

За двадцатилетний период в хирургическом отделении ИГОДКБ находилось на лечении 5 детей с заворотом сигмовидной кишки подросткового возраста (четыре девочки и один мальчик). У всех пациентов в анамнезе частые запоры. Одной из причин заболевания явилась анатомическая предпосылка в виде мегодолыхоколон и длинной брыжейки. У одной пациентки заворот имел перемежающийся характер: подкручивание кишки приводило к острой кишечной непроходимости с развернутой клиникой, но после проведенных консервативных мероприятий кишка принимала свои анатомические взаимоотношения с восстановлением проходимости по кишечнику. У пациентки 15 лет «хронический» заворот сигмовидной кишки на 720° на фоне выраженного мегодолыхоколона с постепенной дилатацией кишки не сопровождался полным нарушением пассажа и симулировал беременность сроком 38 недель. Диагноз подтверждался рентгенологически и при проведении ректороманоскопии с фиброколоноскопией.

Все дети оперированы, но только у одного ребенка были выраженные ишемические нарушения в стенке кишки с тромбозом сосудов брыжейки, что послужило поводом к проведению резекции кишки с наложением колоколоанастомоза конец в конец. В остальных случаях оперативное вмешательство ограничивалось устранением заворота с фиксацией петли сигмовидной кишки в левую подвздошную ямку и трансанальной интубацией толстой кишки в раннем послеоперационном периоде.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ И ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В.Н. Стальмахович

**Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
Иркутск, Российская Федерация**

Почти 20-ти летний опыт лапароскопических операций у детей при острой спаечной кишечной непроходимости и спаечной болезни брюшины позволяет изложить следующее:

1. Лапароскопическое устранение острой спаечной кишечной непроходимости является методом выбора.
2. При развитии острой спаечной кишечной непроходимости не целесообразно проведение консервативного лечения непроходимости, т.к. «потерянные» 3-4 часа на её проведение приводят к усилению пореза и перерастяжения петель кишечника, что усложняет ревизию брюшной полости при лапароскопии.
3. Только тяжелый парез кишечника является техническим противопоказанием для лапароскопического устранения кишечной непроходимости.
4. Все девочки, перенесшие операцию по поводу аппендикулярного перитонита, должны в плановом порядке через 2 - 2,5 мес. госпитализироваться в хирургическое отделение для проведения лапароскопии. Цель лапароскопии: устранение спаечного процесса в полости таза, восстановление анатомо-топографического взаимоотношения органов репродукции, что является методом ранней профилактики трубно-перитонеального бесплодия.

ДИАГНОСТИКА И МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**А.Ф. Султангужин, А.А. Гумеров, А.А. Мирасов
Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа, Российская Федерация**

По оценкам ряда специалистов у 20-60% пациентов, имеющих в анамнезе лапаротомию, в послеоперационном периоде развивается спаечный процесс брюшной полости, который способен привести к такому грозному осложнению, как спаечная кишечная непроходимость. Как правило, своевременная диагностика и адекватная хирургическая тактика во многом определяют исход лечения спаечной кишечной непроходимости.

Нами обследовано 30 детей в возрасте от 1 до 17 лет, оперированных по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости (РСКН) в условиях клиники детской хирургии ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет. Среди них мальчиков – 17 (56,6%), девочек – 13 (43,3%). Всем детям предоперационная подготовка и терапия послеоперационного периода проводилась по однотипным протоколам, принятым в клинике.

Для контроля течения раннего послеоперационного периода, помимо физикального осмотра и клинико-лабораторных методов исследования, нами использовалась ультрасонография (УЗИ) брюшной полости аппаратами «Aloka» (Japan), «Philips» (USA). При УЗИ учитывались эхографические признаки патологических изменений тонкой кишки и определялась стадия синдрома кишечной недостаточности, обращалось внимание на наличие интраабдоминальных инфильтратов, абсцессов, их локализацию и размеры.

Во всех случаях РСКН нами выполнен лапароскопический адгезиолизис (ЛА) с помощью эндохирургического комплекса «Karl Storz» (Germany). ЛА в нашем исполнении выглядит следующим образом: 1) установка троакаров производится на участках передней брюшной стенки изначально удаленных от первичного доступа; 2) выполняется поэтапная ревизия брюшной полости, при которой учитывается наличие или отсутствие следующих признаков спаечного процесса: выраженность спаечного процесса, локализация спаечного процесса, уровень непроходимости, вид непроходимости, степень изменения кишечной стенки, диаметр кишечных петель, перистальтика кишечника; 3) собственно ЛА - рассечение висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных спаек; 4) повторная ревизия брюшной полости и тонкой кишки. Всем 30 детям после ЛА проведена противоспаечная терапия согласно рекомендациям Коновалова А.К. Послеоперационный период у пациентов характеризовался благоприятным течением. При контрольном обследовании детей, подвергшихся ЛА, через 6 месяцев по данным УЗИ признаков интраабдоминального спаечного процесса нами не выявлено.

Таким образом, сочетание возможностей УЗИ и лапароскопии позволяет улучшить диагностику и результаты лечения РСКН у детей.