

пической операции по Касаи подверглись 12 детей, соответственно 6 пациентам проводилась открытая операция по Касаи. Исследование показало, что проведение лапараскопической операции эффективно для пациентов с атрезией желчевыводящих протоков до 3-х месячного возраста у пациентов старше 3 месяцев терапевтический эффект от операции был ощутимо ниже, чем у группы пациентов, которым операция проводилась до 3 месяцев жизни. Лапараскопическая методика позволила сократить у всех пациентов послеоперационный период в среднем на 7-10 дней. Осложнения наблюдались у 3 пациентов. Осложнения после открытой операции наблюдались у 3 пациентов.

Выводы: лапараскопическая операция по Касаи является оптимальным вариантом хирургического лечения атрезии желчевыводящих путей у детей раннего возраста, что в исследовании подтвердилось значительным сокращением интра- и послеоперационных осложнений и улучшением ранних отдаленных результатов хирургического лечения

## **КОПРОСТАЗ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ**

**А.Е. Цапкин, Е.А. Рыжов, Л.А. Ким, А.К. Коновалов**

**Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии,  
ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Российская Федерация**

В начале XXI столетия копростаз по-прежнему остается одной из актуальных проблем детской хирургии. Своевременное распознавание хронического колостаз в этих случаях дает возможность проводить этиопатогенетическое лечение и избежать оперативных вмешательств.

Данная работа основана на анализе результатов клинко-лабораторного обследования и лечения 70 больных в возрасте от 2 до 16 лет. Все пациенты находились в отделении неотложной и гнойной хирургии ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологий» на базе ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы с 2004 по 2008 год.

Все дети госпитализированы в клинику с подозрением на острые хирургические заболевания органов брюшной полости. При поступлении 34 (48,6%) больных предъявляли жалобы на многократную рвоту, на абдоминальные боли - 23 (32,8%) пациента, на синдром пальпируемой «опухоли» -13 (18,6%) детей, отсутствие самостоятельного стула в течение 2-3 дней - у всех наблюдаемых детей, каломазание - у 23 (32,8%) больных. Целью обследования являлись исключение острой хирургической патологии, дифференциальная диагностика среди нозологических форм, при которых задержка стула является одним из симптомов, и выделение группы пациентов с функциональных характером хронического колостаз.

Во время обследования и лечения всем пациентам проводились рутинные исследования, включавшие в себя общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, коагулограмму, рентгенографию брюшной полости, эхонографию брюшной полости, ректальные исследования, оценку кожно-анального рефлекса Россолимо. В комплекс специальных мероприятий входили: ректороманоскопия, колоноскопия, контрастирование толстой кишки раствором сернокислого бария (ирригография), ректотометрия для определения пороговых величин рефлекторной и субъективной чувствительности, сфинктерометрия - с целью выявления снижения сократительной способности анальных жомов. При необходимости пациенты консультировались невропатологом для исключения психогенного запора.

Наиболее часто в клинической картине преобладали признаки каловой интоксикации. В этих случаях в анализах крови отмечалась выраженная анемия с гипопротеинемией. Примерно у 45 пациентов (64%) на обзорной рентгенографии выявлялись признаки толстокишечного стаза. При поступлении у 11 детей (13%) выявлена клиника острого аппендицита. Остальным пациентам были проведены специальные методы обследования, в ходе которых выявлено: у 35 детей (50%) - толстокишечная непроходимость, протекающая под маской долихоsigmoid; у 23 (34,3%) - копростаз имел алиментарный характер, 1 ребенок (0,7%) - с тотальной формой болезни Гиршпрунга.

Таким образом, для уточнения диагноза и определения характера хронического колостаз необходимо проведение специальных методов обследования, включающих обзорную рентгенографию органов брюшной полости, ирригографию, ректороманоскопию, колоноскопию.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**А.А. Шаова**

**Кабардино-Балкарский государственный университет,  
Республиканская детская клиническая больница,  
Нальчик, Российская Федерация**

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) у детей – одно из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний в абдоминальной хирургии. За 5 лет (с 2004 по 2008 г.) в детском хирургическом отделении нашей больницы проводилось лечение 42-х детей с ОСКН в возрасте от 2 месяцев до 15 лет: 22 девочки - 52,3% и 20 мальчиков - 47,6%.

Среди причин, по поводу которых проводилась первичная лапаротомия, преобладал острый аппендицит - у 40 (95,2%), в 1 случае (2,3%) - инвагинация кишечника и 1 случай - разрыв тонкой кишки в результате тупой травмы живота. Причиной, вызвавшей ОСКН, в 34 случаях были странгуляционные тяжи, в 6 случаях наблюдались множественные межпетлевые сращения, ущемление в «окне» у 2 детей. Ранняя ОСКН наблюдалась у 7 детей, поздняя - у 35.

Комплекс принятых в клинике консервативных мероприятий, направленных на нормализацию функции кишечника: декомпрессия ЖКТ, введение спазмолитиков, коррекция водно-солевого баланса, стимуляция кишеч-

ной перистальтики, гипертонические клизмы, – позволил отказаться от оперативного лечения у 10 (23,8%) пациентов. У 32 (76%) пациентов ОСКН ликвидирована хирургическим путем, в 2 случаях (6,2%) был резецирован кишечник и созданы анастомозы, одному ребенку странгуляционный тяж был рассечен лапароскопически. Летальных исходов не имелось.

