

гии детского возраста. Хирургическая тактика определялась сроком развития спаечного процесса. При ранней спаечной кишечной непроходимости проводили настойчивые консервативные мероприятия в течение суток (инфузионная терапия, перидуральная анестезия, новокаиновые блокады и неоднократные стимуляции кишечника), при ранней отсроченной непроходимости сроки консервативного лечения ограничивали 10 – 12 часами, а при поздней спаечной непроходимости вопрос о показаниях к операции решали в течение 3 – 4-х часов. Из 206 больных спаечная кишечная непроходимость разрешилась после консервативных мероприятий у 77 (37,3%), среди которых абсолютное большинство составили дети с ранней спаечной непроходимостью. Хирургические вмешательства выполнены у 130 (62,7%) детей.

Инвагинация кишечника была самой частой формой непроходимости у детей грудного возраста (80%). Консервативными методами лечения удалось ликвидировать непроходимость у 75 (40,3%) из 186 больных. Оперативные вмешательства выполнены у 111 (59,7%) детей. Осложнения после операций отмечены у (8,1%). Умерли после неоднократных операций 2 (1,9%).

Обтурационная кишечная непроходимость у 29 детей была вызвана фитобезоарами, трихобезоарами, клубками аскарид, копростазом с образованием каловых камней. Для этой группы больных было характерно постепенное развитие клинической картины и относительно «мягкое» ее течение. После консервативных мероприятий непроходимость разрешилась у 6 детей. Оперированы 23 (80%) ребёнка: произведены гастротомии с удалением фитобезоаров и трихобезоаров, разминание растительных и волосяных «опухолей» или каловых камней с постепенным перемещением их фрагментов в толстую кишку и последующим отмыванием сифонными клизмами.

Напротив, для заворота и злообразования кишечника (17 больных) было характерно бурное начало, выраженный болевой синдром, многократная рвота. У большинства больных наряду с симптомами кишечной непроходимости наблюдалась картина болевого и эндотоксического шока. Оперированы все больные. Умерли 3 (17%).

Таким образом, приобретенная кишечная непроходимость у детей весьма разнообразна по этиологии, патогенезу, клинической картине и требует тщательно дифференцированной хирургической тактики. Нерешенной остается проблема ранней диагностики и своевременного поступления детей, что требует технически сложных и тяжелых оперативных вмешательств. Из 438 детей с приобретенной кишечной непроходимостью умерли 7, общая летальность - 1,6%, послеоперационная - 2,8%.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДЕТЕЙ

С.Н. Гисак, Н.Н. Цырульникова, В.И. Котова, А.М. Мансурова
Воронежская государственная медицинская академия,
Воронеж, Российская Федерация

В клинике хирургии детского возраста Воронежской Государственной медицинской академии при диагностированной спаечной кишечной непроходимости принята дифференцированная лечебная тактика.

При наличии выраженной клинической картины кишечной непроходимости, подтвержденной рентгенографически (множественные уровни), предполагаемом распространенном грубом спаечном процессе в брюшной полости ребенка производится в порядке скорой помощи оперативное лечение путем лапаротомии.

При подостром течении болезни, явлениях частичной непроходимости, сохраняющемся болевом синдроме, отсутствии отчетливых уровней на рентгенограмме или наличии стоячей петли кишки производится диагностическая лапароскопия.

При эндоскопическом подтверждении диагноза определяется возможность завершения оперативного вмешательства лапароскопическим способом, при этом диагностическая лапароскопия переходит в лечебную. Мы располагаем опытом использования в лечебно-диагностических целях лапароскопической техники при непроходимости кишечника у 55 детей различного возраста. В их числе детей в возрасте до года было лишь двое, старше 10 лет - 45, всего: девочек - 39, мальчиков - 16. Лапароскопическое исследование брюшной полости у 3 детей ожидаемой патологии не обнаружило, у 4 других - клиника абдоминального синдрома объяснялась другими причинами. Оперативное лечение больных лапароскопическим путем произведено у 36 детей путем адгезиолизиса, у 2 выполнена дезинвагинация кишечника, следует отметить, с поздней спаечной непроходимостью кишечника, выраженными явлениями непроходимости чаще поступали мальчики. При наличии единичных спаек, инвагинации кишечника в ранней стадии методика являлась эффективной. При выраженном парезе кишечника, наличии множественных спаек между петлями кишечника была показана конверсия.

По нашим данным конверсия потребовалась у 10 детей, в 7 случаях вследствие тяжелейшего спаечного процесса в брюшной полости, в 2 случаях – интимные сращения петель кишечника в зоне операции, в 1 случае конверсия объяснялась поломкой аппаратуры во время вмешательства. В послеоперационном периоде больные после лапароскопического лечения в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались в первые сутки после операции. Интраоперационных и послеоперационных осложнений у больных после лапароскопических операций не было.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С.Н. Гисак, Т.В. Головачева, В.В. Чагина, В.Э. Кадушев, В.В. Кечеджи
Воронежская государственная медицинская академия,
Воронеж, Российская Федерация

Мы провели анализ диагностической информативности ультразвукового исследования органов брюшной полости у 85 детей возраста от 0 до 16 лет, поступивших в детский хирургический стационар с подозрением на острую кишечную непроходимость. Уровень острой кишечной непроходимости при проведении ультразвукового

исследования органов брюшной полости у больного ребенка, оценивался по локализации расширенных петель кишечника.

