

Рис. 2. Динамика средних показателей ВБД у пациентов с НЭК.

опускалось. У остальных пациентов ВБД после операции, напротив, стабильно снижалось и составляло $27,5 \pm 2,8$ мм рт. ст. в 1–2-е сутки и $19,1 \pm 2,1$ мм рт. ст. на 3-и сутки (более 3 сут катетер в брюшной полости не оставляли), т. е. отчетливо прослеживалась тенденция к снижению (рис. 2).

Заключение

Измерение и мониторинг ВБД у больных с НЭК, с учетом клинических данных и результатов инструментальных исследований, позволяет уточнить тяжесть состояния, определять показания к оперативному вмешательству и сроки его выполнения, прогнозировать развитие возможных осложнений и летальность.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.34-007.272-007.274-053.2-07-08

В. А. Тараканов, И. В. Нестерова, А. Е. Стрюковский, Г. А. Чудилова, Е. В. Фомичева, Е. Г. Колесников, О. А. Терещенко

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПОЗДНЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра хирургических болезней детского возраста (зав. – проф. В. А. Тараканов), Центральная научная исследовательская лаборатория (зав. – проф. Н. В. Колесникова), кафедра клинической иммунологии, аллергологии и лабораторной диагностики (зав. – проф. Р. А. Ханферян) ФПК и ППС ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар; ГУЗ Детская краевая клиническая больница (главный врач Е. И. Клещенко), Краснодар

Разработана комплексная программа диагностики и лечения различных форм поздней спаечной кишечной непроходимости у детей. Определены критерии диагностики различных форм поздней спаечной кишечной непроходимости в детском возрасте с помощью спиральной компьютерной томографии. Экспериментально обосновано использование препарата “Лонгидаза 3000 МЕ” с противоспаечной, репаративной и иммуномодулирующей целью. С помощью разработанного лечебно-диагностического алгоритма при поздней спаечной кишечной непроходимости достигнуто снижение частоты повторных госпитализаций с 51,9 до 17,2%.

Ключевые слова: поздняя спаечная кишечная непроходимость, диагностика, лечение, дети

A comprehensive program of diagnostics and treatment of different forms of late adhesive intestinal obstruction in children is proposed. Criteria for their diagnostics with the use of spiral computed tomography have been developed. An experimental rationale for the application of longidasa 3000 ME with reparative and immunomodulating activity is presented. The original diagnostic and therapeutic algorithm made it possible to reduce the frequency of secondary hospitalization for the treatment of late adhesive intestinal obstruction from 51.9 to 17.2%.

Величина ВБД определяется масштабом и степенью воспалительно-деструктивных изменений в брюшной полости, забрюшинном пространстве, выраженностью пареза кишечника и уровнем свободной жидкости в брюшной полости.

Имеется четкая зависимость величины ВБД от тяжести патологического процесса в брюшной полости. Длительное сохранение внутрибрюшной гипертензии у больных с некротизирующим энтероколитом способствует развитию перитонита и прогрессированию полиорганной недостаточности и требует выполнения лапаротомии, одной из задач которой является снижение ВБД.

Таким образом, своевременная диагностика и правильное лечение являются залогом успешной терапии при таких состояниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфанд Б. Р., Проценко Д. Н., Чубченко С. В. и др. // Инфекции в хир. – 2007. – Т. 5, № 3.
2. Караваева С. А. Хирургическое лечение некротического энтероколита: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2002.
3. Красовская Т. В., Кобзева Т. Н. Хирургия новорожденных: диагностика и интенсивная терапия: Метод. рекомендации. – 2-е изд. – М., 2003.
4. Синдром внутрибрюшной гипертензии: Учебно-метод. пособие / Забелин М. В., Зубрицкий В. Ф., Сальников А. А. и др. – М., 2009.
5. Синдром интраабдоминальной гипертензии: Метод. рекомендации / Гельфанд Б. Р., Проценко Д. Н., Подачин П. В. и др.; Под ред. В. С. Савельева. – Новосибирск, 2008.
6. Ситко Л. А. и др. // Дет. хир. – 2003. – № 6. – С. 46–48.
7. Kron I. L., Harman P. K., Nolan S. P. // Ann. Surg. – 1984. – Vol. 199, N 1. – P. 28–30.

