

увеличения, локальное выделение пиелoureтерального сегмента, возможности прецизионного наложения швов, достаточное рабочее пространство для выполнения пиелoureтероанастомоза, хороший косметический эффект, короткий послеоперационный период и быстрое восстановление физической активности, а также получение отличных результатов лечения. Лапароскопическая пиелопластика может являться операцией выбора у пациентов с обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Катько В. А.¹, Дегтяров Ю. Г.,¹ Севковский И. А.².

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Инвагинация кишечника – один из наиболее частых видов механической кишечной непроходимости у детей, чаще возникающий в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. Причина заболевания во многих случаях неизвестна. В 94% случаев заболевание носит идиопатический характер, в 3,5% случаев оно обусловлено интестинальными причинами и в 2,5% случаев – экстраинтестинальными факторами. Число оперативных вмешательств по поводу инвагинации колеблется от 15 до 85,3%.

Цель: провести оценку результатов лечения инвагинации кишечника разными методами.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 1965 пациентов с инвагинацией кишечника, которые находились на стационарном лечении в Детском хирургическом центре 1 ГКБ г. Минска (с 2015 г. ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии») за период с 1970 по 2017 гг.

Результаты и обсуждение. С 1970 по 2001 г. в клинику поступил 1051 пациент с диагнозом инвагинация кишечника. У 830 (78,9%) инвагинат расправлен с помощью гидростатической ирригоскопии бариевой взвесью, операции произведены у 221

(21,1%). Выздоровели 1030 (98,0%) детей, умерли – 21 (2,0%). При гидростатической ирригоскопии бариевой взвесью нужно учитывать возможность перфорации толстой кишки (до 0,5%), рецидивов (4,5%), неполного расправления (от 10 до 40%) в зависимости от опыта рентгенолога, лучевую нагрузку.

С 2002 по 2017 г. в клинике находилось на лечении 914 пациентов: в возрасте от 0 до 12 месяцев – 374 (40,9%), от года до 3 лет – 436 (47,7%) и старше 3 лет – 104 (11,4%) детей. Необходимо отметить, что не подлежали дезинвагинации тонко-тонкокишечная и тонко-тонкотолстокишечная инвагинации. Связано это с тем, что давление на головку инвагината можно осуществлять только в толстой кишке. Большинство пациентов (67,5%) поступили в клинику до 12 ч от начала заболевания. Консервативная дезинвагинация физиологическим раствором под сонографическим контролем была успешно проведена у 831 (90,9%) пациента, не увенчалась успехом только у 83 (9,1%). Оперативное лечение применено у всех 83 пациентов: лапаротомия, расправление инвагината кишечника по Гутчинсону – у 35, лапароскопия, дезинвагинация – у 27; дезинвагинация, резекция дивертикула Меккеля – у 6; дезинвагинация и ушивание разрыва поперечно-ободочной кишки – у 1; удаление кистозного образования слепой кишки и тонкой кишки – у 3; резекция некротически измененной петли тонкой кишки, формирование илеостомы – у 3; резекция некротически измененного участка подвздошной кишки с анастомозом «конец в конец» – у 8 пациентов.

Консервативное лечение было неэффективным в случаях тонко-тонкокишечной инвагинации, подвздошно-подвздошно-ободочной инвагинации, утолщения брыжейки подвздошной кишки увеличенными лимфоузлами в инвагинате и позднего поступления (более 2 суток от начала заболевания), опухолей илеоцекального угла, дивертикула Меккеля. Показанием к лапаротомии являлась нерасправленная инвагинация солевым раствором под давлением 90 мм рт. ст. В следующих случаях: а) длительность заболевания более 48 ч; б) инвагинат расположен в нисходящей ободочной кишке; в) состояние шока у пациента; г) возраст ребёнка меньше трёх месяцев: давление в толстой

кишке не должно превышать 80 мм рт. ст. Более высокое давление использовали О.С. Soon et al. (1994) – 90-110 мм рт. ст. и достигли 80,9% расправлений.

При анализе результатов отмечено повышение эффективности консервативных дезинвагинаций по методу использования физиологического раствора под сонографическим контролем: 90,9% по сравнению с 78,9% ранее применяемых бариевыми клизмами (ОШ – 2,93; 95% ДИ 2,24-3,84). Преимуществом было то, что дети не подвергались рентгенологическому облучению и опасности смертельного бариевого перитонита в случае разрыва патологически измененного участка кишки в инвагinate. Отмечено, что применение поперечных разрезов по сравнению со срединной лапаротомией позволило избежать множественных осложнений (расхождение швов, эвентрация, множественные кишечные свищи, перитонит, спаечная непроходимость и др.). Наблюдалось одно осложнение (разрыв восходящей ободочной кишки в инвагinate) через 3 суток от начала заболевания (лапаротомия, ушивание разрыва), отсутствовала летальность, что свидетельствует о прогрессе в лечении этого тяжёлого заболевания.

Выводы:

1. Метод консервативного лечения гидростатической солевой клизмой под сонографическим контролем эффективен в 90,9% случаев, безвреден для ребенка.

2. Оперативное лечение следует проводить поперечной лапаротомией или лапароскопически, благодаря чему предупреждают послеоперационные осложнения. При некрозе инвагината и перитоните показана резекция некротизированной кишечной петли и илеостомия; при отсутствии перитонита – анастомоз «конец в конец».