

чены недостаточно. Считается, основной причиной процесса слипания петель тонкой кишки является некорректируемый воспалительный процесс и врожденная предрасположенность к спайкообразованию. Клинической проблемой является определение ведущего патогениетического фактора, преобладающего к развитию клинической картины нарушения пассажа кишечного содержимого.

Целью данной работы было: определение частоты возникновения и методов коррекции ранней ОСКН у больных, перенесших аппендэктомиию по поводу острого деструктивного аппендицита.

Материал и методы. В ЦРБ Советского района за период с 2006 по 2008 год оперировано 184 ребёнка с острым аппендицитом. Среди них 129 детей в возрасте от 3-х лет до 12 лет и старше 12 лет – 55. Диагноз был установлен на основании клинической картины и данных лабораторного исследования. УЗИ брюшной полости выполнено 17 пациентам. Аппендэктомию проводили под эндотрахеальным наркозом из разреза Волковича – Дьяконова. Острый флегмонозный аппендицит выявлен в 113 случаях, гангрена отростка наблюдалась у 44 детей. Обработка проводилась по стандартной методике с погружением культи отростка кистным и Z - образными швами. Явления местного перитонита отмечены у 75 пациентов.

Разлитой перитонит был установлен у 4 детей. В послеоперационном периоде антибактериальная терапия проводилась 98% больных. Ранняя ОСКН развилась в двух случаях (1%) у больных оперированных по поводу гангренозного аппендицита. Диагноз был установлен на основании клинической картины, подтвержден данными УЗИ рентгенологического исследования, ухудшением гематологических показателей. Оба пациента оперированы: выполнена нижнесрединная лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. Выздоровление наступило в сроки от 11 до 14 суток.

Обсуждение и выводы: по нашим данным причиной развития ОСКН явилась недостаточная санация брюшной полости при первичной операции, что являлось основанием к продолжению воспалительного процесса. Раннее оперативное вмешательство и адекватная санация брюшной полости, по нашим данным, являются надежной профилактикой данного вида осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А.Ж. Хамраев, Ж.О. Оллоназаров, У.А. Хамраев
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

В последние годы в связи с ростом хирургической активности в экстренной и плановой абдоминальной хирургии детского возраста, встречаемость острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) увеличивается.

Цель. Путем улучшения противоспаечной терапии ОСКН у детей уменьшить число послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в 1998 - 2008 г. находился 101 больной в возрасте от 4 месяцев до 14 лет с ОСКН. Причиной ОСКН явилась лапаротомия и релапаротомия по поводу разлитого гнойного и калового перитонита (аппендикулярного, дивертикулярного и язвенного происхождения) – 39; разлитого перитонита на почве посттравматического разрыва органов (кишечника, селезенки, печени, патологических кист) - 33; инвагинации кишечника, осложнённой перитонитом - 14; пельвиоперитонита - 8; и послеоперационных перитонитов - 7. ОСКН диагностирован на основании анамнеза, клинических, лабораторных, рентгенологических и ультразвуковых исследований.

Результаты. Клиническая картина ОСКН зависела от формы и уровня препятствия, степени проходимости кишечного содержимого. При странгуляционной форме ОСКН отмечались внезапные острые боли в животе, без определенной локализации, ребенок очень беспокоен, плаксив, имеет вынужденное положение в кровати, отказывается от еды, кожные покровы бледные. Сначала появлялась рвота рефлекторного характера желудочным, а в последующем - желчным и кишечным содержимым. Живот постепенно увеличивался в размере, появлялась асимметрия и видимая перистальтика кишечника. У всех детей аускультативно выслушивались местами усиленные, громкие перистальтические шумы кишечника. Отмечалась задержка стула и газов. После установления диагноза ОСКН в клинике, независимо от ее вида, лечение начинали с попытки консервативных мероприятий, направленных на восстановление проходимости кишечника: очистительных и сифонных клизм 1% раствором натрия хлорида, промывания желудка, проведения дезинтоксикационной терапии, антибиотикотерапии, применения спазмолитиков и прозерина, вставления газоотводной трубки в прямую кишку, массаж передней брюшной стенки живота. Основными критериями эффективности консервативной терапии явились: прекращение рвоты и схваткообразной боли в животе, заметное улучшение общего состояния ребенка, отхождение газов и при контрольной рентгенограмме - исчезновение чашек Клойбера. В результате целенаправленного консервативного лечения нам удалось купировать ОСКН у 70% пациентов. После устранения острых симптомов механической непроходимости продолжали противоспаечное лечение в течение 9-10 дней, в последующем больные были выписаны на амбулаторное лечение. Остальным 30% больным при неэффективности консервативной терапии, где сохранялась клиника ОСКН в течение 2-5 часов, проводилось оперативное лечение с устранением механической кишечной непроходимости с оставлением микроирригатора в брюшной полости для введения стерильного хлопкового масла в количестве по 3-8 мл в течение 3-х дней. В послеоперационном периоде проводилась адекватная инфузионная терапия в течение 5-8 дней, в зависимости от течения спаечного процесса. Одновременно проводили местную и общую противоспаечную терапию (лидаза, электрофорез с контрастубиксом).

В результате рационального лечения ОСКН ранний послеоперационный период протекал без осложнений, все дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии для этапного противоспаечного реабилитационного амбулаторного лечения. Эти больные находились в течение 2-3 лет на диспансерном учёте, получая курс специальной противоспаечной терапии 3 раза в год и лечения фоновых заболеваний, провоцирующих спаечный процесс. Рецидивы наблюдались в двух случаях. Летальных исходов не было.

Таким образом, целенаправленное консервативное и рациональное оперативное лечение ОСКН позволяет избежать тяжелых осложнений и летальных исходов.