

зом “приобретенная кишечная непроходимость” в ГКБ СМП г. Бишкек. Из них с инвагинацией кишечника было 52 (64,2%) больных. Всего инвагинация кишечника обнаружена у 91 больного, проведено консервативное лечение у 39 (42,8%).

Сроки госпитализации от начала заболевания: до 6 часов - 20 (22,0%), до 12 часов - 15 (13,2%), от 12 до 24 часов - 42 (46,1%), от 24 до 48 часов - 10 (11,01%), свыше 48 часов - 4 (4,4%), через 6 суток - 1 больной. По возрасту поступившие дети распределились следующим образом: до 6 месяцев – 28 (53,4%), 6-12 месяцев – 10 (19,2%), 1-3 года – 9 (17,3%), старше 3 лет – 5 (9,2%) детей. Во время операции обнаружены: тонко-тонкокишечная форма - у 8 (15,41%), илеоцекальная форма - у 40 (26,91%), тонко-тонко-толстокишечная форма - у 4 (2,2%) больных. Причинами инвагинации кишечника в старшем детском возрасте были: синдром Пейтца - Егерса - у 3-х (5,8%), 1 больной оперировался в другом стационаре по поводу кишечной непроходимости; дивертикул Меккеля - у 5 (9,6%). Из-за явлений некроза и разрыва кишки, перитонита, невозможности дезинвагинации в 5 случаях произведено наложение «концевой» стомы, в 3-х случаях, при отсутствии явлений перитонита, выполнена резекция кишки. В послеоперационном периоде умер 1 ребенок (1,9%) .

Вывод: несмотря на изученность проблемы инвагинация кишечника у детей остается актуальной из-за частоты и атипичности течения в старшем детском возрасте.

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

А. Надыргалиев, Л. Губашева

**Западно-Казахстанская государственная медицинская академия,
Актобе, Казахстан**

Аппендикулярный инфильтрат у детей до настоящего времени остается актуальной проблемой детской хирургии. Отмечаются трудности ранней диагностики этой патологии, сохраняются неблагоприятные исходы в виде абсцедирования, развития перитонита, спаечной непроходимости, абдоминального сепсиса. До сих пор нет единой точки зрения на лечение аппендикулярного инфильтрата. На базе ОДКБ города Актобе нами был проведен анализ наблюдений за 120 пациентами, находившимися на лечении в отделении лапароскопической хирургии с 1998 по 2008 год.

В зависимости от патологии пациенты были распределены на две группы:

- первую группу составили пациенты с плотным аппендикулярным инфильтратом (55 пациентов),
- вторую группу составили пациенты с рыхлым аппендикулярным инфильтратом (65 пациентов).

В свою очередь, каждая из исследуемых групп была разделена на подгруппы в зависимости от метода лечения. В первой группе основную подгруппу составили пациенты, у которых одним из компонентов комплексной терапии являлась регионарная лимфотропная антибактериальная терапия, а контрольную подгруппу составили пациенты, у которых антибактериальная терапия проводилась путем внутримышечного введения препаратов.

Во второй группе основную подгруппу составили пациенты, в комплексном лечении которых применялась лапароскопическая аппендэктомия в сочетании с терапией, а контрольную подгруппу - пациенты, которым выполнялась традиционная «открытая» аппендэктомия.

Диагноз «аппендикулярный инфильтрат» устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, клинического осмотра пациента, лабораторных показателей, данных ультразвукового исследования и диагностической лапароскопии.

Количество осложнений в ближайшем послеоперационном периоде при использовании лапароскопии и регионарной лимфотропной антибактериальной терапии в лечении рыхлого аппендикулярного инфильтрата сократилось в 2 раза.

Таким образом, применение предложенного диагностическо-лечебного алгоритма при рыхлом аппендикулярном инфильтрате у детей позволило получить выраженный клинико-экономический эффект.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

А.Д. Некрасов

Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) у детей встречаются довольно часто. В последние годы отмечен рост гастроэнтерологической патологии, сопровождаемой ЖКК. Нередко отмечаются профузные кровотечения, требующие ранней диагностики и проведения адекватной терапии. За последние 15 лет в клинике наблюдалось 112 детей с ЖКК, вызванными язвенной болезнью 12-перстной кишки (78 пациентов) и желудка (16 больных), изъязвлением дивертикула Меккеля (18 детей), в возрасте от 1,5 до 15 лет. Помимо общепринятых клинико-лабораторных исследований, проводились фиброгастродуоденоскопия, сцинтиграфия, лапароскопия. Основным признаком кровотечения при дивертикуле Меккеля является повторяющееся кровотечение с нарушением гемодинамики среди полного здоровья, без сильных болей в животе. Кал приобретает темно-вишневый цвет, либо имеет вид «смородинового желе», крайне редко наблюдается дегтеобразный стул. Все дети оперированы (лапаротомия, удаление дивертикула). При гастродуоденальных кровотечениях отмечались боли в эпигастриальной области, рвота «кофейной гущей», дегтеобразный кал. Язвенные дефекты локализовались в 93% случаев в луковице двенадцатиперстной кишки, а в 7% – в постбульбарном отделе. При поражении желудка язвы чаще всего обнаруживались в антральном отделе или по малой кривизне. Лечение начинали с комплексной гемостатической терапии. Оперативное вмешательство при продолжающемся кровотечении выполнено у 6 пациентов (ушивание язвы). В последующем проводилась комплексная противоязвенная терапия.

