

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-пенициламин) 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, гипопроteinемии, 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, тератоидными 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-

вагинационного анастомоза по Витебскому произведена 17, резекция кишки с наложением прямого анастомоза - 15, стомирование - 5. В послеоперационном периоде дети с гемобластозами, тератобластомой, перстневидноклеточным раком прямой кишки, нейробластомой и нефробластомой получали полихимиотерапию. Основным принципом лечения детей с В-клеточными лимфомами была терапевтическая программа ВFM - 90, которая заключалась в назначении повторных и компактных курсов на основе средних и высоких доз дексаметазона, винкристина, цитозара, метатриксата и визипида. 5 больных умерли в связи с прогрессированием основного процесса в ближайшем послеоперационном периоде.

Таким образом, комплексное лечение детей с В-клеточной лимфомой, с использованием в течение последних 15 лет терапевтической программы ВFM - 90, позволило достичь 5 - летней безрецидивной выживаемости у 88,2% больных.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

А.Н. Котляров, И.А. Абушкин, Н.Г. Ершова, Н.М. Ростовцев

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Российская Федерация

В последнее десятилетие изменяется клиническая картина и характер течения инвагинации, увеличивается число рецидивов и повторных инвагинаций, в связи с этим меняются принципы диагностики и лечения.

За десятилетний период проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения 368 больных с ИК в возрасте от 1 месяца до 14 лет. Больных до года было 230 (62,5%), старше года 138 (37,5%). Отмечен на 8,2% рост частоты инвагинации у детей старше 3-х лет. Позже суток от начала заболевания поступило 13,2% пациентов. На основании клинической картины заболевания, объективных данных, ультразвукового доплеровского сканирования и рентгенологического исследований, диагностическую колонофибро (ФКС) - и лапароскопию установлен вид инвагинации: у 285 (77,5%) она была подвздошно-ободочная, у 62 (16,8%) - слепо-ободочная, у 16 (4,4%) - тонкокишечная и у 5 (1,3%) - толстокишечная.

Основную роль в выборе метода и оценке результатов консервативного лечения имели данные ультразвукового доплеровского сканирования, МСКТ, пневмоирриго - и лапароскопия. При позднем поступлении у 48 (13,2%) больных использование цветного доплеровского сканирования позволяло оценить степень жизнеспособности вовлеченной в инвагинат кишки. Отсутствие кровотока, скопление жидкости между слоями инвагината или «пассивная» толстая кишка свидетельствующие о грубых ишемических изменениях в инвагинате, а также наличие перитонита явились показанием к оперативному лечению у 37 детей, у остальных (11) произведено расправление инвагината под контролем динамического УЗИ. Всего консервативно излечено 293 (79,7%) ребенка.

Хирургическое лечение инвагинации кишечника осуществляли несколькими способами: ручная дезинвагинация, дезинвагинация и резекция с последующим наложением анастомоза, одномоментная резекция инвагината без его расправления, резекция кишечника после дезинвагинации с последующим созданием илеостомы или анастомоза по Витебскому. Показаниями к применению того или иного способа являлись, прежде всего, степень циркуляторных нарушений во внедренном участке кишечника и характер осложнений со стороны брюшной полости.

К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ С ГИАЛУРОНИДАЗНОЙ АКТИВНОСТЬЮ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

В.А. Лазаренко, В.А. Липатов, А.М. Ефременков

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация

Этиопатогенез спаечной болезни брюшины (СББ) очень сложен и в настоящее время до конца не изучен. В последние годы многие исследователи уделяют особое внимание изменению иммунобиологической реактивности организма в сочетании с нарушением синтеза коллагена (Томашев П. Н. 2007 г.). Поэтому использование препаратов с иммуномодулирующей и противofiброзной активностью у больных со СББ считается перспективным. Одним из таких препаратов является Лонгидаза.

Лонгидаза представляет собой конъюгат лекарственного средства Лидазы, обладающей противofiброзной активностью, и иммуномодулятора Полиоксидония.

Целью настоящего исследования явилось изучение противоспаечной активности препарата Лонгидаза в эксперименте.

Материалы. Исследования проводились на крысах-самцах линии Вистар. Животным производилось моделирование спаечного процесса путём скарификации слепой кишки и десерозирования правой вентральной стенки размером 1x1 см. В опытной группе внутримышечно вводился препарат Лонгидаза, курсом в дозе 20 МЕ, по 5 инъекций, 1 раз в 3-е суток. К моменту вывода из эксперимента каждое животное получало весь курс препарата. В контрольной группе в том же количестве и в те же сроки вводился 0,9% раствор NaCl.

Животные выводились из эксперимента на 3-е, 7-е и 14-е сутки. Выраженность спаечного процесса оценивалась методом семантического дифференциала. Органы изымались для гистологического исследования.

Результаты. Выраженность спаечного процесса методом семантического дифференциала в опытной группе в среднем составила $0,87 \pm 0,12$, против $2,65 \pm 0,16$ ($P < 0,05$) в контрольной группе. Гистологическое исследование в препаратах опытной группы показало наличие обширного воспалительного инфильтрата разнообразного клеточного состава, причем к 14-м суткам отмечалось образование рыхлой грануляционной ткани с преобладанием макрофагов и тучных клеток, чего не наблюдалось в контрольной группе. По нашему мнению, это связано с гиалуронидазной активностью препарата, способствующей дезорганизации собственного вещества формирующейся соединительной ткани, потери его вязкости и облегчение миграции воспалительного инфильтрата, что неминуе-