

41. Lisak R. // Surgery of thymus / Ed. J. C. Givel. – Berlin: Springer Verlag, 1990. – P. 165–181.
42. Meyers B. F., Cooper J. D. // Chest Surg. Clin. N. Am. – 2001. – Vol. 11, N 2. – P. 363–368.
43. Milgrom F., Wetebsky E. // J.A.M.A. – 1962. – Vol. 181, N 8. – P. 706–716.
44. Ohta M., Hirabayashi H., Okumura M. et al. // Ann. Thorac. Surg. – 2003. – Vol. 76, N 4. – P. 1310–1311.
45. Monden Y., Nakahara K., Nanjo S. et al. // Cancer. – 1984. – Vol. 54, N 11. – P. 2513–2518.
46. Oosterhuis H.J.G.H. Myasthenia gravis. – New York, 1984.
47. Parikh K., Vaidya A., Jain R. // Pediatr. Surg. Int. – 2011. – Vol. 27. – P. 595–598.
48. Popescu I., Tomulescu Y., Ion V., Tulbure D. // Surg. Endosc. – 2002. – Vol. 16, N 4. – P. 679–684.
49. Romi F., Gilhus N. E., Aarli J. A. // Acta Neurol. Scand. – 2005. – Vol. 111, N 2. – P. 134–141.
50. Savcenko M., Wendt K. G., Prince S. L., Mack J. M. // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2002. – Vol. 22. – P. 978–983.
51. Schulze W., Laczkovics A., Riehl J., Sindern E. // Chirurg. – 1998. – Vol. 69, N 12. – P. 1345–1351.
52. Segquier-Lipszyc E., Bonnard A., Evrard P. et al. // Surg. Endosc. – 2005. – Vol. 19. – P. 140–142.
53. Slater G., Papatestas A. E., Kornfeld P., Genkins G. // Am. J. Surg. – 1982. – Vol. 144, N 2. – P. 254–256.
54. Strauss A. J. L., Kemp P. G. // J. Immunol. – 1967. – Vol. 99. – P. 945–953.
55. Toker A., Eroglu O., Ziyade S. et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2005. – Vol. 53, N 2. – P. 110–113.
56. Tsunetzuka Y., Oda M., Matsumoto I. et al. // World J. Surg. – 2004. – Vol. 28, N 10. – P. 962–965; discussion. – P. 965–966.
57. Twomey J. J., Lewis V. M., Patten B. M. et al. // Am. J. Med. – 1979. – Vol. 66, N 4. – P. 639–643.
58. Tzartos S. J., Seybold M. E., Lindstrom J. M. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 1982. – Vol. 79, N 1. – P. 188–192.
59. Venuta F., Rendina E. A., De Giacomo T. et al. // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 1999. – Vol. 15, N 5. – P. 621–624.
60. Vincent A. // Brain Behav. Immun. – 1988. – Vol. 2, N 4. – P. 346–351.
61. Vincent A., Beeson D., Lang B. // Eur. J. Biochem. – 2000. – Vol. 267. – P. 6717–6728.
62. Wekerle H. // Ann. N. Y. Acad. Sci. – 1993. – Vol. 681. – P. 47–55.
63. Wright C. D., Kessler K. A. // Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2005. – Vol. 17, N 1. – P. 20–26.
64. Yim A. P. // Surg. Endosc. – 1995. – Vol. 9, N 11. – P. 1184–1188.
65. Yim A. P., Kay R. L., Izzat M. B., Ng S. K. // Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1999. – Vol. 11, N 1. – P. 65–73.
66. Yim A. P., Kay R. L., Ho J. K. // Chest. – 1995. – Vol. 108, N 5. – P. 1440–1443.
67. Yim A., Low J. M., Ng K. et al. // J. Pediatr. Child Health. – 1995. – Vol. 31. – P. 192–196.
68. Zahid I., Sharif S., Routledge T., Scarci M. // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. – 2011. – Vol. 12. – P. 40–46.

