Литература:

1. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. – М.: ГОЭТАР–Мед, В 2–х томах. 2004; Т.1; 341 с.
2. Подкаменев В.В. Новая концепция патогенеза инвагинации кишок у детей. Детская хирургия. 2011; 1: 45–47.
3. Подкаменев В.В., Урусов В.А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей. – Иркутск: Изд–во Иркут. ун–та, 1986; 57 с.
4. Яницкая М.Ю., Голованов Я.С. Распирвление инвагинации кишечника у детей методом гидроэхоколоноскопии. Детская хирургия. 2013; 1: 28–30.
5. Lee H.C., Yeh H.J., Leu Y J. Intussusception: the sonographic diagnosis and its clinical value. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1989; Apr; 8(3): 343–347.

АТИПИЧНОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Русак П.С., Рыбальченко В.Ф., Стахов В.В., Шевчук Д.В.

*Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика, Киев*

Житомирская областная детская клиническая больница, Житомир

Введение. Многообразие клинических проявлений инвагинации кишечника (ИК), а иногда и ее атипичное течение приводят к высокому проценту диагностических ошибок. Поэтому вопросы диагностики и лечения ИК у детей всех возрастных групп до сих пор остаются одними из самых актуальных в детской хирургии.

Цель – исследование типичности клиники инвагинации кишечника у детей.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на основании ретроспективного анализа лечения 170 пациентов с инвагинацией в хирургическом отделении Житомирской областной детской клинической больницы за десятилетний период времени. Возраст пациентов колебался от 3-х месяцев до 8 лет. Основную группу составляли дети в возрасте до 12 месяцев – 121 (71,18%), дети после года – 49 (28,82%). Среди больных было: мальчиков – 101 (59,41%), девочек – 69 (40,59%). До 12 часов после начала заболевания госпитализированы 49 (28,82%) пациентов, с 12 до 24 часов – 68 (40,0%). 43 (25,29%) пациента обратились за медицинской помощью в период 24–48 часов после появления первых симптомов. 10 (5,89%) пациентов госпитализированы с длительностью заболевания более 48 часов.

Пациентам с подозрением на инвагинацию кишечника проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Однако отсутствие четких эхографических симптомов отмечено в 37 (21,76%) случаях.

Результаты и их обсуждение. После проверки развития клинической симптоматики и установленной из анамнеза длительности заболевания обнаружено, что они не всегда соответствуют между собой. Это может свидетельствовать в ряде случаев о бессимптомном начале заболевания, или несоответствии между реальной длительностью заболевания и указанной родителями в анамнезе. Также выявлено, что атипичность клинической картины инвагинации встречается в 15–35% (без одного из симптомов) исследованных случаев, что может быть обусловлено особенностями этиологии (анатомическая или функциональная причина), патогенеза (преобладание явлений обтурации или странгуляции кишки), локализацией или обширностью процесса. Это приводит к усложнению диагностики данного заболевания и неадекватной трактовке степени патологических изменений.

О сложности диагностики в 10% случаев свидетельствует применение таких методов обследования, как УЗИ, рентгенологического и диагностической лапароскопии. Последняя позволяет не только выявить данную патологию, но и расправить инвагинат с помощью манипуляторов под визуальным контролем, а также определить возможную причину внедрения.

Показаниями к лапароскопии были: невозможность установления диагноза после проведения консервативных методов обследования, неэффективность консервативной дезинвагинации, определение причины инвагинации у детей старшего возраста.

Выводы. Атипичность клиники инвагинации кишечника в 35% случаев вызывает необходимость разработки и внедрения в работу новых совершенных и достоверных методов ее диагностики. Применение ультразвуковой доплерографии в оценке кровотока в сосудах петель кишечника в комплексе с лапароскопией позволяет не только дифференцировать инвагинацию кишечника от других патологий, но и определять степень гемодинамических нарушений в стенках пораженной кишки, выявлять возможную причину внедрения, расправлять инвагинат, а в сложных случаях в послеоперационном периоде проводить визуальный контроль состояния кишечника.

Литература:

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия. / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. – СПб, 1997. – 385 с.
2. Беляев М. К. Лечебная тактика при инвагинации кишок у детей в поздние сроки госпитализации / М. К. Беляев, К. К. Федоров // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – № 2. – С. 72–77.
3. Катько В.А. Диагностика и лечение инвагинации у детей. Минск, 2006 г., 116 с.
4. Лапароскопия в лечении инвагинации кишок у детей / А.Ф. Дронов и др. // Хирургия – Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2003. – № 11. – С. 28–32.

5. Montes P., Soto G., Codoceo A. et al. Medical–surgical experience of intestinal intussusception. Experience of a university institution // Rev. Med. Chil. 2000 Mar.; 128 (3). P. 309–314.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Русак П.С., Рыбальченко В.Ф., Стахов В.В.

*НМАПО имени П.Л. Шупика, г.Киев, Украина
Житомирская областная детская клиническая больница,
г. Житомир, Украина*

Введение. Инвагинация кишечника (ИК) – это один из частых видов смешанной непроходимости кишечника (ВНК) первого года жизни ребенка которая составляет до 70–80% среди приобретенной кишечной непроходимости. За последние годы изменилась тактика диагностики с использованием ультразвукового и доплерографического исследования (Гуйван Г.И., Потеня И.В. 2002), и лечебной тактики сквозного продувания кишечника по методике Гриценко М.И. (1989, 2005). Обычно до 85% случаев причиной ИК является идиопатическая, остальных 15% случаев вызвано различными заболеваниями и пороками развития, вызывают блокирование кишечника. В большинстве случаев ИК удается ликвидировать в течение первых 24 часов

Цель работы: повышение эффективности диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей путем применения методов доплерографии и лапароскопии.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось исходя из анализа лечения 170 пациентов с инвагинацией кишечника в клиниках детской хирургии. Возраст пациентов колебался от 3-х месяцев до 8 лет. Основную группу составили дети в возрасте до 12 месяцев – 121 (71,2%), дети после года – 49 (28,8%). Среди больных было: мальчиков – 101 (59,4%), девочек – 69 (40,6%).

Для диагностики применялось ультразвуковое исследование у 149 (81,8%) пациентов, в сочетании с доплерографией – у 68 (40%) пациентов. В сложных ситуациях при невозможности верифицировать диагноз дополнительно использовались: рентгенография – в 31 (18,2%) случае, лапароскопия – в 16 (9,4%) случаях. Пациенты с ИК разделены на группы в соответствии со стадиями течения болезни.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от времени госпитализации, а также общего состояния и состояния кровотоку пациенты разделены на 4 группы. I группа пациентов госпитализирована до 12 часов от начала заболевания и констатирована у 98 (57,64%) чел. При ультразвуково-