14-е сутки у 3-х животных наблюдали компенсированные нарушения. При этом период следования медленных волн составил $3,20 \pm 0,30$ сек, амплитуда $0,57 \pm 0,11$ мВ. У 4-х животных нарушения носили субкомпенсированный характер, что было представлено амплитудой $0,27 \pm 0,02$ мВ и периодом $3,4 \pm 0,46$ сек. Декомпенсация гладкой мускулатуры наступила у 3-х щенков, выражавшаяся в снижении амплитуды до $0,13 \pm 0,01$ мВ и увеличения периода до $5,6 \pm 0,70$ сек. В течение последующих 3-6 суток у всех животных наблюдали развитие декомпенсации.

Частичное сужение диаметра просвета тонкой кишки на 60% является достаточным условием для начала развития выраженных нарушений активности гладкой мускулатуры. Этот процесс у разных животных протекает с различной скоростью и стандартизацию по уровню декомпенсации кишки, следует проводить по результатам оценки электрической активности тонкой кишки. При необходимости срок действия сужения необходимо увеличивать на 3-6 суток.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА**В.А. Тараканов, Е.Г. Колесников, Б.А. Схалыхо****Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Российская Федерация**

Комплексная программа диагностики и лечения поздней спаечной непроходимости кишечника (ПСНК) использована у 24 пациентов в возрасте от 2,5 до 17 лет. Из них девочек 3, 10 (41,6%), мальчиков 14 (58,4%). Подос-

трая форма диагностирована в 14 (58,4%), острая в 8 (33,3%), острейшая, осложнившаяся некрозом кишки, в 2 (8,3%) случаях от общего числа наблюдений. 16 детей (66,7%) поступили впервые, 8 пациентов (33,3%) с клиникой рецидивирующей непроходимости.

Диагностика базировалась на использовании обзорной рентгенографии, ультразвуковом сканировании органов брюшной полости, спиральной компьютерной томографии с применением внутривенного контрастирования мезентериальных сосудов. При отсутствии признаков странгуляции назначалась консервативная терапия, имевшая успех в 13 (54,2%) наблюдениях.

При неэффективности проводимой терапии либо диагностированном на дооперационном этапе некрозе кишки выставлялись показания к оперативному вмешательству. Лапароскопическое устранение непроходимости выполнено у 9 (37,5%) больных. Лапаротомии подверглись трое (12,5%) – вследствие диагностированного некроза – 2 пациента, в результате массивного спаечного процесса – 1 пациент.

Детям с явлениями спаечной кишечной непроходимости был исследован иммунный статус. При выявлении нарушений применялась методика направленной иммунокоррекции. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная, антибактериальная, сорбционная терапия, медикаментозная стимуляция кишечника, ранняя нутритивная поддержка, нестероидная метаболитная терапия, физиотерапевтическое лечение, ЛФК и массаж. Парентерально назначались препараты, обладающие пролонгированной ферментативной (гиалуронидазой) активностью, – «Лонгидаз 3000 МЕ». Рецидивов в данной группе больных в течение 6 месяцев не отмечено.

ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

**А.А. Тарасов, В.Н. Степанов, А.Н. Подгорный, А.Л. Савченков,
О.В. Сацюк, Т.Н. Усачева**
**Смоленская государственная медицинская академия,
Смоленск, Российская Федерация**

Инвагинация кишечника является полиэтиологическим заболеванием, способы диагностики и лечения которого имеют исторические, региональные отличия. Несомненно, что внедрение современных технологий имеет приоритетное значение и позволяет добиться лучших результатов.

Нами проанализированы результаты лечения 60 детей за период с 1998 по 2007 г. В возрасте до 1 года поступило 33 (55%) пациента, причем мальчики заболевали в 2 раза чаще. Давность заболевания составила до 12 ч. – у 11 (33,3%) детей, от 12 до 24 ч. – 13 (39,4%) детей, свыше суток – 9 (27,3%) детей. В диагностический алгоритм при обследовании 55 (91,6%) детей с подозрением на острую кишечную инвагинацию, помимо анамнестических данных, физикального исследования, включены УЗИ органов брюшной полости и пневмоирригоскопия в состоянии медикаментозного сна. При этом кровь в стуле отмечалась у 45,5% пациентов, инвагинат определялся пальпаторно только у 39,4% детей.

При подтверждении диагноза под эндотрахеальным наркозом производилась пневмодезинвагинация с рентгеноскопическим и манометрическим контролем. Успешным консервативное лечение было у 43 (71,7%) больных и не зависело от возраста. Рецидивов заболевания не было.

Показанием к лапароскопии, открытой дезинвагинации у 12 (20%) детей были неэффективность консервативных мероприятий, наличие тонко-тонкокишечной инвагинации, либо неясная клиническая и рентгенологическая картина. Осложнение в виде перитонита у 5 (8,3%) больных явились также показанием к оперативному вмешательству: резекции инвагината с наложением илеостомы.

При ревизии брюшной полости оценивались анатомические предпосылки к возникновению данной патологии. Мезадент с преимущественным поражением илеоцекальной области выявлен у всех пациентов и расценивался нами как вторичный. Эмбриональные тяжи и спайки в этой области встречались у 3 (5%) детей, неизменный дивертикул Меккеля – у 1 (1,6%) ребенка.

Таким образом, консервативное лечение инвагинации кишечника в клинике детской хирургии г. Смоленска является методом выбора и применяется при отсутствии осложнения у детей старше 1 года, а также при давности заболевания, превышающей 12 ч. Включение лапароскопии в комплекс лечебно-диагностических мероприятий позволяет сократить частоту открытой дезинвагинации.

НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ

Т.В. Туробова, И.А. Турабов
**Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Российская Федерация**

Основными причинами механической кишечной непроходимости (МКН) при злокачественных опухолях у детей являются: обструкция кишечного просвета опухолью, опухолевая инфильтрация стенки кишки, образование стриктур и внешнее сдавление кишки. Клиническая картина зависит от того, является ли МКН острой или подострой, полной или частичной, а также от того, какая часть кишечника поражена.

В детской онкологии одной из самых частых причин возникновения МКН являются неходжкинские лимфомы. При наличии МКН часто требуется экстренное хирургическое вмешательство на разных этапах ведения больного, в том числе при первичном обращении в стационар, когда МКН является доминирующим проявлением болезни. Планируя оперативное вмешательство при наличии механической обструкции на фоне опухоли, необходимо учитывать широкие возможности современного лечения, которые значительно увеличивают радикальность лечения и уменьшают травматичность операции.

Нами проведен анализ историй болезни и протоколов операций 300 пациентов от 0 до 18 лет, оперированных по поводу онкологической патологии в ГУЗ «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» (АОДКБ) в 1985-2005 гг., 70 из которых (23,3%) были оперированы по поводу хирургических