

ти, обусловленной фиксированным дивертикулом Меккеля. Клинический материал представлен детьми от 7 суток до 14 лет (средний возраст - 6 лет), наблюдавшихся в клинике детской хирургии за последние 10 лет, среди них преобладают пациенты мужского пола – 86%. Данный вид непроходимости проявляется клинически типичными симптомами: у всех пациентов отмечались периодические боли в животе и многократная рвота, у 71% детей отмечено вздутие живота, в единичных случаях – «шум плеска», перитонеальные симптомы. Дифференциально-диагностические сложности привели к диагностическим и тактическим ошибкам на до – и госпитальном этапах: у 4 пациентов при первичном осмотре хирургическая патология была исключена, в 8 случаях отмечались длительные сроки динамического наблюдения от 12 до 48 часов. Всем детям выполнены лучевые методы обследования и, в частности, контрастная рентгенография путем пассажа бария по желудочно-кишечному тракту, диагностирована непроходимость на уровне тонкой кишки.

Интраоперационно установлены патанатомические варианты данного вида непроходимости. Наиболее часто встречается фиксация верхушки дивертикула Меккеля к брыжейке подвздошной кишки, и в образованное при этом «окно» внедрялись петли тонкой кишки – 11 случаев, реже дивертикул с тяжом от верхушки был фиксирован к пупку с заворотом вокруг тяжа петли кишки – 3 случая. При сравнении групп ранней и поздней диагностики закономерно выявлено во 2-ой группе превышение количества по следующим критериям выборки: некроз кишки с резекцией (4 против 1), несостоятельность кишечного анастомоза (1), формирование двустольной кишечной стомы (1).

Более, чем у 1/3 пациентов выполнена диагностическая лапароскопия. Максимально использованы её преимущества: завершена лапароскопической дивертикулэктомией (1), конверсионный переход к минилапаротомии (4). Рациональность эндоскопических технологий при данном сложном виде кишечной непроходимости не вызывает сомнений, так как позволяет своевременно определить причину непроходимости, решить вопрос о минимально инвазивном вмешательстве и избежать протяженной резекции кишечника.

СОВРЕМЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.Н. Галкин, М.П. Разин, В.А. Скобелев, С.В. Игнатьев, А.А. Мохирев
Кировская государственная медицинская академия, Киров, Российская Федерация

Инвагинация кишечника как один из видов приобретенной кишечной непроходимости встречается и во взрослой практике, но гораздо чаще она поражает детское население, что связано с анатомо-физиологическими особенностями организма ребенка. Если у взрослых больных внедрение одного отдела кишечника в другой обусловлено, в основном, органической патологией (опухоли, полипы кишечника) или гиперперистальтикой различного генеза (кишечные инфекции), то в детском возрасте причиной инвагинации кишечника является дискоординация в работе продольной и кольцевидной гладкой мускулатуры кишечника, спровоцированная алиментарными факторами, резкими качественными и/или количественными изменениями пищевого рациона ребенка.

Нами был проведен анализ диагностики и лечения 110 больных инвагинацией кишечника от 0 до 13 лет, наблюдавшихся в детской хирургической клинике Кировской ГМА, за период с 1993 по 2008 гг. Мальчики составили 64%, девочки - 36%. Новорожденных среди них было четверо (3,6%), детей от 1 месяца до года - 57 (51,9%), от года до трех - 32 (29%), старше трех лет - 17 (15,5%).

В подавляющем большинстве случаев (95,5%) приходилось сталкиваться с илеоцекальной инвагинацией. Диагноз ставился по данным анамнеза, клиники, физикального обследования и верифицировался с помощью ирригографии, выполненной под контролем рентгенотелевизионного экрана или нескольких рентгеновских снимков. Большинство больных поступали в специализированный стационар на небольшом сроке от начала заболевания (без перитонеальной симптоматики), поэтому 86% из них инвагинацию удалось расправить консервативно. Оперативным путем были пролечены дети, поступившие в стационар на заведомо большем сроке от начала заболевания, а также те больные, у которых консервативная дезинвагинация оказалась неэффективна (10%). Оперативная дезинвагинация была выполнена 9% больных (семерым из них лапароскопически), резекция кишечника при некрозе его участка с наложением анастомоза «конец в конец» или «конец в бок» по Витебскому (при некрозе илеоцекального угла) – 3,2% больных. У четверых детей диагноз инвагинации не удалось поставить до операции, он был установлен интраоперационно, во всех этих случаях имела место тонко-тонкокишечная инвагинация. Послеоперационная летальность составила 0,9% (одна больная 13 лет с множественными инвагинациями, тотальным полипозом кишечника, возникшем как осложнение лучевой терапии, проведенной в младшем возрасте по поводу опухоли Вильмса).

Несмотря на глубокие научные изыскания и практические успехи последних десятилетий, инвагинация кишечника в детской практике по-прежнему представляет собой существенную медико-социальную проблему, что обусловлено как частотой поражения детского населения, так и тяжестью возможных осложнений.

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Г.А. Гаджимирзаев, Н.А. Шарипов, А.Д. Магомедов, С.Ш. Магомедов
Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала, Российская Федерация

В клинику детской хирургии Дагестанской государственной медицинской академии за 20 лет госпитализированы 438 детей с клиникой приобретенной кишечной непроходимости. По формам непроходимости больные распределились следующим образом: спаечная кишечная непроходимость - 206 (47%); инвагинация кишечника - 186 (42,5%); обтурационная кишечная непроходимость - 29 (6,6%); заворот и злообразование - 17 (3,9%).

Спаечная кишечная непроходимость остается серьезной проблемой хирургии вообще, в том числе – и хирур-