Поступила 14.05.12

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.34-007.44-053.31-089

А. М. Шамсиев, Д. О. Атакулов, В. В. Гришаев, И. А. Муталибов

ДВА СЛУЧАЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Самаркандский филиал детской хирургии (дир. – проф. А. М. Шамсиев) РСНПМЦ педиатрии, Самарканд, Узбекистан

Азамат Мухитдинович Шамсиев, д-р мед. наук, проф., a-shamsiev@mail.ru

Инвагинация кишечника является самым частым видом непроходимости в детском возрасте (1,5–4% от 1000 детей), занимая 2-е место среди острой хирургической патологии органов брюшной полости. Ее относят к смешанной форме кишечной непроходимости, в которой сочетаются как обтурационный, так и странгуляционный факторы: исходно происходит закупорка кишечника изнутри (обтурация), и лишь затем, как правило, через 6–12 ч может присоединиться нарушение кровообращения из-за сдавления брыжейки (странгуляция).

По данным различных авторов, инвагинация кишечника наиболее часто (60–90%) встречается в грудном возрасте между 4 мес и 1 годом [2, 4], что во многом обусловлено изменениями пищевого режима, характерного для этого возраста (идиопатическая инвагинация как следствие дискоординации деятельности кишечника), и только 5% детей этого возраста имеют органические причины ее развития. У детей старше 1 года гораздо чаще отмечаются факторы органической природы (до 30% случаев среди детей старше 3 лет и в 60% случаев у детей старше 5 лет). Она развивается вследствие нарушения перистальтики кишечника, а нарушение перистальтики, в свою очередь, может быть вызвано наличием в стенке кишки органического препятствия в виде удвоения ЖКТ, воспалительного процесса, опухоли (чаще полипа на ножке), диверти-

кула Меккеля. На 1-м месяце жизни инвагинация кишечника наблюдается крайне редко [1].

Методом выбора в лечении инвагинации кишечника является консервативная терапия – дезинвагинация, использование которой обосновано на ранних сроках развития заболевания при эффективности применения около 85–95%. Однако позднее поступление больных делает применение консервативных мероприятий невозможным, требует оперативного лечения с частым формированием кишечных анастомозов на фоне развивающегося грозного осложнения – некроза кишечника [3].

Приводим два клинических случая успешного лечения новорожденных с явлениями кишечной инвагинации, причиной возникновения которой явилось наличие дивертикула Меккеля.

1. Мальчик Д., 24-дневный, поступил в клинику филиала 26.11.11 с жалобами матери на выраженное вздутие живота, рвоту с примесью кишечного содержимого, отсутствие стула, выделение крови со слизью из анального отверстия в обильном количестве, повышение температуры тела, беспокойство, вялость.

Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 5 сут, заболевание началось с появления простудных явлений, по поводу которых больной по месту жительства лечился в дет-

ском отделении, а за 3 дня до поступления появилось резкое беспокойство, нарастающее вздутие живота, кровавый стул с примесью кишечного содержимого, что явилось причиной направления больного в клинику филиала с направительным диагнозом: острая кишечная непроходимость. Родился в срок массой тела 3630 г от 1-й беременности.

При поступлении общее состояние больного оценено как крайне тяжелое, сознание сохранено, мальчик вялый, периодически беспокойный, кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, масса тела 4000 г, физиологические рефлексы снижены, отмечена общая гипотония мышц конечностей. Дыхание через нос частое, поверхностное до 52 движений в минуту, аускультативно в легких с обеих сторон проводные хрипы, дыхание с обеих сторон ослаблено. Сердечные тоны приглушены, ЧСС до 164 в минуту. Живот увеличен в размере за счет резкого вздутия, напряжен, участие передней брюшной стенки в акте дыхания ограничено, пальпация живота вызывает резкое беспокойство больного, патологических образований не определяется, перистальтика кишечника не выслушивается. Стул в виде «малинового желе», диурез снижен.

Больной в клинике был обследован: общий анализ крови от 26.11.11: Hb 66,0 г/л; эр. $2,2 \cdot 10^{12}/л$; цв. пок. 0,7; л. $8,4 \cdot 10^9/л$; с. 60%; лимф. 21%; мон. 7%; СОЭ 4 мм/ч, свертываемость крови по Сухареву: начало 8.15. – конец 8.30. На обзорной рентгенограмме брюшной полости отмечается наличие множественных чаш Клойбера в верхних отделах с картиной немого живота в нижних отделах.

