

аппендикостому, через аппендикостому и баугиневую заслонку вводится перфорированный зонд в тонкую кишку с таким расчетом, чтобы провести максимальную интубацию всей тонкой кишки, практически до связки Трейца.

Мы считаем, что декомпрессия кишечника в изоперистальтическом направлении является наиболее физиологичной, восстановление работы кишечника при этой методике достигается в более короткие сроки. Аппендикостома после удаления внутрикишечного зонда, как правило, закрывается самостоятельно. Учитывая, что предрасполагающими условиями для возникновения инвагинации кишечника у детей раннего возраста являются анатомические особенности илеоцекального отдела кишечника: подвижная слепая и подвздошная кишка, наличие общей брыжейки, недоразвитие клапанного аппарата баугиниевой заслонки, аппендикостома является положительным моментом, исключающим рецидив, так как слепая кишка фиксируется в правой подвздошной ямке.

В хирургическом отделении ИГОДКБ в течение 10 лет было прооперировано 62 пациента с приобретенной кишечной непроходимостью. Из них со спаечной кишечной непроходимостью и различными видами заворота кишки – 26 больных, у 10 пациентов с целью декомпрессии выполнена аппендикостома. Больных с инвагинацией кишечника прооперировано 36, декомпрессия кишечника через аппендикостому проведена в 15 случаях. Летальных случаев при лечении больных с приобретенной кишечной непроходимостью не было. Операция по поводу закрытия аппендикостомы проведена в четырех случаях.

Таким образом, мы считаем, что основным методом декомпрессии кишечника при проведении операции по поводу приобретенной кишечной непроходимости является назогастроинтестинальная интубация. В отдельных случаях (когда имеются ишемические нарушения в стенке кишки при подвздошно-слепобочной инвагинации кишечника, низкой тонкокишечной непроходимости) интубация кишечника через аппендикостому является наиболее рациональной.

## **ВАРИАНТЫ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**В.А. Бычков, Г.М. Воронюк, С.Р. Брилинг, В.С. Бутов, Н.Ф. Боков,  
Ю.Б. Голованев, М.В. Корочкин**  
**Российский университет дружбы народов, Морозовская ДГКБ,  
Москва, Российская Федерация**

Приобретенная непроходимость кишечника у детей составляет от 1,2 до 8,5 % всех заболеваний хирургического профиля. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости приобретенная непроходимость кишечника по частоте занимает второе место, уступая лишь острому аппендициту, в то же время число летальных исходов при ней больше, чем при остальных острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, вместе взятых. Частота непроходимости кишечника по отношению к острым хирургическим заболеваниям брюшной полости может достигать 9,4 %.

За последние 5 лет в Морозовской ДГКБ наблюдалось 195 детей в возрасте от 2 мес до 15 лет с различными вариантами кишечной непроходимости. При этом 66 пациентов подверглось хирургическим вмешательствам. Летальность среди оперированных детей составила 4,5%. При этом, у всех погибших пациентов (3) отмечалась сопутствующая патология, как врожденного, так и приобретенного генеза. В указанной группе пациентов наибольшее количество составили дети с острой кишечной инвагинацией. Всего наблюдалось 105 детей, из них 29 оперировано (во всех случаях открытая дезинвагинация), остальным произведена консервативная дезинвагинация. Следующими по частоте были пациенты со спаечной кишечной непроходимостью (35 детей). Из них у 7 детей отмечалась ранняя непроходимость, которую удавалось разрешать лапароскопически. Остальным проводились открытые вмешательства; при этом, у 2 больных на фоне сопутствующей патологии отмечен летальный исход. Специфичной группой пациентов с частичной кишечной непроходимостью были дети с дисфункцией абдоминального катетера венстрикуло-перитонеального шунта. При этом были выявлены при лапароскопии: локальный спаечный процесс, располагающийся преимущественно в малом тазу у 22 детей; обширный спаечный процесс брюшной полости был выявлен у 18 детей. Безоары желудка были выявлены у 4 детей, что в значительной степени обусловлено изменением демографической обстановки в г. Москве. У всех больных определены трихобезоары; при этом у 2 больных не удалось удалить безоары эндоскопически – им проведено оперативное лечение, из них 1 ребенок с выраженными нарушениями психики погиб.

Более редкими, но весьма специфичными были пациенты со следующими вариантами кишечной непроходимости: острое расширение желудка – 4 больных, ущемленная внутренняя грыжа – 2 больных; злообразование тонкой кишки с участием дивертикула Меккеля – 2 больных; частичная кишечная непроходимость у 2 детей с липомой и кистой брыжейки; 2 пациента с инородными телами тонкой кишки и 1 с синдромом Пьетца-Эггерса.

Таким образом, в настоящее время наблюдается увеличение разнообразия этиотропных факторов, вызывающих приобретенную кишечную непроходимость; при этом отмечаются относительно новые механизмы нарушения пассажа кишечного химуса – спаечные процессы в брюшной полости у носителей венстрикуло-перитонеального шунта, острое расширение желудка, безоары и другие.

## **ОПЫТ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЗБЫТОЧНОГО РУБЦЕОБРАЗОВАНИЯ**

**О.В. Владимирова**  
**Городская больница №2, Ставрополь, Российская Федерация**

В течение 4 лет под нашим наблюдением находилось 63 ребенка с ожогами и 15 детей с посттравматическими рубцами. Все пациенты были разделены на группы – 2 группы с ожогами и 2 с рубцами.

Первая группа - 29 детей с первичной травмой, которым проведен стандартный комплекс лечебных меропр-