

скопление экссудата, некупированные перитониты, воспалительные инфильтраты брюшной полости. Все дети, у которых возникла клиника острой спаечной кишечной непроходимости, госпитализированы на стационарное лечение, ранее прооперированы по поводу осложненных форм острого аппендицита.

На основании полученных результатов лечения острого аппендицита можно достоверно предполагать, что открытые методы лечения сопровождаются более высокой частотой осложнений в виде спаечной кишечной непроходимости. Более травматичны, чем лапароскопические методы. При лапароскопии минимальная площадь повреждения брюшины предотвращает развитие спаек в области послеоперационной раны. Снижение контаминации брюшной полости, десерозации кишечника, локальная санация при местных перитонитах, визуальная ревизия брюшной полости, исключающая наличие патологического очага, полностью предотвращают образование спаек. Таким образом, увеличение объема лапароскопических аппендэктомий осложненных и неосложненных форм острого аппендицита, напрямую снижает количество послеоперационной спаечной кишечной непроходимости. За 5 лет всего выполнено 618 лапароскопических аппендэктомий осложненных и неосложненных форм острого аппендицита, осложнений в виде спаечной кишечной непроходимости после эндоскопических операций не было. Применение лапароскопических аппендэктомий осложненных форм острого аппендицита является новым, эффективным и перспективным методом лечения.

ОПЫТ ДЕЗИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ МЕТОДОМ ГИДРОЭХОКОЛОНОГРАФИИ

М.Ю. Яницкая, Я.С. Голованов

Северный государственный медицинский университет, Архангельская областная детская клиническая больница, Архангельск, Российская Федерация

Виды консервативного лечения инвагинации кишечника (ИК) достаточно разнообразны. В последние годы появились сообщения о гидростатическом расправлении ИК под ультразвуковым (УЗ) контролем. Ультразвуковое исследование толстой кишки с контрастированием ее просвета жидкостью известно уже с начала 1980-х годов. Мы называем метод "гидроэхоколонография" (ГЭК) по аналогии с общепринятыми названиями в зарубежной литературе: hydrocolonic echography, hydrocolonic sonography.

Целью данной работы явилась оценка эффективности дезинвагинации под УЗ контролем методом ГЭК.

Материал и методы. Мы используем ГЭК для исследования толстой кишки с 1994 года, а с 2005 года - для дезинвагинации. Было проанализировано 33 истории болезни детей с ИК, поступивших в Архангельскую областную детскую клиническую больницу с января 2005 по март 2008 года, которым проводилась дезинвагинация под УЗ контролем методом ГЭК. Возраст детей - от 4 до 44 месяцев. Средний возраст - 18,7 месяцев. Мальчиков 26, девочек 7. Давность заболевания: до 12 часов - 15 (45,5%) детей, с 12 до 24 часов - 10 (30,3%), больше 24 часов - 8 (24,2%). Среднее время с момента заболевания до поступления в стационар составило 15,2 часа. Инвагинация во всех случаях была илеоцекальная. Всем детям лечение начинали с дезинвагинации под УЗ контролем методом ГЭК при отсутствии признаков перитонита и тонкокишечной инвагинации, независимо от давности заболевания и возраста ребенка. Дезинвагинация методом ГЭК проводилась под общим обезболиванием.

Результаты. Из 33 детей, которым была предпринята дезинвагинация под УЗ контролем методом ГЭК, расправление инвагината достигнуто у 31 (93,9%). У 2 (6,1%) детей расправить инвагинат под УЗ контролем не удалось, и была проведена лапароскопическая дезинвагинация. В одном случае через сутки после расправления инвагинации под УЗ контролем произошел рецидив, инвагинат был расправлен лапароскопически. Длительность процедуры от 10 до 40 минут. Осложнений после дезинвагинации под УЗ контролем не было. Через 1 час после наркоза детей начинали поить, через несколько часов - кормить.

Заключение. Метод дезинвагинации кишечника у детей под УЗ контролем методом ГЭК эффективен, неинвазивен, безвреден, технически прост. Расправление инвагината под контролем ультразвука методом ГЭК можно провести в любом помещении, где возможно дать наркоз, используя при этом переносной аппарат УЗИ.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЯХ

О.Б. Адаменко

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, Новокузнецк, Российская Федерация

Цель. Поиск единого алгоритма обследования и ведения детей с обструкцией мочеточника.

Высокая эффективность пренатального УЗ скрининга пороков развития мочевыделительной системы порождает множество вопросов о последующем ведении этих пациентов после рождения: о сроках, объеме, частоте диагностических мероприятий и характере лечения. При выявлении нарушений уродинамики в пренатальном периоде «пациент-плод» должен быть консультирован детским урологом с определением дальнейшей тактики ведения беременности и сроков полного урологического обследования после рождения.

Обследовано 1397 детей в возрасте от 1,5 мес. до 17 лет с врожденной обструкцией: гидронефроз - у 460 (32,9%) детей, уретерогидронефроз - у 937 (67,1%). Для определения объема обследования и выбора адекватного метода лечения, начинали с УЗИ. Расширение дренажной системы почки являлось следствием обструкции мочеточника. Измеряли длину, ширину почек, величину поперечного сечения лоханки, для уточнения уровня препятствия осматривали верхнюю и нижнюю треть мочеточника при максимальном наполнении мочевого пузыря, фиксировали толщину паренхимы. При нормальной возрастной толщине паренхимы далее выполняли диуретическую сонографию, которой дифференцировали функциональные нарушения уродинамики от органических и выявляли уровень обструкции. При отсутствии органической обструкции, которая обязательно диагностиро-