

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-

вом исследовании (УЗИ) инвагината и кровотока внешнего и внутреннего цилиндра толщины цилиндра составляли $5,9 \pm 0,8$ мм. Кровоток в стенках инвагината сохранен у всех больных. Вторую группу составили 45 (26,47%) пациентов, которые были госпитализированы по времени от начала болезни с 12.00 до 24.00 часов с клиникой инвагинации кишечника, а толщина цилиндров при УЗИ составила до $7,7 \pm 1,7$ мм. В этой группе кровоток сохранен был у 36 пациентов. Третья группа состояла из 26 (15,29%) пациентов, госпитализированных на вторые сутки (24–48 часов) от начала заболевания, а проведенное УЗИ исследование показало нечеткость контуров кишки, ее отечность и толщину цилиндров до $8,3 \pm 1,9$ мм, – кровоток в стенке кишки отсутствовал. В IV группу включен 1 (0,6%) ребенок который был госпитализирован с признаками полиорганной недостаточности с некрозом кишки и нечеткими цилиндрами при УЗИ и толщиной стенки цилиндра $10,4 \pm 2,3$ мм – кровоток отсутствовал. Из 170 пациентов у 112 (65,88%) проведено расправление инвагината с помощью ретроградной пневмоколонопресии, в 58 (34,12%) случаях выполнены оперативные вмешательства. Лапароскопическая дезинвагинация проведена у 20 (11,76%) пациентов, а лапаротомная – у 38 (22,36%) пациентов. В связи с техническими трудностями лапароскопической дезинвагинации у 4 (2,35%) пациентов произведена конверсия. Резекции участка тонкой кишки произведены у 12 (7,05%) пациентов, с них у 3 (1,76%) дивертикула Меккеля. Релапароскопия проведена у 8 (4,70%) пациентов – кишечник жизнеспособен.

Выводы. В диагностике инвагинации кишечника особое место должно отводиться анамнезу болезни и совокупности лучевых методов обследования с определением состояния кровотока в ущемленном участке кишки. Применение лапароскопии позволяет как диагностировать, так и лечить инвагинацию, выявлять возможную ее причину, а в сложных случаях в послеоперационном периоде проводить визуальный контроль состояния кишечника (релапароскопия).

Литература:

1. Аверин, В.И. Срыгивание и рвота у детей первого года жизни: учеб.–метод. пособие / В.И.Аверин. – Минск: БГМУ, 2004. – 26 с.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т. М. Детская хирургия. СПб., 1997. – Т.1–3.
3. Катько В.А., Шакья Ш.Ч., Гриневич Ю.М. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей: учеб.–метод. пособие / В.А.Катько, Ш.Ч. Шакья, Ю.М.риневич. – Мн.: БГМУ, 2004. – 20 с.
4. Ковальчук В.И. Детская хирургия: учеб. Пособие. / В.И. Ковальчук. – Гродно: ГрГМУ, 2005. – 310 с.: ил.
5. Сушко В. І. та співав. Хірургія дитячого віку. Київ «Здоров'я», 2009. –740.