

За период с 1988 по 2004 г. под наблюдением находились 138 детей с различными формами болезни Гиршпрунга. Большинство - мальчики (81,2%). Субтотальная форма заболевания встретилась в 2,9% (4), ректосигмоидная - в 37,7% (52), ректальная - в 4,4% (6), с суперкоротким сегментом - в 55% (76 детей) случаев.

У больной 14 лет после брюшнопромежностной проктопластики по Дюамелю-Баирову в отдаленном послеоперационном периоде сохранялись боли и вздутие живота, рецидив запоров. Консервативная терапия была неэффективной. После проведенного обследования было установлено следующее. Во время ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости патологических изменений найдено не было. Толстая кишка при УЗИ расширена не была. На обзорной рентгенограмме брюшной полости отмечалось вздутие петель кишечника. Показатели сфинктеротометрии и аноректальный рефлекс были нормальными. Во время баллонной проктографии аноректальный угол при дефекации увеличивался. При проведении ирригографии с барием в верхней трети нисходящего отдела толстой кишки обнаружено сужение с продольными складками слизистой на протяжении 4 сантиметров. Выше располагалось супрастенотическое расширение. Была заподозрена сегментарная форма болезни Гиршпрунга с наличием аганглионарной зоны в вышеописанной области. Для морфологической верификации диагноза была проведена фиброколоноскопия и биопсия слизистой оболочки из суженной зоны толстой кишки с последующим исследованием биоптатов на активность ацетилхолинэстеразы. Во всех биоптатах реакция была отрицательная. Заподозрен спаечный процесс в области селезеночного угла толстой кишки. При лапаротомии была обнаружена ротация петель тонкой кишки вокруг верхней трети нисходящего отдела толстой кишки со сдавлением последней. Был проведен адгезиолизис с восстановлением проходимости толстой и тонкой кишки. После проведенного оперативного вмешательства ребенок полностью поправился.

Следовательно, спаечный процесс после проведенного оперативного лечения болезни Гиршпрунга в отдельных случаях может имитировать рецидив данного заболевания.

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ. КЛАССИФИКАЦИЯ И ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Ю.Ю. Соколов, С.А. Коровин, Е.В. Дворовенко, В.А. Алейникова
Российская медицинская академия последипломного образования,
Тушинская детская городская больница, Москва, Российская Федерация

Вопросы классификации и лечения спаечной кишечной непроходимости входят в число актуальных проблем детской хирургии. Дискуссионными остаются классификационные подходы, методики оперативного лечения, вопросы декомпрессии кишечника и т. д. Цель работы: изучить структуру спаечной кишечной непроходимости, характер и эффективность лечебных мероприятий.

Материал и методы: за последние 5 лет мы наблюдали 70 больных с явлениями спаечной кишечной непроходимости. В нашей клинике мы выделяем дооперационную (первичную) и послеоперационную спаечную кишечную непроходимость. Последнюю подразделяем на три вида: 1) спаечно – паретическая - возникновение механического препятствия на фоне пареза кишечника (5 больных); 2) ранняя спаечная непроходимость - возникает в первый месяц после операции на фоне восстановления перистальтики (10 больных); 3) поздняя - отмечается в более поздние сроки (55 больных). Продолжительность консервативных мероприятий зависела от клинко-рентгенологической картины и вида непроходимости: при спаечно-паретической непроходимости - 48 часов, ранней спаечной - 24 часа. С поздней спаечной непроходимостью длительность консервативной терапии обычно не превышала 3-6 часов и при отсутствии эффективности носила характер предоперационной подготовки.

Результаты: консервативные мероприятия оказались эффективными у 32 (45%) больных, преимущественно при спаечно-паретической (4) и ранней спаечной кишечной непроходимости (9). Купирование болевого синдрома и восстановление пассажа по кишечнику у больных с поздней спаечной кишечной непроходимостью (19) свидетельствовали о частичном варианте непроходимости. Оперативное лечение потребовалось 38 (55%) пациентам. При спаечно-паретической непроходимости оперирован 1 больной из 5 вследствие формирования абсцесса брюшной полости. При ранней спаечной непроходимости оперирован 1 больной из 9 наблюдений, когда была выполнена резекция участка кишки. При поздней спаечной непроходимости из 36 оперированных больных адгезиолизис был выполнен в 29 случаях, в том числе с применением лапароскопических методик. Резекция кишки осуществлена 7 больным. Кишечная стома была использована у 1 больного с последующей реконструкцией в ближайшие две недели после операции.

Выводы. Консервативные подходы показаны и наиболее эффективны при спаечно-паретической и ранней спаечной непроходимости. Оперативное лечение с использованием лапароскопических методик целесообразно при поздней спаечной кишечной непроходимости.

ЗАВОРОТ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ КАК НАИБОЛЕЕ РЕДКАЯ ФОРМА СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В.Н. Стальмахович, А.А. Дюков, А.Ю. Богонос
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
Областная детская клиническая больница, Иркутск, Российская Федерация

Заворот сигмовидной кишки (volvulus sigmatis) представляет собой наиболее частую форму кишечной непроходимости на этом уровне и несколько превосходит по частоте заворот тонкой кишки. Встречается в 19% случаев острой кишечной непроходимости у взрослых. У детей это наиболее редкий вид кишечной непроходимости. Причинами заворота сигмовидной кишки являются удлинение кишки и её брыжейки, спайки, копростаз. К одной из предпосылок к завороту сигмовидной кишки также можно отнести смену рациона питания, приводящего к дисбалансу моторики кишечника.

