

гинат представлен как эхопозитивное образование овальной формы, имеющее характерное слоистое строение - симптом «псевдопочки».

Установлено, что ультразвуковое исследование инвагината позволяет определить дифференцированный подход к его консервативной редукции или оперативному лечению больного. В числе УЗИ признаков инвагината, указывающих на его поздние сроки и возможные опасные осложнения при проведении консервативной дезинвагинации кишечника, следует достоверно назвать появление жидкости в головке инвагината, визуализация увеличенных лимфоузлов в брюшной полости, локализация головки инвагината в левой половине живота. Установлено, что до 12 часов от начала заболевания жидкость в головке инвагината не определяется, увеличения лимфатических узлов брыжейки кишечника не обнаруживается, инвагинат определяется в правой половине живота. Лишь у 25% общего числа детей с инвагинацией в первые 12 часов от начала заболевания обнаруживаются уровни жидкости в кишечнике, характерные для его непроходимости.

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОБЩЕГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА

С.М. Гордеев, А.И. Янец, В.И. Кравченко, А.В. Елисеев, В.К. Цой
Кемеровская государственная медицинская академия, ГKB №5,
Кемерово, Российская Федерация

Спаечный процесс является опасным осложнением, возникающим в различные сроки после оперативного лечения аппендикулярного перитонита. Цель работы: оценить результаты оперативного лечения детей с ранней спаечно-паретической и поздней спаечной кишечной непроходимостью (РСПКН, ПСКН), оперированных по поводу общего аппендикулярного перитонита.

Проанализировано 55 историй болезни детей в возрасте от 1 до 14 лет, с 1997 по 2006 г. Первую группу (31) составили больные, оперированные методом лапаротомии, у 16 из них оставлена лапаростома. Во вторую группу (12) включены случаи перехода с метода лапароскопии на лапаротомию. У 8 конверсия осуществлялась сразу. Из них 5 детей прооперированы из срединного доступа и у 3 оставлена лапаростома. В 4 случаях конверсия была проведена на 2-4 сутки. Третью группу (12) составили больные, оперированные методом лапароскопии. В 3 случаях однократной лапароскопии оказалось достаточно. У 9 пациентов выполнялись запрограммированные релапароскопии. В первой группе синдром кишечной недостаточности (СКН) 2-3 степени был у 22 (71%) больных, из них у 16 он подтвержден визуально. В 2 случаях была выявлена РСПКН, которая ликвидирована при ревизии лапаростомы. Ещё у 2 пациентов на 8 и 13 сутки для ликвидации развившейся кишечной непроходимости выполнялась релапаротомия. Во второй группе СКН 2-3 ст. наблюдался у 9 (75%) больных. В 4 случаях из-за РСПКН и СКН 3 степени проведение лапароскопии не представлялось возможным. Им на 2 - 4 сутки заболевания была выполнена конверсия - наложена лапаростома. В третьей группе СКН 2-3 ст. был также у 75% больных. У 6 больных при повторной лапароскопии обнаружены признаки РСПКН и СКН 2 ст., им проведена щадящая санация брюшной полости с разрушением фибриновых сращений. Все больные выписаны с выздоровлением. Судьба их прослежена в сроки от 1 до 10 лет. ПСКН развилась у 6 пациентов, которые рассматривались в 1 и 2 группах, троим из них удалось купировать ПСКН консервативно, двум была выполнена лапаротомия, в одном случае непроходимость была разрешена при проведении лапароскопии.

Выводы: при РСПКН лапароскопия позволяет своевременно подтвердить диагноз, осуществить разделение фибриновых сращений, восстановить проходимость кишечника и профилактировать дальнейшее развитие спаечного процесса в брюшной полости. Щадящее оперативное лечение общего перитонита методом лапароскопии дает возможность уменьшить вероятность развития поздней спаечной кишечной непроходимости у детей.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С.М. Гордеев, А.И. Янец, В.И. Кравченко, А.В. Елисеев, Б.П. Ревякин, В.К. Цой
Кемеровская государственная медицинская академия, ГKB №5,
Кемерово, Российская Федерация

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН), как ранняя (РСКН), так и поздняя (ПСКН), нередко осложняет течение послеоперационного периода или может развиваться внезапно, спустя много лет после оперативного вмешательства.

Цель исследования – анализ лечения детей с ОСКН. Материалы и методы: с 1998 по 2007гг. находились на лечении 153 ребенка в возрасте от 3-х месяцев до 14 лет. У 37 (24,1%) пациентов ОСКН развилась после аппендектомии из доступа Волковича-Дьяконова. У 116 пациентов в анамнезе была выполнена срединная лапаротомия, из них 39 (25,4%) детей лечились с общим аппендикулярным перитонитом, 17 (11,2%) с осложнением дивертикула Меккеля и не расправленной консервативно инвагинацией. В 23 (15,1%) случаях была закрытая травма органов брюшной полости, 15 (9,8%) детей оперированы в связи с пороками развития ЖКТ в периоде новорожденности и в 22 (14,4%) случаях ранее осуществлялись плановые оперативные вмешательства. РСКН имела место у 32 (21%) пациентов и развилась в сроки от 4 до 30 дня (14,2±2) после оперативного вмешательства. У 121 (79%) больного наблюдалась ПСКН, которая развилась от 1 месяца до 10 лет (36,9±3,7) после первичной операции. Консервативно удалось разрешить ОСКН у 97 (63%) пациентов, при этом в 38 (40%) случаях проводилась паранефральная блокада. 56 (37%) детей были оперированы. Из них в 21 случае имела место РСКН, которая у 14 больных проявилась спаечно-паретической кишечной непроходимостью, осложнившей течение общего аппендикулярного перитонита; в 6 случаях она разрешена путем лапароскопии и в 8- лапаротомией. У 7 пациентов была простая форма РСКН, у 2 из них оперативное лечение включало лапароскопию, 5 выполнена лапаротомия, у 1 пациента вследствие некроза выполнена резекция кишки. 35 детей оперированы с ПСКН, из них 8 методом лапароскопии. 24 проведена лапаротомия, восстановление кишечной проходимости, ещё трем со странгуляционной кишечной

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