

аппендикостому. через аппендикостому и баугиневую заслонку вводится перфорированный зонд в тонкую кишку с таким расчетом, чтобы провести максимальную интубацию всей тонкой кишки, практически до связки Трейца.

Мы считаем, что декомпрессия кишечника в изоперистальтическом направлении является наиболее физиологичной, восстановление работы кишечника при этой методике достигается в более короткие сроки. Аппендикостоме после удаления внутрикишечного зонда, как правило, закрывается самостоятельно. Учитывая, что предрасполагающими условиями для возникновения инвагинации кишечника у детей раннего возраста являются анатомические особенности илеоцекального отдела кишечника: подвижная слепая и подвздошная кишка, наличие общей брыжейки, недоразвитие клапанного аппарата баугиниевой заслонки, аппендикостомия является положительным моментом, исключающим рецидив, так как слепая кишка фиксируется в правой подвздошной ямке.

В хирургическом отделении ИГОДКБ в течение 10 лет было прооперировано 62 пациента с приобретенной кишечной непроходимостью. Из них со спаечной кишечной непроходимостью и различными видами заворота кишки – 26 больных, у 10 пациентов с целью декомпрессии выполнена аппендикостомия. Больных с инвагинацией кишечника прооперировано 36, декомпрессия кишечника через аппендикостому проведена в 15 случаях. Летальных случаев при лечении больных с приобретенной кишечной непроходимостью не было. Операция по поводу закрытия аппендикостомы проведена в четырех случаях.

Таким образом, мы считаем, что основным методом декомпрессии кишечника при проведении операции по поводу приобретенной кишечной непроходимости является назогастроинтестинальная интубация. В отдельных случаях (когда имеются ишемические нарушения в стенке кишки при подвздошно-слепобочечной инвагинации кишечника, низкой тонкокишечной непроходимости) интубация кишечника через аппендикостому является наиболее рациональной.

## **ВАРИАНТЫ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**В.А. Бычков, Г.М. Воронюк, С.Р. Брилинг, В.С. Бутов, Н.Ф. Боков,  
Ю.Б. Голованев, М.В. Корочкин  
Российский университет дружбы народов, Морозовская ДГКБ,  
Москва, Российская Федерация**

Приобретенная непроходимость кишечника у детей составляет от 1,2 до 8,5 % всех заболеваний хирургического профиля. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости приобретенная непроходимость кишечника по частоте занимает второе место, уступая лишь острому аппендициту, в то же время число летальных исходов при ней больше, чем при остальных острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, вместе взятых. Частота непроходимости кишечника по отношению к острым хирургическим заболеваниям брюшной полости может достигать 9,4 %.

За последние 5 лет в Морозовской ДГКБ наблюдалось 195 детей в возрасте от 2 мес до 15 лет с различными вариантами кишечной непроходимости. При этом 66 пациентов подверглось хирургическим вмешательствам. Летальность среди оперированных детей составила 4,5%. При этом, у всех погибших пациентов (3) отмечалась сопутствующая патология, как врожденного, так и приобретенного генеза. В указанной группе пациентов наибольшее количество составили дети с острой кишечной инвагинацией. Всего наблюдалось 105 детей, из них 29 оперировано (во всех случаях открытая дезинвагинация), остальным произведена консервативная дезинвагинация. Следующими по частоте были пациенты со спаечной кишечной непроходимостью (35 детей). Из них у 7 детей отмечалась ранняя непроходимость, которую удавалось разрешать лапароскопически. Остальным проводились открытые вмешательства; при этом, у 2 больных на фоне сопутствующей патологии отмечен летальный исход. Специфичной группой пациентов с частичной кишечной непроходимостью были дети с дисфункцией абдоминального катетера венстрикуло-перитонеального шунта. При этом были выявлены при лапароскопии: локальный спаечный процесс, располагающийся преимущественно в малом тазу у 22 детей; обширный спаечный процесс брюшной полости был выявлен у 18 детей. Безоары желудка были выявлены у 4 детей, что в значительной степени обусловлено изменением демографической обстановки в г. Москве. У всех больных определены трихобезоары; при этом у 2 больных не удалось удалить безоары эндоскопически – им проведено оперативное лечение, из них 1 ребенок с выраженными нарушениями психики погиб.

Более редкими, но весьма специфичными были пациенты со следующими вариантами кишечной непроходимости: острое расширение желудка – 4 больных, ущемленная внутренняя грыжа – 2 больных; злообразование тонкой кишки с участием дивертикула Меккеля – 2 больных; частичная кишечная непроходимость у 2 детей с липомой и кистой брыжейки; 2 пациента с инородными телами тонкой кишки и 1 с синдромом Пьетца-Эггера.

Таким образом, в настоящее время наблюдается увеличение разнообразия этиотропных факторов, вызывающих приобретенную кишечную непроходимость; при этом отмечаются относительно новые механизмы нарушения пассажа кишечного химуса – спаечные процессы в брюшной полости у носителей венстрикуло-перитонеального шунта, острое расширение желудка, безоары и другие.

## **ОПЫТ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЗБЫТОЧНОГО РУБЦЕОБРАЗОВАНИЯ**

**О.В. Владимирова  
Городская больница №2, Ставрополь, Российская Федерация**

В течение 4 лет под нашим наблюдением находилось 63 ребенка с ожогами и 15 детей с посттравматическими рубцами. Все пациенты были разделены на группы – 2 группы с ожогами и 2 с рубцами.

