

мо ведёт к пролонгированию воспалительной реакции.

Выводы. Применение препарата Лонгидаза снижает выраженность послеоперационного спаечного процесса. Однако из-за выявленных при гистологическом исследовании изменений при использовании Лонгидазы, мы предпочитаем воздерживаться от рекомендаций применения его в детской хирургической практике с целью профилактики СББ.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВЯЗКИХ БИОИНЕРТНЫХ ГЕЛЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СПАЕЧНЫХ СРАЩЕНИЙ

В.А. Липатов, А.М. Ефременков, В.А. Лазаренко
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Проблема образования спаечных сращений после оперативных вмешательств на органах брюшной полости остаётся актуальной проблемой современной хирургии. Большое количество осложнений и высокая летальность при острой спаечной кишечной непроходимости вызывают необходимость разработки надёжного способа профилактики спаечного процесса. Наиболее перспективным считаем применение вязких, индифферентных субстанций на основе метилцеллюлозы. Совместно с ООО «Линтекс» (г. Санкт-Петербург) нами проведена серия экспериментов на животных, в которых была выявлена высокая биологическая инертность, предложенных гелей метилцеллюлозы, что даёт возможность применять их как барьерное средство.

Итак, целью исследования явилось изучение влияния интраоперационного введения «Линтекс-Мезогеля» на выраженность послеоперационного спаечного процесса.

Эксперименты проводились на крысах-самцах линии Вистар. После моделирования спаечного процесса путём скарификации слепой кишки до появления «кровоавой росы» и десерозирования участка правой вентральной стенки размером 1х1 см, после предварительного гидравлического препарирования брюшины изотоническим раствором натрия хлорида (патент № 2199325). Животным опытных групп интраоперационно, одномоментно вводилось по 2 мл «Линтекс-Мезогеля», животным контрольных групп в том же количестве вводился изотонический раствор хлорида натрия. Затем рана зашивалась наглухо. Результат оценивался на 3-е, 7-е, 14-е и 21-е сутки. Оценивалась макроморфологическая картина брюшной полости, материал изымался для гистологического исследования, выраженность спаечного процесса оценивалась методикой семантического дифференциала (удост. на рац. предложение № 1441-01 от 14.02.2001 г.). Результаты исследования обрабатывались статистически.

В контрольной группе выраженность спаечного процесса на всех сроках значительно превышала показатели в опытной группе. Так, выраженность спаечного процесса методом семантического дифференциала в контрольной группе в среднем составила $2,31 \pm 0,25$, в опытной группе этот показатель составлял $0,66 \pm 0,18$ ($P < 0,05$). К моменту вывода животных из эксперимента следов геля в брюшной полости не обнаружено.

Таким образом, проведённые исследования позволяют говорить о высокой противоспаечной активности препарата «Линтекс-Мезогель» в эксперименте.

Учитывая высокую биологическую инертность препарата «Линтекс-Мезогель», мы рекомендуем его для проведения клинических испытаний с целью профилактики спаечного процесса брюшной полости у детей.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Б.М. Лолаева, И.Ш. Джелиев, К.Т. Есенов, М.Г. Эльчепарова
Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
Владикавказ, Российская Федерация

До настоящего времени нет достоверных данных о причинах спайкообразования в брюшной полости у части детей, не определена окончательно тактика лечения.

За последние 3 года (2006-2008 гг.) мы наблюдали 33 больных с острой СКН. Из них у 30 детей причиной СКН были воспалительные процессы органов брюшной полости: аппендикулярный инфильтрат, перитонит, гинекологические заболевания, у 3 детей – травма живота. По поводу СКН однократно оперированы 24 больных, а по поводу рецидивов СКН дважды оперированы 6 больных. По три и более операций перенесли 3 детей. Послеоперационная СКН развивалась в первый месяц после операции у 6 больных; в сроки от одного до шести месяцев – у 15 больных; от 6 месяцев до 1 года – у 7 детей; позже 1 года – у 5. По литературным данным и нашим наблюдениям на развитие спаечного процесса наряду с наличием воспалительного процесса в брюшной полости влияет грубое обращение с тканями при операции, высыхание и охлаждение органов и тканей брюшной полости, неполное удаление нежизнеспособных тканей и патологических выделений, оставление в брюшной полости инородных тел (дренажей, тампонов), введение в брюшную полость сухих и концентрированных лекарственных средств, вяло текущий перитонит.

С целью профилактики послеоперационной СКН мы стремились к уменьшению травматизации брюшины путем щадящей техники операции, тщательного гемостаза, перитонизации десерозированных участков. Во время операции согревали органы брюшной полости салфетками, смоченными теплым раствором фурациллина, ограничивали применение тампонов и дренажей, тщательно эвакуировали выпот электроотсосом, санировали брюшную полость теплым раствором антисептиков, антибиотики вводили только в виде растворов. В профилактике СКН считаем важным раннюю активизацию моторной функции кишечника и поддержание её в послеоперационном периоде. С этой целью интраоперационно вводили в корень брыжейки теплый 0,25% раствор новокаина. В послеоперационном периоде ребенка помещали в отделение реанимации и интенсивной терапии, где по выходу из наркоза стимулировали кишечник по схеме: 3 раза через 30 минут в/м вводили 0,05% раствора прозерина в возрастной дозировке с последующей гипертонической клизмой, эту процедуру повторяли через каждые 6 часов в течение 1-2 суток. В последующем стимуляцию кишечника осуществляли убретидом. Проводили электрофорез

с йодидом калия, ируксолом, лидазой, применяли продленную перидуральную анестезию тримекаином на уровне Th4-5.

