

осложнений. У 22 пациентов из этой группы (31,4%) зарегистрировано 26 случаев МКН. Преобладали дети и подростки с неходжкинскими лимфомами брюшной полости (12 больных - 54,6%). Живы к настоящему времени 7 детей (31,8%), умерли - 15 (68,2%).

Длительность анамнеза от первых проявлений до начала лечения МКН составила: до 24 часов - 1 (4,5%), 24-72 часа - 2 (9,1%), 3 суток - 1 мес. - 11 (50%), 1-3 мес. - у 4 (18,2%), более 6 мес. - 4 (18,2%). В экстренном порядке госпитализировано 17 (77,3%) больных, проведено 14 экстренных операций. Преобладали случаи обтурационной МКН - 16 случаев из 26 (61,5%), из них чаще выявлялась низкая частичная МКН наружного типа (7). Среди случаев смешанной МКН (10) чаще диагностировалась хроническая инвагинация кишечника (5), которая имела признаки низкой МКН. Клинические проявления и хирургическая тактика зависели от вида МКН, а также от морфологии и локализации опухоли.

Таким образом, большинство детей с МКН (77,3%) поступило в клинику в экстренном порядке. Среди всех случаев МКН преобладали случаи обтурационной МКН (61,5%), из них чаще выявлялась низкая частичная МКН наружного типа (43,8%). В группе смешанной МКН преобладала хроническая инвагинация кишечника (50%), которая имела признаки низкой МКН.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

К.К. Федоров

**Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Новокузнецк, Российская Федерация**

Проанализированы около 10000 пациентов, которым на протяжении 20 лет были выполнены операции по поводу неосложненного и осложненного аппендицита, перитонита, кишечной непроходимости, в том числе спаечной и инвагинации, травмы брюшной полости и ряда других заболеваний. Установлено, что после операции по поводу кишечной непроходимости рецидив илеуса спаечного генеза отмечен у 56,6% пациентов, после операции дезинвагинации - 54,3%, закрытая травма живота с лапаротомией осложнилась спаечной кишечной непроходимостью у 33,3%, перитонит - у 10,6%, простой аппендицит - 1,2% и деструктивный аппендицит - 0,6%.

Это свидетельствовало прежде всего о том, что чем тяжелее повреждение серозного покрова, чем выраженнее воспалительный процесс, тем больше вероятность развития спаечной кишечной непроходимости. Детальный анализ ближайшего и отдаленного послеоперационного периодов, морфологических находок во время первичного и повторных вмешательств, возможностей нехирургического разрешения обтурационной спаечной непроходимости позволил определить клиническое понятие спаечной болезни как состояния, обусловленного «нефизиологичной энтеропликацией» кишечных петель, сопровождающегося нарушениями двигательной функции желудочно-кишечного тракта различной степени выраженности - от незначительных болевых ощущений до развернутой картины острой кишечной непроходимости, сопровождающейся тяжелыми нарушениями гомеостаза и кровообращения в кишечной стенке.

Это позволило сформулировать общую концепцию, направленную на предотвращение развития спаечной болезни и непроходимости кишечника, включающую следующие положения:

1. профилактика дооперационная - сокращение количества и объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости при различной патологии;
2. профилактика на этапе оперативного вмешательства: изменения методик и технологий оперативных вмешательств, направленные на уменьшение действия основных факторов спайкообразования;
3. профилактика на этапе ближайшего послеоперационного периода - раннее купирование воспалительного процесса в брюшной полости и скорейшее восстановление нормальной функции желудочно-кишечного тракта, с целью «физиологической энтеропликации», то есть сращения кишечных петель в функционально выгодном для них положении;
4. Профилактика на этапе отдаленного периода - опосредованное воздействие через улучшение работы органов ЖКТ путем рациональной диеты, физиопроцедур, массажа, лечебной физкультуры и т.п.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

К.К. Федоров, М.К. Беляев

**Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Новокузнецк, Российская Федерация**

Проведен анализ 247 больных с подозрением на спаечную непроходимость (СКН). У 63 пациентов диагноз СКН не подтвердился. Разные формы СКН классифицированы как спаечно-паретическая (10), ранняя СКН (32), и поздняя СКН (142).

Диагностика каждой из них имеет свои особенности, а от правильности решения диагностических задач в каждом случае зависит выбор правильной тактики и прогноз. Доказано, что спаечно-паретическая непроходимость связана с продолженным перитонитом, и в клиническом аспекте проявляется нарушениями гомеостаза как следствием воспалительного процесса в брюшной полости. На этом этапе проводить консервативное лечение сложно. Отсутствие положительной динамики, ухудшение состояния требуют санирующей хирургической тактики. Изучение ранней СКН позволило выявить провоцирующие факторы ее развития, проанализированы симптомы заболевания, их значимость для своевременной диагностики. Установлена морфология развития спаечного процесса. В эти сроки спайки имеют рыхлую структуру, содержат небольшое количество грубой соединительной ткани, что определяет ее обтурационный характер. Анализ 204 больных, поступивших с предположительным диа-

