

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, – «Лонгидаза 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 явилось также показанием к оперативному вмешательству: резекции инвагината с наложением илеостомы.

При ревизии брюшной полости оценивались анатомические предпосылки к возникновению данной патологии. Мезаденит 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. Турובה, 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