

700x10<sup>9</sup>/л с первых суток после операции. К 5-10 суткам постепенно уровень тромбоцитов нормализовался. Специального лечения по поводу тромбоцитоза не требовалось. Значимых изменений в коагулограмме не отмечалось. Преимущества лапароскопической спленэктомии – комфортное течение послеоперационного периода, отсутствие выраженного болевого синдрома, ранняя активизация пациентов, раннее восстановление перистальтики кишечника. Перевод в гематологическое отделение осуществляли не ранее 7-10 суток, т. е. после прогнозируемых сроков организации тромбов в сосудах удалённой селезёнки, при достаточной уверенности в отсутствии возможного послеоперационного кровотечения.

При изучении отдаленных результатов терапии наследственных гемолитических анемий и хронической тромбоцитопенической пурпуры с использованием лапароскопической спленэктомии установлено, что в последующем такие пациенты нуждаются только в динамическом наблюдении детского гематолога амбулаторно и по гематологическому статусу стационарная помощь им не требуется.

**Выводы.** Лапароскопическая спленэктомия является операцией выбора при плановом удалении селезенки в специализированных детских хирургических отделениях, оснащенных современным лапароскопическим оборудованием и при наличии специалистов, имеющих достаточный опыт проведения лапароскопических операций.

#### Литература:

1. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова.- М.: ГЭОТАР – МЕД, 2002 - 440 с.
2. Пучков К. В., Приступа А. С., Князев О. В., Осипов В. В., Родиченко Д. С. Лапароскопическая спленэктомия: методические рекомендации - Рязань: РязГМУ, 2002.- 39 с.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

**Дмитриев Ю.В., Шайдулин С.В., Некрашевич Л.В.**

*Гомельская областная клиническая больница, Гомель*

**Введение.** Инвагинация кишечника является одним из наиболее частых видов кишечной непроходимости у детей. Возникает преимущественно в грудном возрасте (85–90%), чаще от 4 до 9 месяцев. Мальчики болеют в 2 раза чаще, чем девочки. Согласно данным литературы, специфической причины инвагинации кишечника у детей не существует. В 94% случаев заболевание носит идиопатический характер. И только в 6% случаев удается установить

причину (мезаденит, объемные образования брюшной полости, нарушение фиксации кишечника, дивертикул Меккеля и т.д.).

«Золотым стандартом» консервативного лечения инвагинации кишечника в настоящее время является гидростатическая дезинвагинация под УЗИ-контролем. При данном методе риск перфорации кишки значительно ниже, чем при дезинвагинации газом, а контроль с помощью УЗИ исключает рентгеновское облучение ребенка. Методика гидростатической дезинвагинации под УЗИ-контролем впервые описана в 1982 году (Y.G. Kim). В нашей клинике данный метод используется с 1997 года.

Но даже при высокой эффективности консервативного лечения (76–95%) в ряде случаев необходимо оперативное вмешательство. Анализ таких клинических случаев и представлен в данной работе.

**Цель работы** – анализ результатов оперативного лечения кишечной инвагинации.

**Материалы и методы исследования.** Нами выполнен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с инвагинацией кишечника, которым потребовалось оперативное лечение за 2009 – 1 квартал 2015 гг.

**Результаты и их обсуждение.** За период 2009 – 1 квартал 2015 гг. в ДХО пролечены 139 пациентов с инвагинацией кишечника. В 126 случаях (90,6%) инвагинат расправился при гидростатической дезинвагинации под УЗИ-контролем. В 13 случаях потребовалось оперативное вмешательство. У 4 пациентов показанием к оперативному лечению было отсутствие положительного результата от консервативного лечения (от 1 до 3 попыток гидростатической дезинвагинации). У 4 пациентов было противопоказано консервативное лечение (длительность заболевания от 2 до 4 суток). В 1 случае показанием к оперативному вмешательству (диагностической лапароскопии) была рецидивирующая инвагинация кишечника. У 2 пациентов дооперационно предполагался дивертикул Меккеля, у 1 пациента диагностирована тонко-тонкокишечная инвагинация, в 1 случае инвагинат является интраоперационной находкой (отсутствие типичной клиники, ребенок взят в операционную с диагнозом острый аппендицит).

Возраст пациентов от 4 месяцев до 14 лет, медиана 5 лет 2 мес. Из них 4 девочки и 9 мальчиков, соотношение 1:2,25. Длительность заболевания составляла от 1 часа до 12 дней, медиана 2,5 суток.

В 7 случаях выполнялась диагностическая лапароскопия с дальнейшей конверсией в лапаротомию. У 4 пациентов выполнялась лапаротомия без предварительной видеолапароскопии. В 1 случае удалось лапароскопически расправить инвагинат путем легкой тракции. У 1 пациента с рецидивирующей инвагинацией (2 случая за год) диагностическая лапароскопия выполнялась после успешной консервативной дезинвагинации, взята биопсия лимфоузла брыжейки. В дальнейшем этому ребенку по результатам патогистологического анализа, иммуногистохимического анализа препарата, консультации онкологом выставлен диагноз лимфоаденопатия. У 4 пациентов выполнена оперативная дезинвагинация. В 7 случа-

ях проведена резекция инвагината кишечника с наложением анастомоза «конец в конец».

У 4 детей причиной инвагинации кишечника являлся дивертикул Меккеля, в 3 случаях опухоль подвздошной кишки, в 2 случаях врожденное нарушение фиксации кишечника, в 2 случаях мезаденит, в 1 случае органической патологии не выявлено. У 1 пациента в макропрепарате (резецированный участок подвздошной кишки с инвагинатом) в головке инвагината в просвете кишки на слизистой выявлено образование на широком основании. Но в связи с некрозом тканей верифицировать образование не удалось. В дальнейшем ребенок консультирован онкологом, выполнялся забор крови на альфа-фетопротеин. Онкозаболевания не выявлено.

10 пациентов выписаны домой с выздоровлением. Средняя продолжительность лечения 12 дней. 3 детей с диагностированной опухолью кишки на 8–14 сутки были переведены в РНПЦ ДОГиИ для дальнейшего дообследования и лечения.

**Выводы.** Консервативное лечение инвагинации кишечника эффективно в подавляющем большинстве случаев (90,6%).

При безуспешности гидростатической дезинвагинации имеет место органическая причина (дивертикул Меккеля, новообразования брюшной полости и т. д), требующая оперативного лечения.

#### Литература:

1. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия: национальное руководство. Москва, 2009г.
2. Катько В.А. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей. Минск, 2010г.

## **ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ, ПО ДАННЫМ ДХО ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

**Дмитриев Ю.В., Шайдулин С.В., Баровский А.Н.,  
Ачинович Н.В.**

*Гомельская областная клиническая больница, Гомель*

**Цель** исследования – представить наш опыт диагностики и лечения дивертикула Меккеля у детей по данным ДХО ГОКБ.

**Материал и методы исследования.** По данным ДХО, за 2004-2014 гг. пролечены 54 ребенка по поводу дивертикула Меккеля. Мальчиков 31, девочек 23. Возраст от 6 дней до 15 лет.