ной перистальтики, гипертонические клизмы, – позволил отказаться от оперативного лечения у 10 (23,8%) пациентов. У 32 (76%) пациентов ОСКН ликвидирована хирургическим путем, в 2 случаях (6,2%) был резецирован кишечник и созданы анастомозы, одному ребенку странгуляционный тяж был рассечен лапароскопически. Летальных исходов не имелось.

Необходимо отметить, что частота ОСКН за период 2004-2008 г. снизилась по сравнению с 1999-2003 г. в 0,69 раз, что связано с активными профилактическими мероприятиями: использование современного шовного материала, запрещение использования талькованных перчаток, отказ от осушения марлевыми тампонами, применение электроотсоса при санации брюшной полости; проведение комплексного лечения, направленного на нормализацию функции кишечника; раннее вставание, стимуляция кишечной перистальтики, гипертонические клизмы, проведение противоспаечной терапии всем пациентам после разлитого перитонита: купренил по схеме, физиотерапевтические курсы с коллализином, контрактубексом.

Таким образом, основным методом лечения ОСКН остается хирургический. Принятая в клинике тактика профилактики спаечной болезни позволяет значительно снизить риск ее развития.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

А.А. Юсуфов, Г.Н. Румянцева, В.Н. Карташев
Тверская государственная медицинская академия,
Тверь, Российская Федерация

Инвагинация кишечника наблюдается преимущественно у детей грудного возраста (90%), чаще - у мальчиков (80-85%) в возрасте 3 - 9 мес. и составляет до 50% всех случаев острой кишечной непроходимости. Частота инвагинации кишечника колеблется от 1,5 до 4 случаев на 1000 новорожденных.

Цель работы: определить возможности ультразвукового сканирования в диагностике инвагинации кишечника. Ежегодно в хирургическое отделение ДОКБ госпитализируется до 10 детей с инвагинацией кишечника. С появлением современной ультразвуковой аппаратуры с высокоразрешающими датчиками важную роль в диагностике инвагинации кишечника отводим эхографическим методам. Ультразвуковое исследование проводим на аппаратах PHILIPS HD 11 и PHILIPS iu 22 с использованием конвексного датчика с частотой 3,5 МГц и линейного датчика с частотой 7,5 МГц и более. Обследование начинается с оценки паренхиматозных органов, затем проводится полипозиционное сканирование брюшной полости для поиска инвагината. При ультразвуковом исследовании инвагинат в поперечном сечении визуализируется как эхоразнородное образование овальной или округлой формы, состоящее из чередующихся концентрических гипер- и гипозоногенных участков, соответствующих количеству вовлеченных кишечных цилиндров. В литературе данная эхосемиотика описывается как симптом «мишени» или же симптом «псевдопочки» (при сканировании инвагината в продольном сечении). Помимо вышеперечисленных ультразвуковых симптомов мы выявили и косвенные эхографические признаки инвагинации кишечника: отсутствие перистальтики кишечника по ходу инвагината, в режиме цветного доплеровского картирования в проекции инвагината сосудистый рисунок имеет циркулярный ход; на поздних стадиях заболевания возможно визуализировать свободную жидкость в брюшной полости, расширенные петли кишечника выше инвагината и их маятникообразную перистальтику.

Таким образом, ультразвуковое исследование является высокоинформативным, неинвазивным и безопасным методом диагностики инвагинации кишечника, в том числе тонко-тонкокишечной. Этот метод позволяет контролировать эффективность консервативного расправления инвагината.

ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

А.В. Абахин
Саратовский государственный медицинский университет,
Саратов, Российская Федерация

Актуальность проблемы обусловлена тяжестью течения спаечной кишечной непроходимости (СКН), сложностью диагностики и лечения.

Проведен анализ историй болезни 47 детей со СКН в период с 1999 по 2008 год, возраст - от одного месяца до 16 лет. Из них 29 (61,7%) мальчиков и 18 (42,3%) девочек. Ранняя форма отмечена в 13 (24,5%) случаях, поздняя – в 40 (75,5%). Клиника включала: боль в животе (79,2%), рвоту (73,6%), субфебрильную лихорадку (18,7%).

Возникновению СКН предшествовала аппендэктомия (29), спленэктомия (4), ручная дезинвагинация (2), операция Ледда (2), резекция кишки по поводу инвагинации кишечника (2).

Во всех случаях лечение начинали с консервативных мероприятий. В 31 (58,5%) случае СКН была купирована. Эффективность консервативной терапии при ранней форме СКН составила 38,5%, при поздней – 65%.

В 22 (41,5%) случаях консервативное лечение было безуспешным – дети оперированы. В 18 (81,8%) случаях выполняли адгезиолизис. В двух случаях потребовалась резекция кишки с наложением анастомоза, у одного - ушивание перфорации кишки и дренирование брюшной полости. В 4 (18,2%) случаях выполняли лапароскопический адгезиолизис. Локальный спаечный процесс выявлен у 10; локальный спаечный процесс в сочетании с отдельными спайками в других областях – у 7; спаечный процесс, занимающий 1/3 брюшной полости – у троих; диффузный спаечный процесс – у двоих. В послеоперационном периоде всем больным проводились антибактериальная терапия, коррекция водно-электролитных нарушений, стимуляция моторики кишечника, физиотерапевтические процедуры. С 2004 года в клинике проводится противоспаечная терапия по методу А.К. Коновалова (НИИ педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологий).

Таким образом, чаще СКН развивалась после аппендэктомии. Консервативная терапия при ранней форме СКН была эффективна в 38,5% случаев, при поздней – в 65%. На операции чаще регистрировали локальный спаечный процесс.