

с йодидом калия, ируксолом, лидазой, применяли продленную перидуральную анестезию тримекаином на уровне Th4-5.

БОЛЕЗНЬ КРОНА

Г.М. Лукьянова, Г.Ю. Цирдава, Е.А. Рожденкин, Э.Н. Федулова, О.А. Тутина
Нижегородский научно-исследовательский институт
детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий,
Нижний Новгород, Российская Федерация

В настоящее время отмечается значительный рост неспецифических воспалительных заболеваний кишечника у детей, к которым относится болезнь Крона. Через 8-10 лет после начала заболевания болезнь Крона может привести к различным осложнениям, одним из которых является стеноз пораженного патологическим процессом участка желудочно-кишечного тракта с развитием клиники кишечной непроходимости.

За последние 10 лет в ННИИДГ наблюдалось 109 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет с разной локализацией болезни Крона, из них у 7 имел место стеноз пораженного участка, который у 4 сочетался с инфильтратом и межкишечными свищами. В клинической картине у всех детей изначально преобладала триада симптомов: боль в животе, диарея, кишечные кровотечения. У 6 больных через 6-8 лет появилась клиника кишечной непроходимости: задержка стула до 3-5 суток, которую с трудом удавалось купировать консервативно, начали нарастать симптомы эндогенной интоксикации. У одного пациента развилась острая кишечная непроходимость, по поводу которой он был экстренно прооперирован.

В связи с нарастающей клиникой кишечной непроходимости были прооперированы 8 больных: мальчиков - 4, девочек - 4. Из них 4 ребенка прооперированы по поводу стеноза терминального отдела подвздошной кишки, осложненного инфильтратом, состоящим из слепой и восходящей ободочной кишки и межкишечными свищами. Этим детям была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза по Кимбаровскому. 2 больным была выполнена резекция илеоцекального угла с наложением илеоасцендоанастомоза по поводу изолированного стеноза терминального отдела подвздошной кишки. В одном случае выполнена резекция сигмовидной кишки по поводу её стеноза. Мальчику со свищевой формой поражения прямой кишки и гнойным парапроктитом потребовалось выведение петлевой сигмостомы.

В послеоперационном периоде в одном случае отмечалось развитие наружного толстокишечного свища, который самостоятельно закрылся на фоне консервативного лечения, в другом - через 20 лет возник рецидив заболевания, потребовавший повторной операции.

Таким образом, единственным эффективным методом лечения приобретенной кишечной непроходимости при болезни Крона является оперативное пособие.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

П.А. Макаров, В.И. Чукреев, В.Н. Сорокина, В.Ю. Короткова
Уральская государственная медицинская академия,
Детская городская клиническая больница №9,
Екатеринбург, Российская Федерация

Инвагинация кишечника является наиболее частым видом приобретенной кишечной непроходимости у детей раннего возраста. Проблема достаточно изучена, но некоторые тактические и лечебные вопросы остаются актуальными.

В неотложной детской хирургической клинике УГМА за последние 14 лет (1995 - 2008) пролечены 375 детей с инвагинацией кишечника. Изменяется возрастная структура, 35,6% составляют дети старше 1 года. Сроки поступления не отвечают полностью требованиям хирургии. 64 ребенка (17,1%) госпитализированы в срок, составивший более 24 часов от начала заболевания, что связано в основном с диагностическими ошибками - 93,7%. Провоцирующие и этиологические факторы инвагинации также изменяют свое соотношение: снижается роль погрешностей в диете ребенка - 24,5%, но возрастает значимость мезоаденита на фоне дисбиоза кишечника - 32,5%, на фоне энтерита - 10,5% и ОРВИ - 9,2%. Органические причины (дивертикул Меккеля, полипоз, удвоение, опухоль кишки) выявлены у 18 (4,8%) детей. Атипичную картину инвагинации наблюдали у 35 (9,3%) детей: отсутствовали классические приступы беспокойства, преобладала вялость, сонливость ребенка, отмечалась фебрильная температура, жидкий стул без примеси крови, «малиновое желе» отмечено только у 53,7% пациентов.

Всем детям выполнена пневмоирригоскопия, при которой возникло 3 (0,8%) осложнения - перфорация стенки толстой кишки. Консервативное лечение было успешным у 305 (81,3%), из них 20 поступили в сроки превышающие 24 часа, 95 детей в возрасте старше 1 года. Рецидив инвагинации кишечника возник у 35 (9,3%), ликвидирован консервативно у 32 (91,4%) детей. Оперативное лечение проведено 70 (18,7%) детям, некроз инвагината и перитонит выявлен в 20 (28,5%) случаях. Резекция некротизированного участка кишки с наложением анастомоза выполнена 18 детям, а в 2-х случаях сформированы двустольные кишечные стомы для отсроченного магнитно-компрессионного анастомоза. Лапароскопическая дезинвагинация применена у 9 пациентов при неудаче консервативного лечения. Эффективность метода высока - 66,7% успешной дезинвагинации. Осложнений, летальных исходов не было. Таким образом, превалирование функциональных причин инвагинации позволяет с успехом применять консервативную дезинвагинацию и у детей старше 1 года, в сроки, превышающие 24 часа от начала заболевания (при отсутствии клиники абдоминальных осложнений), и при рецидивах инвагинации. Лапароскопическая дезинвагинация является операцией выбора при неэффективности консервативных мероприятий.