Поступила 15.06.11

Лечение спаечной кишечной непроходимости (СКН) остается важнейшей проблемой в хирургии детского возраста. Одной из наиболее частых причин неудовлетворительных результатов лечения у этой категории больных является несвоевременная диагностика. У 30–40% больных оперативное вмешательство выполняется более чем через 24 ч от начала заболевания, а послеоперационная летальность достигает 19–20% [5, 7–9, 14, 15, 21].

В последние годы появилась группа новых технологий лучевой диагностики – магнитно-ядерный резонанс (МРТ), компьютерная томография (КТ). Однако в большинстве случаев диагностика СКН базируется на обзорной рентгенографии органов брюшной полости, рентгеноконтрастном исследовании пассажа по желудочно-кишечному тракту и результатах ультразвукового обследования [1, 4, 10, 16, 17, 19, 20]. Эти методы имеют ряд существенных недостатков. Они либо требуют много времени, либо недостаточно информативны, что особенно важно в случаях, когда возникает острое нарушение мезентериального кровообращения [6, 18]. Все это свидетельствует о необходимости серьезной корректировки устоявшихся за многие годы закономерностей и переоценки нынешнего арсенала инструментальных исследований при диагностике СКН у детей.

Несмотря на значительные достижения в современной хирургии и интенсивной терапии, традиционные методы лечения больных с СКН не всегда эффективны и требуют дальнейшего совершенствования. В последнее время появляются сообщения о значимости иммуномодулирующей терапии у пациентов с СКН, неизменно сопровождающейся синдромом энтеральной недостаточности. Важность иммунокоррекции связана с возникающими в процессе заболевания и в послеоперационном периоде нарушениями иммунного статуса. Все большую актуальность приобретает использование комбинированных препаратов, сочетающих в себе свойства иммуномодулятора и фермента. К таким препаратам относится лонгидаза [2, 3, 12, 13]. Однако данные литературы о влиянии препаратов с пролонгированной гиалуронидазной активностью на спайкообразование разрозненны и требуют дальнейшего уточнения.

Целью настоящего исследования явилось создание эффективной комплексной программы диагностики и лечения поздней СКН (ПСКН) в детском возрасте.

Материал и методы

Работа состояла из экспериментальной и клинической части. В эксперименте использованы 48 крыс-самцов массой 180–200 г, которые были распределены на 4 группы (табл. 1).

Исследовали макро- и микроскопические изменения органов брюшной полости и иммунный статус.

В клиническую часть исследования были включены 56 больных ПСКН, находившимися под нашим наблюдением с 1999 по 2009 г. Из них были сформированы две аналогичные по возрасту и полу клинические группы.

Контрольную группу составили 27 пациентов (табл. 2). Инструментальными методами обследования являлись обзорная рентгенография органов брюшной полости и рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта. Лечение выполняли по классической схеме.

Основная группа была представлена 29 пациентами (табл. 3). Диагностические мероприятия проводили по разработанному алгоритму. Для определения формы ПСКН нами был использован метод спиральной КТ (СКТ) органов брюш-

ной полости с контрастированием сосудов брыжейки. При этом оценивали мезентериальные сосуды (топографическое взаиморасположение, интенсивность кровенаполнения, характер контрастирования), кишечник (толщина кишечной стенки, дилатация кишечной трубки, накопление кишечной стенкой контрастного препарата), наличие свободной жидкости и объемных образований в брюшной полости. В ряде случаев прибегали к динамическому ультразвуковому мониторингу и рентгеноконтрастному исследованию пассажа. Проводили исследование системы нейтрофильных гранулоцитов (НГ) [11]. Статистическую обработку материала осуществляли с использованием критерия Манна–Уитни, критерия Вилкоксона, *t*-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

СКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастным усилением сосудистого русла была использована у 18 (62,06%) пациентов основной группы.

В 24,13% случаев (7 детей) обнаружены КТ-признаки, характеризующие подострую форму: дилатация приводящих петель до 35 мм, спавшиеся петли в нижележащих отделах, толщина кишечной стенки не более 1–3 мм. Визуализация контрастированных мезентериальных сосудов на всем протяжении была удовлетворительной, стенка кишки накапливала контраст во всех отделах.