Необходимо отметить, что частота ОСКН за период 2004-2008 г. снизилась по сравнению с 1999-2003 г. в 0,69 раз, что связано с активными профилактическими мероприятиями: использование современного шовного материала, запрещение использования талькованных перчаток, отказ от осушения марлевыми тампонами, применение электроотсоса при санации брюшной полости; проведение комплексного лечения, направленного на нормализацию функции кишечника; раннее вставание, стимуляция кишечной перистальтики, гипертонические клизмы, проведение противоспаечной терапии всем пациентам после разлитого перитонита: купренил по схеме, физиотерапевтические курсы с коллализином, контрактубексом.

Таким образом, основным методом лечения ОСКН остается хирургический. Принятая в клинике тактика профилактики спаечной болезни позволяет значительно снизить риск ее развития.

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА**

**А.А. Юсуфов, Г.Н. Румянцева, В.Н. Карташев**  
**Тверская государственная медицинская академия,**  
**Тверь, Российская Федерация**

Инвагинация кишечника наблюдается преимущественно у детей грудного возраста (90%), чаще - у мальчиков (80-85%) в возрасте 3 - 9 мес. и составляет до 50% всех случаев острой кишечной непроходимости. Частота инвагинации кишечника колеблется от 1,5 до 4 случаев на 1000 новорожденных.

Цель работы: определить возможности ультразвукового сканирования в диагностике инвагинации кишечника. Ежегодно в хирургическое отделение ДОКБ госпитализируется до 10 детей с инвагинацией кишечника. С появлением современной ультразвуковой аппаратуры с высокоразрешающими датчиками важную роль в диагностике инвагинации кишечника отводим эхографическим методам. Ультразвуковое исследование проводим на аппаратах PHILIPS HD 11 и PHILIPS iu 22 с использованием конвексного датчика с частотой 3,5 МГц и линейного датчика с частотой 7,5 МГц и более. Исследование начинается с оценки паренхиматозных органов, затем проводится полипозиционное сканирование брюшной полости для поиска инвагината. При ультразвуковом исследовании инвагинат в поперечном сечении визуализируется как эхоразнородное образование овальной или округлой формы, состоящее из чередующихся концентрических гипер- и гипозоногенных участков, соответствующих количеству вовлеченных кишечных цилиндров. В литературе данная эхосемиотика описывается как симптом «мишени» или же симптом «псевдопочки» (при сканировании инвагината в продольном сечении). Помимо вышеперечисленных ультразвуковых симптомов мы выявили и косвенные эхографические признаки инвагинации кишечника: отсутствие перистальтики кишечника по ходу инвагината, в режиме цветного доплеровского картирования в проекции инвагината сосудистый рисунок имеет циркулярный ход; на поздних стадиях заболевания возможно визуализировать свободную жидкость в брюшной полости, расширенные петли кишечника выше инвагината и их маятникообразную перистальтику.

Таким образом, ультразвуковое исследование является высокоинформативным, неинвазивным и безопасным методом диагностики инвагинации кишечника, в том числе тонко-тонкокишечной. Этот метод позволяет контролировать эффективность консервативного расправления инвагината.

## **ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ**

**А.В. Абахин**  
**Саратовский государственный медицинский университет,**  
**Саратов, Российская Федерация**

Актуальность проблемы обусловлена тяжестью течения спаечной кишечной непроходимости (СКН), сложностью диагностики и лечения.

Проведен анализ историй болезни 47 детей со СКН в период с 1999 по 2008 год, возраст - от одного месяца до 16 лет. Из них 29 (61,7%) мальчиков и 18 (42,3%) девочек. Ранняя форма отмечена в 13 (24,5%) случаях, поздняя – в 40 (75,5%). Клиника включала: боль в животе (79,2%), рвоту (73,6%), субфебрильную лихорадку (18,7%).

Возникновению СКН предшествовала аппендэктомия (29), спленэктомия (4), ручная дезинвагинация (2), операция Ледда (2), резекция кишки по поводу инвагинации кишечника (2).

Во всех случаях лечение начинали с консервативных мероприятий. В 31 (58,5%) случае СКН была купирована. Эффективность консервативной терапии при ранней форме СКН составила 38,5%, при поздней – 65%.

В 22 (41,5%) случаях консервативное лечение было безуспешным – дети оперированы. В 18 (81,8%) случаях выполняли адгезиолизис. В двух случаях потребовалась резекция кишки с наложением анастомоза, у одного - ушивание перфорации кишки и дренирование брюшной полости. В 4 (18,2%) случаях выполняли лапароскопический адгезиолизис. Локальный спаечный процесс выявлен у 10; локальный спаечный процесс в сочетании с отдельными спайками в других областях – у 7; спаечный процесс, занимающий 1/3 брюшной полости – у троих; диффузный спаечный процесс – у двоих. В послеоперационном периоде всем больным проводились антибактериальная терапия, коррекция водно-электролитных нарушений, стимуляция моторики кишечника, физиотерапевтические процедуры. С 2004 года в клинике проводится противоспаечная терапия по методу А.К. Коновалова (НИИ педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологий).

Таким образом, чаще СКН развивалась после аппендэктомии. Консервативная терапия при ранней форме СКН была эффективна в 38,5% случаев, при поздней – в 65%. На операции чаще регистрировали локальный спаечный процесс.