

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-пеницилламин) 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, гипопроотеинемии, 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, тератодермоидными образованиями крестцово-копчиковой области (3), перстневидноклеточным раком прямой кишки (3), нейробластомой (2), нефробластомой (1), гемангиомой тонкого кишечника (1), синдромом Пейтц-Эггера (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-