В 27,58% случаев (8 детей) КТ-признаки указывали на острую форму кишечной непроходимости: дилатация кишечных петель достигала 42 мм, имело место внутрипросветное разделение сред на газ–химус, визуализировались спавшиеся петли кишки. Толщина кишечной стенки не превышала 4 мм, хорошо накапливала контраст, мезентериальные сосуды визуализировались на разных уровнях сканирования (рис. 1, см. на вклейке). Внутривенное контрастирование сосудов брюшной полости позволяло исключить острое нарушение мезентериального кровоснабжения – непроходимость носила механический характер.

В 10,34% случаев (3 пациента) на основании результатов СКТ был установлен диагноз сверхострой формы. Утолщение кишечной стенки более 4 мм, наличие расширенных до более 42 мм и спавшихся кишечных петель, отсутствие накопления контрастного вещества в стенке кишки, атипичный прерывистый ход мезентериальных сосудов свидетельствовали о нарушении мезентериального кровоснабжения (рис. 2, см. на вклейке). Полученные результаты СКТ полностью соответствовали интраоперационной картине (рис. 3, см. на вклейке).

Отсутствие при поступлении выраженных клинических проявлений ПСКН у 11 (37,93%) пациентов позволило нам не выполнять СКТ. В этих случаях использовали обзорную рентгенографию органов брюшной полости и ультразвуковое исследование (УЗИ). Дилатация кишечных петель, оцениваемая по УЗИ, составила 28–40 мм, маятникообразный характер движения химуса при сниженной перистальтической активности тонкой кишки обнаружен у всех пациентов. Этим детям была назначена консервативная терапия, эффективность которой оценивали по результатам динамического УЗ-мониторинга. Положительная динамика, характеризовавшаяся исчезновением симптома маятникообразного движения химуса, появлением направленности перистальтики, уменьшением дилатации

Таблица 1

Характеристика экспериментального исследования

Этап исследования	Группа 1 (n = 12)	Группа 2 (n = 12)	Группа 3 (n = 12)	Группа 4 (n = 12)
Моделирование спаечного процесса	–	1-е сутки (n = 12)	1-е сутки (n = 12)	1-е сутки (n = 12)
Внутрибрюшное введение препарата лонгидаза	–	–	1, 3, 6, 9 и 12-е сутки	–
Внутримышечное введение препарата лонгидаза	–	–	–	1, 3, 6, 9 и 12-е сутки
Изъятие материала для исследования	1-е сутки (n = 12)	3-и сутки (n = 4)	3-и сутки (n = 4)	3-и сутки (n = 4)
		7-е сутки (n = 4)	7-е сутки (n = 4)	7-е сутки (n = 4)
		14-е сутки (n = 4)	14-е сутки (n = 4)	14-е сутки (n = 4)

Таблица 2

Распределение детей с ПСКН в контрольной группе (n = 27)

Форма ПСКН	Возраст, годы			Пол		Общее число	
	2–4	5–9	10–17	м.	ж.	абс.	%
Подострая	5	3	7	11	4	15	55,56
Острая	2	3	4	5	4	9	33,33
Сверхострая	–	2	1	2	1	3	11,11
Всего...	7	8	12	18	9	27	100

Таблица 3

Распределение детей с ПСКН в основной группе (n = 29)

Форма ПСКН	Возраст, годы			Пол		Общее число	
	2–4	5–9	10–17	м.	ж.	абс.	%
Подострая	3	4	11	10	8	18	62,07
Острая	2	–	6	5	3	8	27,59
Сверхострая	–	2	1	1	2	3	10,34
Всего...	5	6	18	16	13	29	100

кишечных петель до 18–27 мм, отмечена у 8 (27,58%) пациентов. У 3 (10,34%) больных констатирована неэффективность проводимой терапии.

Лечебную тактику выбирали исходя из установленного диагноза. При отсутствии показаний к экстренной операции назначали консервативное лечение. При выборе способа операции у больных основной группы предпочтение отдавали эндовидеохирургическому методу вмешательства. В основной группе оперированы 13 (44,81%) пациентов, в контрольной – 14 (51,85%) пациентов.