Задачей первостепенной важности является идентификация места возникшего кровотечения, а также проведение комплекса мероприятий по его остановке и стабилизации достигнутого состояния больного. Лечение детей с ЖКК проводили в соответствии с общепринятыми принципами, предусматривающими устранение острой кровопотери и её последствий. Применяли кровоостанавливающие средства (раствор хлорида кальция, амино-

капроновую кислоту, дицинон, фибриноген), переливание одногруппной эритроцитарной массы, полиглюкина, альбумина, нативной или сухой плазмы. Для локальной остановки кровотечения применяли лечебную эндоскопию, покрывая участок кровотечения пленкообразующими полимерами (лифузол, гастрозол) или выполняли диатермокоагуляцию. Знание клинической картины ЖКУ у детей позволит своевременно установить диагноз и выбрать правильную тактику лечения, что значительно улучшит исход заболевания.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ И СТЕНОЗОВ НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ

М.П. Нехорошкова, Д.Ю. Гузаева
Челябинская государственная медицинская академия,
Челябинск, Российская Федерация

Цель. Определить место и роль лучевых методов диагностики, выбор метода хирургического лечения врожденных стенозов наружных желчных ходов и кист общего желчного протока у детей.

В отделении детской хирургии с 2001 по 2008 год оперировано 17 детей с кистой холедоха и стенозом наружных желчных ходов в возрасте от 1 месяца до 13 лет. Клиническая триада симптомов в наших случаях имела место у 8 пациентов. Явления холангита диагностированы у двух детей. Диагностика патологии гепатодуоденальной зоны основывалась на данных УЗИ, оральной и внутривенной холангиографии (при кистах малых размеров не всегда удавалось установить диагноз), многоспиральной компьютерной томографии с контрастированием (МСКТ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). У 1 пациента имелась атрезия дистального отдела общего желчного протока – по этому поводу создан холедоходуоденоанастомоз. В 3-х случаях диагностирован стеноз большого дуоденального сосочка. 13 детей имели кистозную трансформацию наружных желчных ходов: тип I – 8, тип II – 4, тип III – 1. Выполняли наиболее распространенную в этих случаях операцию гепатикоеюностомии на отключенной петле по Ру с формированием антирефлюксной защиты и без формирования таковой. Стеноз гепатикоеюноанастомоза отмечен у одного больного без формирования антирефлюксной защиты. Трем детям произведена па-пилосфинктеропластика. При кисте более 5 см в диаметре двум детям с целью формирования желчного протока выполнено иссечение передней стенки кисты с наложением анастомоза с верхней стенкой горизонтальной части двенадцатиперстной кишки++. В этих случаях обязательным считаем выполнение холецистэктомии, так как после наложения анастомоза эвакуаторная функция желчного пузыря нарушается, что приводит к застою желчи и хроническому воспалению. Одному больному с кистой объемом более двух литров, занимающей почти всю брюшную полость, наложен цистоеюноанастомоз.

Выводы. Таким образом, наиболее информативными в диагностике патологии желчевыводящих путей у детей являются УЗИ и многосрезовая компьютерная томография, которая позволяет у всех больных установить правильный диагноз и определить характер хирургического вмешательства. Операцией выбора является гепатикоеюностомия на отключенной по Ру петле с антирефлюксной защитой.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В.С. Обозин, Р.И. Абайханов, Е.И. Таташина, Г.М. Барнаш, Л.П. Ксенафонтова
Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация

Кишечная непроходимость (КН) – патология, в основе которой – нарушение естественного продвижения кишечного содержимого по кишечной трубке, в результате возникновения препятствия, обусловленного различными причинами, и проявляющегося болями в животе, рвотой, вздутием живота, неотхождением газов и стула с развитием тяжелых эндотоксических поражений органов и систем. Острая непроходимость кишечника составляет 3,5 - 9% всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, является причиной почти 30% летальных исходов во всей группе urgentных больных.

Цель исследования: улучшение результатов лечения путем оптимизации лечебно-диагностической программы у детей с приобретенной кишечной непроходимостью и разработка профилактических мероприятий.

Задачи исследования: анализ результатов лечения больных, проходивших лечение по поводу кишечной непроходимости в ГУЗ КДКБ г. Ставрополя с 2000 по 2008 год; выявление причин возникновения КН; выбор наиболее оптимальной патогенетически обоснованной тактики лечения при данной патологии; иммуногистохимическое изучение факторов ангиогенеза (FGF, VEGF) и клеточного матрикса (Laminin) при спаечном процессе в брюшной полости; изучение влияния современных методов лечения и профилактики на формирование КН в клинических и экспериментальных условиях.

Источниками изучения являлись стационарные карты 68 больных с диагнозом “кишечная непроходимость” за 2000-2008 год.

Для эксперимента были использованы 70 беспородных крыс, у которых моделировали спаечный процесс брюшной полости. В предоперационном и в послеоперационном периоде в опытной группе осуществляли введение полиэнзимного препарата. Фрагменты париетальной и висцеральной брюшины использовали для иммуногистохимического исследования факторов ангиогенеза: васкулоэндотелиального фактора (VEGF), фактора роста фибробластов (FGF-basic) и ламинина (Laminin).

Исследование клинических историй болезней показало необходимость проведения противоспаечной терапии для профилактики возникновения спаечного процесса и улучшения результатов лечения.

Иммуногистохимическое исследование экспрессии факторов ангиогенеза (VEGF и bFGF) с формированием базальной мембраны (Laminin) позволяет прогнозировать развитие спаечного процесса в брюшной полости после оперативного вмешательства. Гидролитические ферменты обеспечивают синхронизацию процесса формиро-