гнозом поздней СКН, установил, что у 63 (31%) он был ошибочным, 116 больных поступили с обтурационной непроходимостью, 47 были детей оперированы, у 69 (59,5%) СКН ликвидирована консервативными мероприятиями. 26 больных (12%) с преобладанием странгуляционного компонента оперированы. Верифицированы симптомы поздней кишечной непроходимости, позволяющие дифференцировать обтурационную и странгуляционную формы непроходимости и определить показания к хирургическому лечению. Рассмотрена роль рентгенологического и УЗ исследований в диагностике. Подробно описано значение обзорной рентгенограммы, отечности складок Керкринга, феномену постстенотического спадения толстой кишки. Уточнена роль контрастирования кишечника. Проанализировано значение лейкоцитарного индекса в дифференциальной диагностике обтурационной и странгуляционной непроходимости. Установлено, что увеличение его до 5 и более с большей вероятностью предполагает наличие ишемии и некроза кишечной стенки. Основу лечения СКН составляют интенсивные терапевтические мероприятия, направленные на ликвидацию волевых расстройств, блокаду, стимуляцию перистальтики. Определены показания к консервативной терапии. Разработана методика ее проведения, значение сакро-спинальной блокады в лечении непроходимости кишечника, сформулированы показания к хирургическому лечению и лапароскопии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ – “КЛАССИКА” ПРОТИВ “СОВРЕМЕННОСТИ”

А.Н. Ферзаули, Х.А. Плиева, Ф.А. Ахильгова, М.М. Тимурзиева
Ингушский государственный университет, Ингушская республиканская клиническая больница, Назрань, Российская Федерация

В практике детского хирурга наиболее часто встречаются такие виды приобретенной кишечной непроходимости, как острая спаечная кишечная непроходимость, инвагинация кишечника, динамическая кишечная непроходимость. Хотя клиническая картина при этих видах кишечной непроходимости общеизвестна, диагностика порой вызывает определенные трудности.

В настоящее время, в связи с введением медико-экономических стандартов, предпринимаются попытки унифицировать подходы к диагностике и лечению всех видов патологий. С одной стороны, задача врача - детского хирурга упрощается - выполнять все по заранее известному алгоритму. С другой стороны - встает вопрос об уровне оснащения лечебного учреждения. Аппараты УЗИ и рентгенооборудование есть в настоящее время практически в каждой районной больнице. Однако, если в рентгенаппарате отсутствует функция рентгеноскопии, при диагностике инвагинации и выполнении пневмоирригоскопии возникают определенные трудности.

Отделение детской хирургии и травматологии Ингушской республиканской клинической больницы располагает определенным опытом лечения детей с приобретенной кишечной непроходимостью. За период с 2003 по 2008 год 35 детей в возрасте от 4 месяцев до 11 лет находились на лечении по поводу инвагинации кишечника и спаечной кишечной непроходимости. Из них мальчиков 19, девочек 16. Спаечная кишечная непроходимость развилась у 3 детей, оперированных по поводу аппендикулярного перитонита в сроки от 2 суток до 3 месяцев после операции. Лечение – оперативное, лапаротомия, адгезиолизис, интубация тонкой кишки через цекостому (1), гастростому (1), задний проход (1). Во всех трех случаях результаты лечения удовлетворительные. Из 32 детей, поступивших с инвагинацией кишечника, мальчиков - 18, девочек - 14. Оперировано 10, дезинвагинация с помощью баллона Ричардсона - 22. Из оперированных детей один ребенок умер (осложнения после резекции илеоцекального угла, перитонит). Остальные выписаны в сроки от 7 до 12 суток после операции. Одному ребенку, поступившему более чем через двое суток после начала заболевания, потребовались повторные оперативные вмешательства в связи с осложнениями. У 8 детей дезинвагинация при лапаротомии выполнена без технических трудностей. Всем детям после дезинвагинации с помощью баллона Ричардсона выполнено рентгеноконтрастное исследование ЖКТ с сульфатом бария. Выписаны домой в сроки от 3 до 5 суток.

Такие результаты достигнуты в условиях, когда не всегда возможно было выполнить УЗИ, отсутствовал рентгенаппарат с функцией рентгеноскопии. Теоретические познания, опирающиеся на определенный практический опыт, позволяют в условиях недостаточной оснащенности лечебного учреждения достаточно квалифицированно оказывать специализированную помощь детям. Классические симптомы, характерные для инвагинации, до настоящего времени остаются незыблемой основой для постановки правильного диагноза. Современные методы исследования, такие как УЗИ, лапароскопия вносят в диагностику приобретенной кишечной непроходимости изюминку своего рода. Однако надо признаться, описано немало наблюдений, когда и лапароскопически не удавалось расправить инвагинат. Ультразвуковое исследование при инвагинации, с его ставшими уже классикой патогномичными симптомами «мишень» и «псевдопочка», можно признать как «золотой стандарт» диагностики кишечной инвагинации.

Клинические симптомы приобретенной кишечной непроходимости, описанные много лет назад, то есть «классика», и возможности современного диагностического оборудования не конкурируют, напротив, делают диагностику более успешной, а лечение эффективным.

РАННЯЯ СПАЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

В.В. Форостянов
Центральная районная больница, Зеленокумск,
Ставропольский край, Российская Федерация

Острый аппендицит является одним из наиболее частых заболеваний брюшной полости ведущих к развитию острой спаечной кишечной непроходимости (2). Патогенитические основы развития данного осложнения изу-