Ключевые моменты программы послеоперационной терапии заключались в назначении антибактериальной, инфузионной, стимулирующей энергетические процессы терапии; медикаментозной стимуляции кишечника; деконтаминации; энтеросорбции; обезболивания; при необходимости – частичного парентерального питания (аминовен, липофундин, кабивен-центральный); раннего трофического питания (клинутрен, нутризон); пребиотиков, ферментотерапии (энтерально – креон, парентерально – лонгидаза); физиотерапии; лечебного массажа. Эффективность разработанной схемы терапии в послеоперационном периоде оценивали по клиническим и статистическим критериям.

Основанием для применения у детей препарата лонгидаза 3000 МЕ, обладающего пролонгированной ферментативной активностью, иммуномодулирующими, хелатирующими, антиоксидантными и

противовоспалительными свойствами, послужило экспериментальное доказательство его клинико-иммунологической эффективности.

Группа 1, состоявшая из 12 животных, являлась группой фонового контроля. При моделировании асептического спаечного процесса в брюшной полости животных группы 2 спайки обнаружены в 100% случаев, при этом частота осложнений при отсутствии лечения достигала 16,7%.

При внутрибрюшном введении лонгидазы 3000 МЕ в группе 3 наличие спаек зафиксировано лишь в 25% случаев (n = 3). При внутримышечном использовании препарата в группе 4 спаечный процесс выявлен у 6 (50%) животных. Осложнений в группах 3 и 4 не наблюдали.

При моделировании асептического спаечного процесса выявлены дефекты функционирования системы НГ, заключающиеся в нарушении фагоцитарной функции (снижение количества активно фагоцитирующих НГ, процессов захвата и переваривания) с параллельной депрессией различных микробицидных механизмов – миелопероксидазы (МП), хлорацетат-АД-эстеразы, катионных белков (КБ), – что, с нашей точки зрения, может способствовать развитию спаечного процесса.

Парентеральное введение 3000 МЕ лонгидазы стимулировало мобилизационную готовность НГ. Отмечена нормализация общего числа НГ, фагоцитарного индекса (ФИ), процентного содержания активно фаго-

Сравнительная характеристика клинических признаков в послеоперационном периоде в исследуемых группах

Клинический признак	Время нормализации признака, сут Ме (p25; p27)		p
	основная группа (n = 13)	контрольная группа (n = 14)	
Активность пациентов	3 (3; 4)	5 (4; 6)	0,001123
Купирование интоксикационного синдрома	3 (2,5; 4)	5 (3,5; 6)	0,004900
Нормализация пульса	2 (2; 3)	4 (3; 5)	0,001332
Нормализация температурной реакции	2 (2; 3)	5 (4,5; 6)	0,000211
Купирование болевого абдоминального синдрома	2,5 (2; 3)	5,75 (5; 6)	0,000044
Восстановление перистальтики	3 (2; 3)	4,75 (4; 5)	0,000149
Восстановление самостоятельного стула	3 (2; 4)	5 (4; 6)	0,001337

цитирующих нейтрофилов (%ФАН), динамичное увеличение фагоцитарного числа (ФЧ), процента переваривания (%П), индекса переваривания и интегрального показателя переваривающей активности. Активация NADPH-микробицидной системы НГ, катионных белков и миелопероксидазного механизма проявлялась увеличением показателей среднего цитохимического индекса (СЦИ) и NBT в спонтанном и стимулированном вариантах теста, возрастанием значений КБ и МП.

Проведена оценка иммунного статуса у 21 (72,4%) пациента основной группы. Для сравнительной характеристики была сформирована группа из 22 условно-здоровых детей. При различных формах ПСКН отмечена тенденция к увеличению процентного содержания НГ, снижению %ФАН, значительное повышение ФЧ и ФИ, снижение %П и СЦИ. Изменения в NADPH-оксидазной микробицидной системе обусловлены снижением показателей стимулированного NBT-теста: СЦИ был снижен почти в 2 раза, имела место тенденция к снижению %ФПК. Эти факты свидетельствовали о депрессивном влиянии операционной травмы на иммунную систему пациентов.

Внутримышечное введение 3000 МЕ лонгидазы детям с различными формами ПСКН в комплексной консервативной терапии и применение этого препарата в послеоперационном периоде оказали стимулирующее действие на систему НГ. Наблюдался рост показателей, характеризующих функцию захвата и переваривания, отмечена значительная активация NADPH-оксидазной микробицидной системы: СЦИ и %ФПК в спонтанном варианте теста увеличились более чем в 3,5 и 2 раза соответственно и превысили значения у условно-здоровых пациентов; СЦИ и %ФПК в стимулированном варианте теста возросли более чем в 4 и 7 раз соответственно и также превысили показатели в группе контроля.

