

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 тяжом 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 (опухоль, 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%); obturационная кишечная непроходимость - 29 (6,6%); заворот и узлообразование - 17 (3,9%).

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

гии детского возраста. Хирургическая тактика определялась сроком развития спаечного процесса. При ранней спаечной кишечной непроходимости проводили настойчивые консервативные мероприятия в течение суток (инфузионная терапия, перидуральная анестезия, новокаиновые блокады и неоднократные стимуляции кишечника), при ранней отсроченной непроходимости сроки консервативного лечения ограничивали 10 – 12 часами, а при поздней спаечной непроходимости вопрос о показаниях к операции решали в течение 3 – 4-х часов. Из 206 больных спаечная кишечная непроходимость разрешилась после консервативных мероприятий у 77 (37,3%), среди которых абсолютное большинство составили дети с ранней спаечной непроходимостью. Хирургические вмешательства выполнены у 130 (62,7%) детей.

Инвагинация кишечника была самой частой формой непроходимости у детей грудного возраста (80%). Консервативными методами лечения удалось ликвидировать непроходимость у 75 (40,3%) из 186 больных. Оперативные вмешательства выполнены у 111 (59,7%) детей. Осложнения после операций отмечены у (8,1%). Умерли после неоднократных операций 2 (1,9%).

Обтурационная кишечная непроходимость у 29 детей была вызвана фитобезоарами, трихобезоарами, клубками аскарид, копростазом с образованием каловых камней. Для этой группы больных было характерно постепенное развитие клинической картины и относительно «мягкое» ее течение. После консервативных мероприятий непроходимость разрешилась у 6 детей. Оперированы 23 (80%) ребёнка: произведены гастротомии с удалением фитобезоаров и трихобезоаров, разминание растительных и волосяных «опухолей» или каловых камней с постепенным перемещением их фрагментов в толстую кишку и последующим отмыванием сифонными клизмами.

Напротив, для заворота и узлообразования кишечника (17 больных) было характерно бурное начало, выраженный болевой синдром, многократная рвота. У большинства больных наряду с симптомами кишечной непроходимости наблюдалась картина болевого и эндотоксического шока. Оперированы все больные. Умерли 3 (17%).

Таким образом, приобретенная кишечная непроходимость у детей весьма разнообразна по этиологии, патогенезу, клинической картине и требует тщательно дифференцированной хирургической тактики. Нерешенной остается проблема ранней диагностики и своевременного поступления детей, что требует технически сложных и тяжелых оперативных вмешательств. Из 438 детей с приобретенной кишечной непроходимостью умерли 7, общая летальность - 1,6%, послеоперационная - 2,8%.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДЕТЕЙ

С.Н. Гисак, Н.Н. Цырульникова, В.И. Котова, А.М. Мансурова
Воронежская государственная медицинская академия,
Воронеж, Российская Федерация

В клинике хирургии детского возраста Воронежской Государственной медицинской академии при диагностированной спаечной кишечной непроходимости принята дифференцированная лечебная тактика.

При наличии выраженной клинической картины кишечной непроходимости, подтвержденной рентгенографически (множественные уровни), предполагаемом распространенном грубом спаечном процессе в брюшной полости ребенка производится в порядке скорой помощи оперативное лечение путем лапаротомии.

При подостром течении болезни, явлениях частичной непроходимости, сохраняющемся болевом синдроме, отсутствии отчетливых уровней на рентгенограмме или наличии стоячей петли кишки производится диагностическая лапароскопия.

При эндоскопическом подтверждении диагноза определяется возможность завершения оперативного вмешательства лапароскопическим способом, при этом диагностическая лапароскопия переходит в лечебную. Мы располагаем опытом использования в лечебно-диагностических целях лапароскопической техники при непроходимости кишечника у 55 детей различного возраста. В их числе детей в возрасте до года было лишь двое, старше 10 лет - 45, всего: девочек - 39, мальчиков - 16. Лапароскопическое исследование брюшной полости у 3 детей ожидаемой патологии не обнаружило, у 4 других - клиника абдоминального синдрома объяснялась другими причинами. Оперативное лечение больных лапароскопическим путем произведено у 36 детей путем адгезиолизиса, у 2 выполнена дезинвагинация кишечника, следует отметить, с поздней спаечной непроходимостью кишечника, выраженными явлениями непроходимости чаще поступали мальчики. При наличии единичных спаек, инвагинации кишечника в ранней стадии методика являлась эффективной. При выраженном парезе кишечника, наличии множественных спаек между петлями кишечника была показана конверсия.

По нашим данным конверсия потребовалась у 10 детей, в 7 случаях вследствие тяжелейшего спаечного процесса в брюшной полости, в 2 случаях – интимные сращения петель кишечника в зоне операции, в 1 случае конверсия объяснялась поломкой аппаратуры во время вмешательства. В послеоперационном периоде больные после лапароскопического лечения в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались в первые сутки после операции. Интраоперационных и послеоперационных осложнений у больных после лапароскопических операций не было.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С.Н. Гисак, Т.В. Головачева, В.В. Чагина, В.Э. Кадушев, В.В. Кечеджи
Воронежская государственная медицинская академия,
Воронеж, Российская Федерация

Мы провели анализ диагностической информативности ультразвукового исследования органов брюшной полости у 85 детей возраста от 0 до 16 лет, поступивших в детский хирургический стационар с подозрением на острую кишечную непроходимость. Уровень острой кишечной непроходимости при проведении ультразвукового