После предоперационной подготовки 27.11.11 произведена операция: правосторонняя трансректальная лапаротомия, во время которой при ревизии органов брюшной полости отмечена тонко-тонкокишечная инвагинация на расстоянии около 30 см от илеоцекального угла с некрозом инвагината, при расправлении которого имелся дивертикул Меккеля. Произведена резекция некротизированного участка тонкого кишечника (15 см) с наложением тонко-тонкокишечного анастомоза конец в конец двурядным кишечным швом, санация брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная посиндромная терапия, в результате которой состояние улучшилось, рана зажила первичным натяжением, швы с раны были сняты на 9-е сутки, и на 10-е сутки после поступления ребенок в удовлетворительном состоянии был выписан домой. Масса тела при выписке 4100 г.

2. Мальчик У., 38-дневный, поступил в клинику филиала 12.12.11 с направительным диагнозом: острая кишечная непроходимость, с жалобами родителей на неоднократную рвоту, вздутие живота, отсутствие самостоятельного стула, выраженное беспокойство ребенка.

Из анамнеза: болен в течение 2 сут до поступления, заболевание началось остро с появления периодического беспокойства, вздутия живота и рвоты с примесью желчи. Родился массой тела 3200 г.

При поступлении состояние больного было оценено как тяжелое, выражено психомоторное возбуждение, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита выше среднего, масса тела 4400 г, костно-суставная система без видимых деформаций, физиологические рефлексы снижены. Дыхание через нос поверхностное, частое до 58 движений в минуту, аускультативно в легких ослабленное дыхание с обеих сторон. Сердечные тоны приглушены, ЧСС до 156 в минуту. Живот вздутый, пальпация его вызывала беспокойство больного, справа от пупка определялось опухолевидное образование плотнoэластичной консистенции размером 3,0 x 3,5 см.

Больной в клинике был обследован: общий анализ крови от 12.12.11: Hb 84,0 г/л; эр. $2,6 \cdot 10^{12}/л$; цв. пок. 0,9; л. $6,5 \cdot 10^9/л$; с. 52%; лимф. 34%; мон. 9%; СОЭ 8 мм/ч. Биохимический анализ крови от 13.12.11: общий билирубин 13,6 мкмоль/л, АЛТ 0,52, АСТ 0,62, тимоловая проба 2,5 ед., мочевины 10,8 мкмоль/л, остаточный азот 12,5 мкмоль/л, креатинин 177 мкмоль/л. На обзорной рентгенограмме брюшной полости отмечается наличие резко дилатированных петель кишечника в верхних отделах с картиной немого живота в нижних отделах. На УЗИ органов брюшной полости выраженный пневматоз кишечника.

После предоперационной подготовки произведена операция: правосторонняя трансректальная лапаротомия, дезинвагинация тонко-тонкокишечного инвагината с клиновидной резекцией дивертикула Меккеля. Формирование тонко-тонкокишечного анастомоза произведено также путем наложения двурядного кишечного шва. Состояние больного улучшилось, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 8-е сутки. На 11-е сутки после поступления ребенок в удовлетворительном состоянии был выписан домой. Масса тела при выписке 4540 г.

Таким образом, инвагинация кишечника может встречаться у новорожденных, имея причиной своего развития органический характер препятствия, которым является дивертикул Меккеля. Встречаемость данного вида кишечной непроходимости у новорожденных требует осторожности детских хирургов при диагностике острых патологических процессов брюшной полости в этом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. Срочная хирургия детей: Руководство для врачей. – СПб.: Питер Пресс, 1997.
2. Исаков Ю. Ф. Хирургические болезни детского возраста. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. – Т. 1.
3. Сафронов Б. Г., Бакланов В. В., Волков И. Е. и др. // Дет. хир. – 2011. – № 3. – С. 12–14.
4. Стрелков Н. С., Пчеловодова Т. Б., Тихонова Г. Н. и др. // Актуальные проблемы детской хирургии: Материалы науч.-практ. конф. детских хирургов, ортопедов-травматологов, анестезиологов-реаниматологов. – Ижевск, 2008. – С. 110–113.

Поступила 20.02.12