



Результаты хирургического лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью

Н. М. ЛЫСЯКОВ, С. А. МАРКОСЬЯН, Н. А. ОКУНЕВ, Л. П. РУБИНОВ,
В. А. ЖУРАВЛЕВ, А. В. ГЕРАСИМЕНКО
ГОУВПО «Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева»,
ГУЗ «Детская республиканская клиническая больница № 1», Саранск.

УДК 616-007.271-089-053.3

Цель: изучить результаты хирургического лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью в зависимости от характера патологии.

Методы: нами проанализировано 38 клинических историй болезни детей с врожденной кишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении в ДРКБ № 1 г. Саранска за период с января 2000 по август 2008 года. Среди них мальчиков было 22 (57,9%), девочек 16 (42,1%) человек.

С целью удобства учета характера патологии все больные были разделены на 3 основные группы. Первую группу составили больные с высокой врожденной кишечной непроходимостью — 12 (31,6%) человек. Из них 8 (66,7%) новорожденных было с атрезией двенадцатиперстной кишки и 4 (33,3%) детей с кольцевидной поджелудочной железой.

Во вторую группу вошли больные с низкой врожденной кишечной непроходимостью — 13 (34,2%) человек. Из них 8 (61,5%) детей с атрезией подвздошной кишки, 3 (23,1%) — с атрезией толстого кишечника и 2 (15,4%) — с мекониевым илеусом.

К третьей группе отнесены больные с атрезиями прямой кишки и анального отверстия — 13 (34,2%) человек. Из них свищевые формы составили 23,1%, не свищевые — 76,9%.

Длительность госпитализации в зависимости от уровня поражения желудочно-кишечного тракта, сопутствующей патологии и послеоперационных осложнений варьировала от 12 до 64 суток.

При рождении для уточнения диагноза использовались лабораторный, рентгенологический и ультразвуковой методы исследования.

Всем больным проводилось консервативное и хирургическое лечение. Консервативное лечение заключалось в поддержании соответствующего режима температуры и влажности в условиях кювета, проведении оксигенотерапии, антибактериальной, дезинтоксикационной, стимулирующей

терапии, коррекции кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса.

Хирургическое лечение у всех больных первой группы заключалось в наложении обходного дуодено-еюноанастомоза по типу «конец в конец» или «бок в бок». Во второй группе в 40% случаев формировался еюно-еюноанастомоз по типу «конец в конец» или «конец в бок», в 60% — Т-образный разгрузочный колоно-колоноанастомоз, двойная илеостомия по Микуличу или на переднюю брюшную стенку выводилась цекостома. В третьей группе в 62,5% случаев проводилась колостомия, а в 37,5% — промежностная проктопластика.

Результаты: у 10 (26,3%) детей наблюдались послеоперационные осложнения (в 1-й группе — в 22,5% случаев, во 2-й — в 65% случаев, в 3-й — в 12,5% случаев), потребовавшие повторного хирургического вмешательства. Несостоятельность швов кишечного анастомоза была отмечена в 30% случаев, ранняя спаечная кишечная непроходимость — в 9%, поздняя спаечная кишечная непроходимость — в 56,5%, перфорация полого органа — в 4,5%.

При исследовании данной патологии за 2000-2008 годы установлен высокий процент летальности, составивший 23,7%. От осложнений со стороны анастомоза умерло 3 ребенка (7,9%).

Выводы: наше исследование убедительно показало, что наиболее благоприятно протекал послеоперационный период у новорожденных, которым проводилась разгрузка желудочно-кишечного тракта посредством формирования Т-образного анастомоза или проведения илеостомии, цекостомии и колостомии. Поэтому, по нашему мнению, с целью сохранения естественного пассажа пищевого кома по кишечнику, тренировки нижележащих отделов органа и дополнительной разгрузки кишечной трубки является целесообразным деление хирургического лечения на несколько этапов, первым из которых является первичная ликвидация кишечной непроходимости путем наложения стомы.

О работе дневного стационара детской поликлиники

А. Л. ЛЮБОМУДРОВА, М. И. ТАРТАКОВСКАЯ
ГОУДПО «Казанская государственная медицинская академия», г. Казань, МУЗ ДГП № 2, г. Казань.

УДК 614.2

Дневной стационар на 10 коек в детской поликлинике № 2 г. Казани работает с 2002 года. Стационар принимает детей от 0 до 18 лет с соматической патологией, не требую-

щих круглосуточного наблюдения и интенсивной терапии. Возможности детской поликлиники позволяют проводить обследование и лечение пациентов в объеме, соответ-