Проведение комплексной терапии в послеоперационном периоде позволило получить следующие результаты (табл. 4).

При сравнении клинической картины заболевания в изучаемых группах выявлены достоверные различия по всем исследуемым параметрам ($p < 0,005$). Так, в основной группе нормализация пульса, температурной реакции происходила к концу 2-х суток, болевой синдром купировался к середине 3-х суток, активность пациентов, купирование клинических проявлений интоксикационного синдрома, восстановление функции желудочно-кишечного тракта отмечены к концу 3-х суток.

Медико-социальная эффективность разработанной программы лечения обусловлена сокращением пребывания в стационаре получавших консервативную терапию пациентов почти в 2 раза и уменьшением койко-дня оперированных больных в 1,3 раза; снижением частоты повторных госпитализаций с 51,90 до 17,20%. Сокращение пребывания пациента на больничной койке подразумевает снижение финансовых затрат лечебного учреждения, уменьшение количества повторных обращений свидетельствует о серьезной роли предложенной методики лечения в профилактике рецидивов заболевания.

Заключение

СКТ с внутривенным контрастированием мезентериальных сосудов у детей с ПСКН позволяет верифицировать ее форму. Использование оптимизированного диагностического алгоритма у пациентов детского возраста с данной патологией дает возможность своевременно поставить клинический диагноз и назначить соответствующее лечение.

Экспериментальное исследование влияния препарата лонгидаза (3000 МЕ) продемонстрировало его корригирующее действие на фагоцитарную функцию и различные микробицидные системы НГ. Применение препарата у лабораторных животных приводит к улучшению регенерации поврежденных тканей и снижению частоты возникновения спаек в брюшной полости.

ПСКН у детей сопровождается нарушениями иммунологического статуса. Они обусловлены появлением дефектов функционирования системы НГ. Необходимость включения препарата лонгидаза 3000 МЕ в комплексную программу лечения детей с ПСКН обоснована патогенетически, подтверждена иммунологическими методами обследования и доказана экспериментально.

Разработанная программа консервативной терапии и послеоперационного ведения детей с различными формами ПСКН, предусматривающая воздействие на различные звенья патогенеза синдрома энтеральной недостаточности, позволяет добиться хороших медико-социальных показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Береснева Э. А. // Мед. визуализация. – 2004. – № 3. – С. 6–25.
2. Гомон М. С. и др. // Рос. иммунол. журн. – 2008. – Т. 2, № 2–3. – С. 191.
3. Зайцев О. В. и др. // Материалы I Всероссийской конф. молодых ученых-медиков, организованной Воронеж. гос. мед. акад.

- и Курск. гос. мед. ун-том. – Воронеж, 2007. – Т. 2. – С. 195–197.
4. Иванова М. Н. и др. // Хирургия. – 1996. – № 4. – С. 67–69.
 5. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Дронов А. Ф. и др. // Хирургия. – 1990. – № 8. – С. 3–7.
 6. Корымасов Е. А., Горбунов Ю. В. // Вестн. хир. – 2003. – № 3. – С. 101–106.
 7. Кригер А. Г. и др. // Хирургия. – 2001. – № 7. – С. 25–29.
 8. Курбонов К. М., Гулов М. К., Нурназаров И. Г. // Вестн. хир. – 2006. – № 3. – С. 54–57.
 9. Лемешко З. А. // Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф. И. Комарова, А. П. Гребенева. – М., 1995. – Т. 2, ч. 2. – С. 265–280.
 10. Мишукова Л. Б. Комплексное ультразвуковое исследование в диагностике острой тонкокишечной непроходимости: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – С. 74–86.
 11. Нестерова И. В., Колесникова Н. В., Чудилова Г. А. Комплексное трехуровневое исследование системы нейтрофильных гранулоцитов с возможной диагностикой иммунодефицитных состояний при различной патологии: Метод. рекомендации. – Краснодар, 1996.
 12. Петрович Е. А., Колесов А. А., Манухин И. Б. // Иммунология. – 2006. – № 2. – С. 12–14.
 13. Петухов В. А., Сон Д. А., Миронов А. В. // Анналы хир. – 2006. – № 5. – С. 27–33.
 14. Романов Э. И. и др. // Вестн. хир. – 1998. – Т. 157, № 1. – С. 57–60.
 15. Тараканов В. А., Старченко В. М., Надгериев В. М. и др. // Неотложная хирургия органов брюшной полости: Материалы науч.-практ. конф. – Краснодар, 1994. – С. 101–103.
 16. Creteur V., Campinse N. // J. Belge Radiol. – 1996. – Vol. 79. – P. 1–8.
 17. Gimondo P. // Am. J. Roentgenol. – 1999. – Vol. 173. – P. 381–387.
 18. Maglinte D. D., Herlinger H., Nolan D. J. // Radiology. – 1991. – Vol. 179, N 2. – P. 383–387.
 19. Maglinte D. D. et al. // Am. J. Roentgenol. – 1996. – Vol. 167, N 6. – P. 1451–1455.
 20. Ogata M. // Br. J. Surg. – 1994. – Vol. 81. – P. 421–424.
 21. Schmutz G. R. et al. // Eur. Radiol. – 1997. – Vol. 7, N 7. – P. 1054–1058.

