

непроходимостью, осложнившейся некрозом ущемленной петли, была выполнена резекция кишки. Все больные выписаны с выздоровлением. Вывод: в 49,6% случаев причиной развития ОСКН явился острый аппендицит с его осложнениями и связанное с этим оперативное вмешательство.

ГИДРОСТАТИЧЕСКАЯ ДЕЗИНВАГИНАЦИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ СОНОГРАФИИ

И.Н. Григович, Ю.Г. Пяттоев, О.Б. Савчук, М.В. Леухин, Т.Ф. Кобзева
Петрозаводский государственный медицинский университет, ГУЗ ДРБ,
Петрозаводск, Российская Федерация

Инвагинация кишечника (ИК) в раннем детском возрасте является наиболее частой причиной приобретенной кишечной непроходимости, составляя до 80% случаев. За последнее десятилетие подходы к диагностике и лечению заболевания претерпели значительные изменения и продолжают совершенствоваться.

С января 2003 по декабрь 2008 г. в Карельском Центре детской хирургии находились на лечении 68 детей с ИК в возрасте от 1,5 месяца до 14 лет (до года -38, старше года -30; мальчиков -52, девочек -16).

При подозрении на ИК после клинического обследования пациента и подсчета прогностически сильных признаков инвагинации (Староверова Г.А. 1982 г.), выполняли УЗ исследование органов брюшной полости. Кроме выявления характерных признаков инвагината (симптомы «мишени», «псевдопочки»), анализировали его локализацию и размеры, толщину стенок, наличие дополнительных образований в нем, характер перистальтики, выраженность кровотока в инвагинате по данным доплерографии, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Наряду с клиникой, данные УЗИ позволили поставить показания к консервативному лечению ИК у 61 пациента, а в 4 наблюдениях - к срочной операции. Еще в 3-х случаях ИК обнаружена во время лапаротомии с подозрением на другие хирургические заболевания брюшной полости.

С мая 2003 года для консервативного лечения ИК в клинике используется методика гидростатической дезинвагинации 1,5% гипертоническим раствором под контролем сонографии.

Выполнена 61 дезинвагинация и в 55 (90%) случаях она оказалась успешной. Осложнений при проведении манипуляции не отмечено.

Из 6 неудавшихся дезинвагинаций, по данным УЗИ, в 3-х случаях заподозрена двойная сложная ИК и в одном наблюдении обнаружено патологическое образование толстой кишки. Во время лапаротомии эти предположения были подтверждены.

Таким образом, ультразвуковое исследование органов брюшной полости при ИК значительно расширяет диагностические возможности, исключает облучение пациента и персонала, является эффективным и безопасным методом контроля консервативного лечения данного заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

Ю.П. Губов, Н.А. Бутакова
Ярославская государственная медицинская академия,
Ярославль, Российская Федерация

ПО ЭТИОЛОГИИ:

Первичная: а) функциональная, б) морфо - функциональная.

Вторичная: на почве пороков развития, опухолей и других заболеваний кишечника.

ПО ВИДУ ВНЕДРЕНИЯ:

а) Тонко- тонкокишечная.

б) Тонко-толстокишечная (илеоцекальная).

в) Толсто- толстокишечная.

г) Смешанная (сочетанная).

ПО ТЕЧЕНИЮ:

а) Острая: не осложненная, осложненная (некроз кишки, перитонит).

б) Рецидивирующая (ранняя, поздняя).

в) Хроническая.

Поясним некоторые положения классификации. В зависимости от причины выделены «первичная» и «вторичная» кишечная инвагинация (КИ). К первичной КИ отнесены «функциональная» КИ, возникающая в результате дискоординации моторики тонкого и толстого кишечника вследствие незрелости регуляторных систем. Выделение КИ на почве «морфо-функциональной» незрелости, основано на положении С.Я. Долецкого (1984) о «диспропорциях роста». Вторичная КИ, по сути, является осложнением пороков развития, опухолей и заболеваний кишечника воспалительной и другой природы. Выделение этих видов КИ обусловлено тем, что они являются определяющими при выборе метода лечения. Неосложнённая первичная (кроме тонкокишечной) КИ подлежит консервативному лечению, при вторичной КИ (кроме заболеваний кишечника) методом выбора является оперативное вмешательство. К «рецидивирующей» КИ отнесены случаи возникновения заболевания после его достоверного устранения. В зависимости от течения выделены «ранняя» и «поздняя» рецидивирующая КИ. Ранняя возникает в ближайшее время после консервативного расправления и, как правило, не повторяется, поздняя наблюдается в отдаленные сроки после выписки больного из стационара, может рецидивировать неоднократно и затем спонтанно прекращается. К «хронической» КИ отнесены редко встречающиеся и длительно протекающие под маской других кишечных заболеваний случаи, которые сопровождаются сращениями стенок инвагината, и поэтому могут быть устранены только оперативным путём. Предлагаемая классификация проста в употреблении и способствует правильному выбору тактики и метода лечения.

К ВОПРОСУ О ЗАКРЫТИИ СТОМЫ С ДЛИТЕЛЬНО