БОЛЕЗНЬ КРОНА

Г.М. Лукьянова, Г.Ю. Цирдава, Е.А. Рожденкин, Э.Н. Федулова, О.А. Тутина
Нижегородский научно-исследовательский институт
детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий,
Нижний Новгород, Российская Федерация

В настоящее время отмечается значительный рост неспецифических воспалительных заболеваний кишечника у детей, к которым относится болезнь Крона. Через 8-10 лет после начала заболевания болезнь Крона может привести к различным осложнениям, одним из которых является стеноз пораженного патологическим процессом участка желудочно-кишечного тракта с развитием клиники кишечной непроходимости.

За последние 10 лет в НИИИДГ наблюдалось 109 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет с разной локализацией болезни Крона, из них у 7 имел место стеноз пораженного участка, который у 4 сочетался с инфильтратом и межкишечными свищами. В клинической картине у всех детей изначально преобладала триада симптомов: боль в животе, диарея, кишечные кровотечения. У 6 больных через 6-8 лет появилась клиника кишечной непроходимости: задержка стула до 3-5 суток, которую с трудом удавалось купировать консервативно, начали нарастать симптомы эндогенной интоксикации. У одного пациента развилась острая кишечная непроходимость, по поводу которой он был экстренно прооперирован.

В связи с нарастающей клиникой кишечной непроходимости были прооперированы 8 больных: мальчиков - 4, девочек - 4. Из них 4 ребенка прооперированы по поводу стеноза терминального отдела подвздошной кишки, осложненного инфильтратом, состоящим из слепой и восходящей ободочной кишки и межкишечными свищами. Этим детям была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза по Кимбаровскому. 2 больным была выполнена резекция илеоцекального угла с наложением илеоасцендоанастомоза по поводу изолированного стеноза терминального отдела подвздошной кишки. В одном случае выполнена резекция сигмовидной кишки по поводу её стеноза. Мальчику со свищевой формой поражения прямой кишки и гнойным парапроктитом потребовалось выведение петлевой сигмостомы.

В послеоперационном периоде в одном случае отмечалось развитие наружного толстокишечного свища, который самостоятельно закрылся на фоне консервативного лечения, в другом - через 20 лет возник рецидив заболевания, потребовавший повторной операции.

Таким образом, единственным эффективным методом лечения приобретенной кишечной непроходимости при болезни Крона является оперативное пособие.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

П.А. Макаров, В.И. Чукреев, В.Н. Сорокина, В.Ю. Короткова
Уральская государственная медицинская академия,
Детская городская клиническая больница №9,
Екатеринбург, Российская Федерация

Инвагинация кишечника является наиболее частым видом приобретенной кишечной непроходимости у детей раннего возраста. Проблема достаточно изучена, но некоторые тактические и лечебные вопросы остаются актуальными.

В неотложной детской хирургической клинике УГМА за последние 14 лет (1995 - 2008) пролечены 375 детей с инвагинацией кишечника. Изменяется возрастная структура, 35,6% составляют дети старше 1 года. Сроки поступления не отвечают полностью требованиям хирургии. 64 ребенка (17,1%) госпитализированы в срок, составивший более 24 часов от начала заболевания, что связано в основном с диагностическими ошибками - 93,7%. Провоцирующие и этиологические факторы инвагинации также изменяют свое соотношение: снижается роль погрешностей в диете ребенка - 24,5%, но возрастает значимость мезоаденита на фоне дисбиоза кишечника - 32,5%, на фоне энтерита - 10,5% и ОРВИ - 9,2%. Органические причины (дивертикул Меккеля, полипоз, удвоение, опухоль кишки) выявлены у 18 (4,8%) детей. Атипичную картину инвагинации наблюдали у 35 (9,3%) детей: отсутствовали классические приступы беспокойства, преобладала вялость, сонливость ребенка, отмечалась фебрильная температура, жидкий стул без примеси крови, «малиновое желе» отмечено только у 53,7% пациентов.

Всем детям выполнена пневмоирригоскопия, при которой возникло 3 (0,8%) осложнения - перфорация стенки толстой кишки. Консервативное лечение было успешным у 305 (81,3%), из них 20 поступили в сроки превышающие 24 часа, 95 детей в возрасте старше 1 года. Рецидив инвагинации кишечника возник у 35 (9,3%), ликвидирован консервативно у 32 (91,4%) детей. Оперативное лечение проведено 70 (18,7%) детям, некроз инвагината и перитонит выявлен в 20 (28,5%) случаях. Резекция некротизированного участка кишки с наложением анастомоза выполнена 18 детям, а в 2-х случаях сформированы двустольные кишечные стомы для отсроченного магнитно-компрессионного анастомоза. Лапароскопическая дезинвагинация применена у 9 пациентов при неудаче консервативного лечения. Эффективность метода высока - 66,7% успешной дезинвагинации. Осложнений, летальных исходов не было. Таким образом, превалирование функциональных причин инвагинации позволяет с успехом применять консервативную дезинвагинацию и у детей старше 1 года, в сроки, превышающие 24 часа от начала заболевания (при отсутствии клиники абдоминальных осложнений), и при рецидивах инвагинации. Лапароскопическая дезинвагинация является операцией выбора при неэффективности консервативных мероприятий.