Нами достоверно установлено, что чем дистальнее по ходу кишечной трубки расположено препятствие для пассажа кишечного содержимого, тем больше анатомических областей, в которых путем ультрасонографии визуализируются петли кишечника с признаками кишечной непроходимости. В случае обнаруживающегося препятствия пассажу кишечного содержимого на уровне илеоцекального угла (баугиниевой заслонки) расширенные и заполненные жидким кишечным содержимым петли тонкой кишки практически заполняют все отделы брюшной полости.

При ультразвуковом исследовании брюшной полости у детей с локализацией препятствия току кишечного содержимого на уровне начальных отделов подвздошной кишки (среднем уровне тонкокишечной непроходимости), расширенные петли тонкого кишечника обнаруживаются в мезогастрии. В случаях высокой проксимальной тонкокишечной непроходимости, развившейся на уровне начальных отделов тощей кишки, петли тонкого кишечника занимают только левую половину брюшной полости. В этом случае в просвете двенадцатиперстной кишки и желудке определяется избыточное количество жидкости.

Следует отметить, что у всех больных детей с диагностированной ультразвуковым исследованием тонкокишечной непроходимостью этот дооперационный диагноз был подтвержден последующей операцией, выполнявшейся каждому из этих пациентов в порядке скорой помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С.Н. Гисак, В.В. Чагина, В.Э. Кадушев, Т.В. Головачева, В.В. Кечеджи
Воронежская государственная медицинская академия,
Воронеж, Российская Федерация

По результатам проведенного ультразвукового исследования органов брюшной полости 85 пациентов, направленных в детский хирургический стационар с подозрением на развившуюся острую кишечную непроходимость, у 61 ребенка диагноз острого хирургического заболевания был снят. Наоборот, у других 24 больных детей, несмотря на малую выраженность и низкую информативность клинических симптомов развивающегося хирургического заболевания ультразвуковым исследованием был установлен своевременный, достоверный диагноз острой тонкокишечной непроходимости.

Следует отметить, что у всех 24 больных детей с диагностированной ультразвуковым исследованием тонкокишечной непроходимостью этот дооперационный диагноз был подтвержден последующей операцией, выполнявшейся каждому из этих пациентов в порядке скорой помощи.

Из общего числа обследованных 85 детей с подозрением на острую кишечную непроходимость у 3 (3,5%), при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости, могла быть допущена УЗИ «гипердиагностика» механической кишечной непроходимости.

Это могло случиться в дифференциальной диагностике ее с токсическим парезом кишечника, являвшегося в организме больного ребенка симптомом тяжелого токсикоза, обусловленного развившейся острой респираторной вирусной инфекцией. Исключить ложноположительный УЗИ диагноз механической кишечной непроходимости у ребенка удалось путем сочетанного анализа данных УЗИ и клинических признаков развивавшегося заболевания.

Правильно установленный клинический диагноз острой респираторной вирусной инфекции данным больным, проведенное им интенсивное лечение обеспечили устранение пареза кишечника, исключили подозрение на механическую непроходимость и потребности оперативного вмешательства.

В целом, произведенная нами ультразвуковая диагностика причины острой кишечной непроходимости у 24 детей с неясным клиническим диагнозом установила в комплексном обследовании больных 21 пациенту с развивавшейся клиникой заболевания диагноз поздней спаечной кишечной непроходимости. У 2 других детей была диагностирована странгуляционная тонкокишечная непроходимость, на фоне флегмонозного дивертикулита и у тетьего ребенка - была установлена обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза, обусловленная саркомой брюшной полости.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

С.Н. Гисак, В.Э. Кадушев, В.В. Чагина
Воронежская государственная медицинская академия,
Воронеж, Российская Федерация

Ультразвуковое исследование кишечника с целью уточнения предполагаемого диагноза инвагинации илеоцекального сегмента было произведено 38 детям в возрасте от 4 месяцев до 2 лет. Дополнение УЗИ в комплексное обследование детей с подозрением на инвагинацию кишечника было проведено 21 ребенку возраста до 1 года и другим 17 детям в возрасте от 1 до 2 лет.

Нами установлено, что эхографическая картина тонко-толстокишечного инвагината у УЗИ-обследованных детей имела достаточно характерный симптомокомплекс, претерпевающий закономерные изменения в динамике развития и течения болезни. При поперечном сканировании, предполагаемый инвагинат визуализируется как эхопозитивное образование округлой формы (симптом «мишени» или симптом «пончика») с наличием чередующихся концентрических слоев. Они соответствуют границам поверхностей внутреннего и наружного цилиндров инвагината и количеству вовлеченных в инвагинат кишечных цилиндров. При продольном его сканировании инва-