

конференции с международным участием, посвященной 30-летию кафедры детской хирургии /отв. ред. В. И. Ковальчук. – Гродно : ГрГМУ, 2015. С 277-278.

ГИДРОСТАТИЧЕСКАЯ ДЕЗИНВАГИНАЦИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЁННОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ковальчук В. И., Басалыга Е. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. «Золотым стандартом» консервативного лечения инвагинации кишечника в настоящее время является гидростатическая дезинвагинация под контролем УЗИ. Метод впервые описан в 1982 году Y.O.Kim [2]. Однако даже при высокой эффективности консервативного лечения в ряде случаев необходимо хирургическое лечение. Число оперативных вмешательств по поводу инвагинации колеблется от 15% до 85,3% [1].

Цель. Изучить результаты использования гидростатической дезинвагинации под контролем УЗИ в лечении инвагинации кишечника у детей по материалам нашей клиники.

Методы исследования. В клинике детской хирургии ГрГМУ за период 2014-2022 гг. находилось на лечении 55 пациентов с инвагинацией кишечника. Из них в возрасте до 1 года – 21 (38%), 1-3 года – 24 (44%), 4-5 лет – 8 (15%), 6 лет и старше – 2 (4%). Соотношение мальчиков и девочек составило: мальчики – 39 (71%), девочки – 16 (29%).

Результаты и их обсуждение. Пациентам проводилось консервативное – 28 детей (51%) и оперативное – 27 детей (49%) лечение. При этом оперативное лечение можно разделить на 3 группы:

1. Лапароскопическая дезинвагинация – 21 ребёнок (77,7%);
2. Лапароскопия с конверсией в лапаротомию – 4 ребёнка (14,8%);
3. Лапаротомическая дезинвагинация – 2 ребёнка – (7,5%).

Основанием для хирургического лечения послужило: подозрение на аппендицит – 7 детей (25,9%), положительные перитонеальные симптомы – 5 пациентов (18,5%), рецидив инвагинации – 1 ребенок (3,7%), у остальных пациентов – длительность заболевания составляла более 24 часов.

Консервативный метод. Успешная дезинвагинация была выполнена 18 детям (64,3%), потребовалась операция – 10 детям (35,7%). При этом применялось 2 метода консервативного лечения: ирригоскопия под рентген контролем – 8 детей (28,5%) и гидростатическая дезинвагинация под контролем УЗИ – 20 детей (71,5%).

Успешность метода ирригоскопии бариевой взвесью составила 50% (4 ребёнка), а гидростатической дезинвагинации под контролем УЗИ – 70% (14 детей). Среднее количество койко-дней составило 11 дней.

Выводы.

- Успешное консервативное лечение осуществлено у 18 пациентов (64,3%).
- Из хирургических методов лечения выполнялась преимущественно лапароскопическая дезинвагинация (77,7%).
- Гидростатическая дезинвагинация под контролем УЗИ является наиболее эффективным методом консервативного лечения неосложнённой кишечной инвагинации у детей (70%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев, М. К. Особенности инвагинации кишечника у детей старше одного года / М. К.Беляев // Хирургия.-2003.-№4.-С.47-50.
2. Дмитриев, Ю. В. Оперативное лечение инвагинации кишечника у детей / Ю. В. Дмитриев, С. В. Шайдулин, Л.В.Некрашевич // Актуальные вопросы детской хирургии: сборник материалов VII Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию кафедры детской хирургии (отв. ред. В. И.Ковальчук). - Гродно: ГрГМУ, 2015. - С.116-117.

ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Колоцей В. Н.¹, Страпко В. П.², Якимович Д. Ф.², Жук С. А.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

²*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно*

Актуальность. Абсцессы брюшной полости – это ограниченные скопления гноя в тех или иных отделах ее, окруженные пиогенной оболочкой, капсулой. По классификации В.Д. Федорова, их следует отнести к местному ограниченному перитониту. Суть его сводится к тому, что гнойный экссудат, чаще всего в области патологического очага и оперативного вмешательства, ограничивается от брюшной полости. Наиболее часто абсцессы брюшной полости возникают после аппендэктомии, и особенно после деструктивных форм аппендицита. Антибиотикотерапия при абсцессах малоэффективна ввиду наличия пиогенной оболочки, что препятствует проникновению антибиотиков в полость гнойника, поэтому оперативное лечение является адекватным методом лечения. Абсцессы брюшной полости – это ограниченные скопления гноя в тех или иных отделах ее, окруженные пиогенной оболочкой, капсулой. По классификации В.Д. Федорова, их следует отнести к местному ограниченному перитониту. Суть его сводится к тому, что гнойный экссудат, чаще всего в области патологического очага и оперативного вмешательства, ограничивается от брюшной полости. Наиболее часто абсцессы брюшной полости возникают после аппендэктомии, и особенно после деструктивных форм аппендицита. Антибиотикотерапия при абсцессах малоэффективна ввиду наличия пиогенной оболочки, что препятствует