Первая группа - 29 детей с первичной травмой, которым проведен стандартный комплекс лечебных меропри-

ятий без первичной профилактики рубцеобразования по различным причинам. Во второй группе 34 пациентам со второго дня после травмы начат комплекс превентивных мероприятий параллельно с лечением ран: магнитотерапия №10, гель Контрактубекс с нанесением вокруг зоны травмы 1 раз в день. При завершённой эпителизации (14-23 сутки) – ультрафонофорез с Контрактубексом №10, повязки с ферментом на слабом растворе димексида 14 дней. Применение геля Контрактубекс продолжалось самостоятельно в течение 6 месяцев 3 раза в день. Идентичная схема применялась в качестве вторичной профилактики 9 пациентам после удаления рубцов с пластикой. 6 больных после пластики специфической профилактики не получали.

Результат отслеживался в каждом случае не менее 7 месяцев.

В группе контроля отмечено развитие избыточной соединительной ткани в 23 случаях, в то время как у 29 пациентов, которым проводилась профилактика, раны зажили с формированием нормотрофического рубца, не деформирующего ткани и не доставляющего дискомфорта пациентам. У 6 больных первой группы отмечено заживление нормотрофическим рубцом, а у 5 больных 2-ой группы рубцы носили слабо-гипертрофический характер с умеренной деформацией окружающих тканей и косметическим дефектом. У детей, перенесших пластику рубцов, также отмечен значительный положительный эффект при применении курса превентивной терапии. Из 9 пациентов только у двоих отмечен повторный рост избыточной рубцовой ткани. У остальных семи рубцы носили нормотрофический характер. Аллергических реакций у данных больных на проводимое лечение не наблюдалось.

Также стоит отметить, что спустя 6 месяцев, год и более рекомендован повтор курсов физиотерапии и энзимотерапии в связи с особенностями регенерации тканей в детском возрасте.

На основе данного опыта сделан вывод о целесообразности проведения ранней профилактики рубцеобразования с периодичными повторами курсов для предотвращения избыточного роста соединительной ткани и улучшения результатов заживления ран после ожогов и пластики рубцов с использованием комплекса на основе геля Контрактубекс.

## **УЩЕМЛЕННЫЕ ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ КАК ВАРИАНТ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**А.В. Великанов, Н.А. Цап, В.И. Чукреев, П.А. Макаров**

**Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург, Российская Федерация**

Паховые грыжи у детей, особенно младшего возраста, осложняются довольно часто осложняются ущемлением. Наиболее типичным ущемленным органом является петля кишки у мальчиков, придаток матки - у девочек. Механизм ущемления петли кишки в грыжевых воротах соответствует странгуляционной кишечной непроходимости, что и диктует принцип экстренности в оказании хирургической помощи ребенку во избежание развития некроза ущемленной кишки.

Известно, что для устранения ущемления грыжевого содержимого существует 2 пути: радикальный оперативный и паллиативный консервативный. Решение дилеммы – оперировать ребенка в экстренном порядке либо избрать консервативную тактику и попытаться вправить в брюшную полость ущемленный орган – должно опираться на строгие показания и противопоказания к экстренному грыжесечению.

Цель работы: анализ обращаемости, госпитализаций, лечебной тактики и её результатов у детей с ущемленной паховой грыжей за последние 10 лет.

Количество обратившихся за помощью детей (713) имеет ежегодную тенденцию к росту, за анализируемый период - в 2,1 раза, в основном это мальчики (93%). Средний возраст обратившихся - 19 месяцев. Достоверная диагностика паховой грыжи состоялась в среднем за 6,5 месяца до момента ущемления. Длительность ущемления до момента обращения составила от 1 до 52 часов (в среднем 7 часов 45 мин).

При длительности ущемления до 12 часов, отсутствии воспалительных изменений грыжевого выпячивания и наличии сопутствующей соматической патологии (ОРВИ, кишечная инфекция), мы придерживаемся консервативной тактики: после введения спазмолитиков, анальгетиков, седативных средств производим ненасильственное вправление грыжевого содержимого с последующим динамическим наблюдением. Эффективность манипуляции – 96,8%. Госпитализированы и оперированы в отсроченном порядке 105 детей (14,7%), основной способ грыжесечения Дюамель - 1.

Экстренное оперативное вмешательство выполнено у 23 детей: при неэффективности консервативных мероприятий, при длительности ущемления более 14 часов (средний срок ущемления 18 часов). По результатам интраоперационной оценки изменений в стенке ранее ущемленной кишки удалось избежать резекции кишки во всех случаях. Осложнений и летальных исходов не было.

Таким образом, в экстренном лечении ущемленных паховых грыж есть место для разумного консервативного разущемления содержимого грыжи; при оперативной ревизии ущемленной кишки устанавливается её жизнеспособность, что и не потребовало органосохраняющих вмешательств.

## **СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ**

**А.В. Великанов, Н.А. Цап, И.П. Огарков, В.И. Чукреев**

**Уральская государственная медицинская академия, Детская городская  
клиническая больница №9, Екатеринбург, Российская Федерация**

Представляет интерес такой вид странгуляционной кишечной непроходимости у детей, причиной которой является фиксированный фиброзным тяжом дивертикул Меккеля. Такой механизм странгуляции не имеет патогномичной клинико-анамнестической картины, частота его в популяции детского населения низка.

Цель исследования: клинико-статистический анализ 14 случаев странгуляционной кишечной непроходимос-