За двадцатилетний период в хирургическом отделении ИГОДКБ находилось на лечении 5 детей с заворотом сигмовидной кишки подросткового возраста (четыре девочки и один мальчик). У всех пациентов в анамнезе частые запоры. Одной из причин заболевания явилась анатомическая предпосылка в виде мегодолыхоколон и длинной брыжейки. У одной пациентки заворот имел перемежающийся характер: подкручивание кишки приводило к острой кишечной непроходимости с развернутой клиникой, но после проведенных консервативных мероприятий кишка принимала свои анатомические взаимоотношения с восстановлением проходимости по кишечнику. У пациентки 15 лет «хронический» заворот сигмовидной кишки на 720° на фоне выраженного мегодолыхоколона с постепенной дилатацией кишки не сопровождался полным нарушением пассажа и симулировал беременность сроком 38 недель. Диагноз подтверждался рентгенологически и при проведении ректороманоскопии с фиброколоноскопией.

Все дети оперированы, но только у одного ребенка были выраженные ишемические нарушения в стенке кишки с тромбозом сосудов брыжейки, что послужило поводом к проведению резекции кишки с наложением колоколоанастомоза конец в конец. В остальных случаях оперативное вмешательство ограничивалось устранением заворота с фиксацией петли сигмовидной кишки в левую подвздошную ямку и трансанальной интубацией толстой кишки в раннем послеоперационном периоде.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ И ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В.Н. Стальмахович

**Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
Иркутск, Российская Федерация**

Почти 20-ти летний опыт лапароскопических операций у детей при острой спаечной кишечной непроходимости и спаечной болезни брюшины позволяет изложить следующее:

1. Лапароскопическое устранение острой спаечной кишечной непроходимости является методом выбора.
2. При развитии острой спаечной кишечной непроходимости не целесообразно проведение консервативного лечения непроходимости, т.к. «потерянные» 3-4 часа на её проведение приводят к усилению пореза и перерастяжения петель кишечника, что усложняет ревизию брюшной полости при лапароскопии.
3. Только тяжелый парез кишечника является техническим противопоказанием для лапароскопического устранения кишечной непроходимости.
4. Все девочки, перенесшие операцию по поводу аппендикулярного перитонита, должны в плановом порядке через 2 - 2,5 мес. госпитализироваться в хирургическое отделение для проведения лапароскопии. Цель лапароскопии: устранение спаечного процесса в полости таза, восстановление анатомо-топографического взаимоотношения органов репродукции, что является методом ранней профилактики трубно-перитонеального бесплодия.

ДИАГНОСТИКА И МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**А.Ф. Султангужин, А.А. Гумеров, А.А. Мирасов
Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа, Российская Федерация**

По оценкам ряда специалистов у 20-60% пациентов, имеющих в анамнезе лапаротомию, в послеоперационном периоде развивается спаечный процесс брюшной полости, который способен привести к такому грозному осложнению, как спаечная кишечная непроходимость. Как правило, своевременная диагностика и адекватная хирургическая тактика во многом определяют исход лечения спаечной кишечной непроходимости.

Нами обследовано 30 детей в возрасте от 1 до 17 лет, оперированных по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости (РСКН) в условиях клиники детской хирургии ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет. Среди них мальчиков – 17 (56,6%), девочек – 13 (43,3%). Всем детям предоперационная подготовка и терапия послеоперационного периода проводилась по однотипным протоколам, принятым в клинике.

Для контроля течения раннего послеоперационного периода, помимо физикального осмотра и клинко-лабораторных методов исследования, нами использовалась ультрасонография (УЗИ) брюшной полости аппаратами «Aloka» (Japan), «Philips» (USA). При УЗИ учитывались эхографические признаки патологических изменений тонкой кишки и определялась стадия синдрома кишечной недостаточности, обращалось внимание на наличие интраабдоминальных инфильтратов, абсцессов, их локализацию и размеры.

Во всех случаях РСКН нами выполнен лапароскопический адгезиолизис (ЛА) с помощью эндохирургического комплекса «Karl Storz» (Germany). ЛА в нашем исполнении выглядит следующим образом: 1) установка троакаров производится на участках передней брюшной стенки изначально удаленных от первичного доступа; 2) выполняется поэтапная ревизия брюшной полости, при которой учитывается наличие или отсутствие следующих признаков спаечного процесса: выраженность спаечного процесса, локализация спаечного процесса, уровень непроходимости, вид непроходимости, степень изменения кишечной стенки, диаметр кишечных петель, перистальтика кишечника; 3) собственно ЛА - рассечение висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных спаек; 4) повторная ревизия брюшной полости и тонкой кишки. Всем 30 детям после ЛА проведена противоспаечная терапия согласно рекомендациям Коновалова А.К. Послеоперационный период у пациентов характеризовался благоприятным течением. При контрольном обследовании детей, подвергшихся ЛА, через 6 месяцев по данным УЗИ признаков интраабдоминального спаечного процесса нами не выявлено.

Таким образом, сочетание возможностей УЗИ и лапароскопии позволяет улучшить диагностику и результаты лечения РСКН у детей.