

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-

гинат представлен как экзопозитивное 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, ГКБ №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, ГКБ №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