Поступила 27.05.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 617.55-009.7-053.2-079.4

Б. Г. Сафронов, И. Е. Волков, И. С. Буров, М. В. Царьков, Е. А. Частухина, Д. В. Бабанов, Е. А. Игнатъев

ОЦЕНКА СЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ БОЛЕВОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Кафедра детских хирургических болезней с реанимацией и анестезиологией (зав. – доктор мед. наук Б. Г. Сафронов) ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России

Борис Григорьевич Сафронов, д-р мед. наук, зав. каф.; e-mail:safronovi61@mail.ru.

Представлен анализ клинических наблюдений за 132 детьми, поступившими в хирургический стационар, не оперированными на органах брюшной полости, с болевым абдоминальным синдромом, интерпретация которого вызывала диагностические трудности. С помощью традиционных методов дифференциальной диагностики обследовано 66 детей группы сравнения. В основной группе, также состоящей из 66 детей, применен разработанный нами метод ганглиоплегии. Использование ганглиоплегии в диагностическом процессе позволило исключать проявления ложного “острого живота” у детей, уменьшить число диагностических лапароскопий, при которых не найдена хирургическая патология, на 15%, сократить время диагностического процесса.

Ключевые слова: дети, болевой абдоминальный синдром, диагностика, ганглиоплегия, ложный “острый живот”

The authors report the results of clinical observation of 132 children with difficult-to-diagnose abdominal pain syndrome who did not undergo abdominal surgery in the preceding period. 66 children were treated with the use of an original method of ganglioplegia. 66 patients of the control group were examined using traditional differential diagnostic methods. It was shown that inclusion of ganglioplegia in diagnostic procedures allows to exclude manifestations of false “acute abdomen” in children, reduces the frequency of unnecessary diagnostic laparoscopies by 15%, and decreases duration of the diagnostic process.

Key words: children, abdominal pain syndrome, diagnostics, ganglioplegia, false “acute abdomen”

Боль в животе является одним из ведущих признаков различных заболеваний у детей. Сочетание абдоминалгии с другими проявлениями поражения пищеварительного тракта позволяет выделить болевой абдоминальный синдром [1].

В хирургической практике выделяется хотя и устаревшее, но конкретное понятие “острый живот” – клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости, при которых требуется срочная медицинская (чаще хирургическая) помощь [3].

В педиатрии также существуют заболевания, которые могут симулировать клиническую картину “острого живота”. Проявления болезней, которые в какой-то период своего течения могут быть сходными с симптомами острого хирургического заболева-

ния органов брюшной полости, предложено называть «ложный “острый живот”», доля которого, по данным разных авторов, составляет от 5 до 25% в экстренной диагностике [1–3].

Для многих врачей это один из труднейших разделов дифференциальной диагностики.

Клиническая картина, симулирующая острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, может развиваться при патологии органов грудной клетки, нервной системы, функциональных изменениях и других состояниях, не требующих в отличие от истинного “острого живота” экстренного оперативного лечения [4, 5, 8].

Разнообразие клинических проявлений болевого абдоминального синдрома у детей вызывает значительные трудности в дифференциальной диагности-

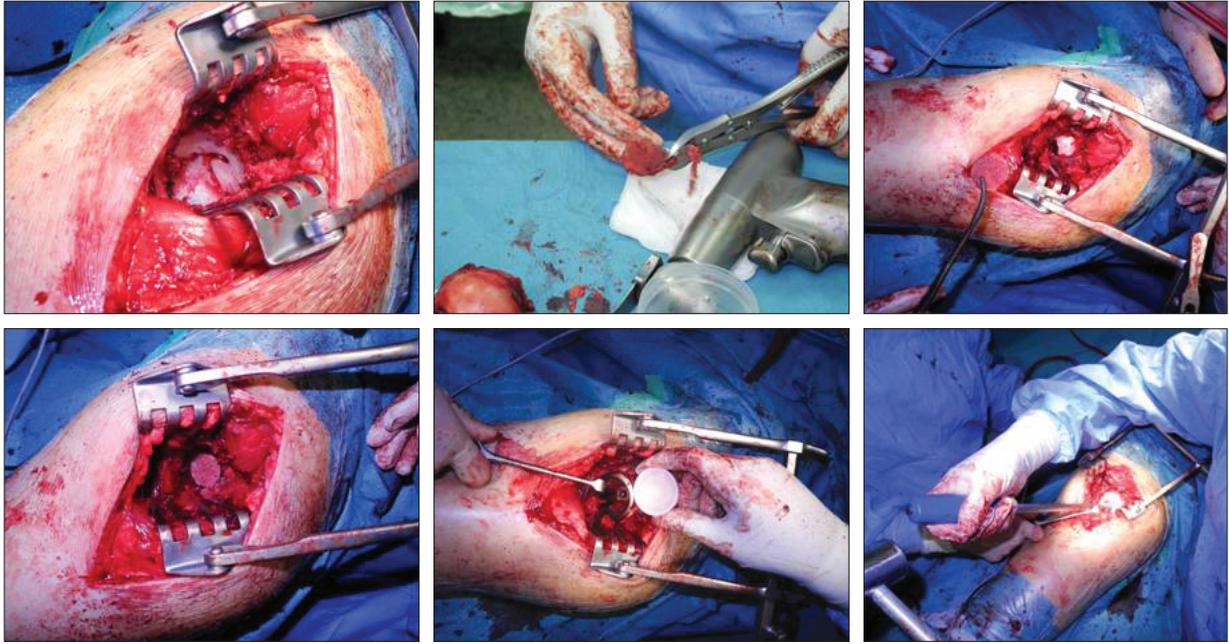


Рис. 14. Этапы операции эндопротезирования ТБС.

Рис. 15. Внешний вид и рентгенограмма в раннем послеоперационном периоде.



К ст. В. А. Тараканова и соавт.

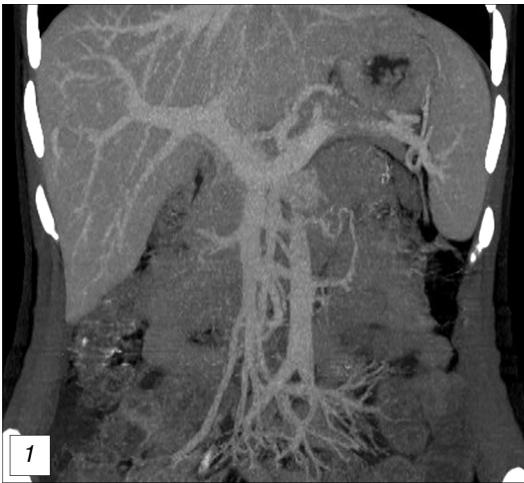


Рис. 1. СКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием сосудов. Пациент с острой формой ПСКН. Контрастирование сосудов удовлетворительное.

Рис. 2. СКТ при сверхострой форме ПСКН, коронарная проекция. Виден извитой атипичный ход мезентериального сосуда (белая стрелка) и ущемляющая его спайка (черная стрелка).

Рис. 3. Тот же больной. Соответствие результатов СКТ интраоперационной картине. Белой стрелкой указан мезентериальный сосуд, страдающий в результате ущемления шнуровидной спайкой (черная стрелка).

