

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

**А.В. Гераськин, А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов, Д.В. Залихин, А.Г. Маннанов,
М.А. Чундокова, Н.А. Аль-Машат, В.В. Холостова**
Российский государственный медицинский университет, Клиника детской хирургии,
Москва, Российская Федерация

Несмотря на высокую эффективность консервативного метода расправления инвагинации кишечника у детей, у 30-40% больных приходится прибегать к оперативному лечению. Целью настоящей работы был сравнительный анализ методов оперативной дезинвагинации кишечника. В работе проанализированы 123 истории болезней пациентов с диагнозом кишечной инвагинации, находившихся в клинике с 1991 по 2008 г. Средний возраст больных составил $6,8 \pm 2,3$ месяца (минимальный – 2 мес., максимальный – 12 мес.). Мальчиков было в 3,75 раза больше, чем девочек. Лапароскопическая дезинвагинация была выполнена у 88 детей. В качестве группы сравнения проанализировано 35 больных, которым выполнялась «открытая» дезинвагинация. Конверсия потребовалась у 28 (31,8%) детей. Причинами конверсии явились: некроз инвагината у 6 (6,8%), трудности лапароскопической дезинвагинации - 14 (15,9%), а также необходимость выполнения дополнительных вмешательств.

В группе детей, где открытому вмешательству лапароскопия не предшествовала, в 16,6% случаев оперативное вмешательство было напрасным – инвагинат уже расправился, в подавляющем большинстве случаев (63,8%) была выполнена дезинвагинация. То есть количество наблюдений, потенциально расправимых консервативным (лапароскопическим) способом, составило 80,4%. Таким образом, среди оперированных больных в 12% случаев, когда лапароскопическое исследование предварительно не выполнялось, операции носили только эксплоративный характер. При оценке уровня хирургического стресса выявлено, что во 2-й группе больных подавляющее большинство детей перенесли легкий стресс – 75%, в 3-й группе – стресс средней степени тяжести – 63%, дети, перенесшие резекцию кишки, в большинстве случаев испытывали тяжелую степень хирургической агрессии – 60%. Длительность операции в основной группе достоверно меньше, чем в группе сравнения, в среднем на 50 минут. Сроки восстановления пассажа по ЖКТ, длительность пребывания в отделении реанимации и сроки госпитализации меньше в основной группе. Статистически недостоверным является только частота рецидивирования (2,4% и 3,1% соответственно). Результаты сравнения показывают, что использование лапароскопического вмешательства с целью расправления инвагинации кишечника позволило снизить риск развития осложнений на 86,9%, а риск повторных оперативных вмешательств – на 82%.

СПАЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**А.В. Гераськин, А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов, Д.В. Залихин,
А.Г. Маннанов, М.А. Чундокова, В.В. Холостова**
Российский государственный медицинский университет, Клиника детской хирургии,
Москва, Российская Федерация

Послеоперационные спаечные осложнения, возникающие в различные сроки после оперативных вмешательств на органах брюшной полости, продолжают оставаться сложной проблемой в хирургии. Многие внутрибрюшные спаечные осложнения требуют повторных операций, которые чаще гораздо травматичнее и опаснее первоначальных лапаротомий. К тому же спаечный процесс в брюшной полости у детей более, чем в 7% наблюдений приобретает прогрессивный злокачественный характер, обуславливая клиническую картину рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости.

На базе клиники детской хирургии РГМУ за 1981-2006 г. проведено комплексное обследование и лечение 234 детей с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) в возрасте от 3-х недель до 14-ти лет. В общей сложности ОСКН после операций по поводу острого аппендицита возникла у 48,2% больных, чаще всего при осложненных его формах с явлениями перитонита. Второе место после аппендэктомии занимает кишечная инвагинация (20,1%), послужившая причиной возникновения ОСКН. По-видимому, при оперативной «открытой» дезинвагинации наблюдается значительная травматизация кишечной стенки, что приводит к усиленному образованию спаек в брюшной полости. Довольно часто первичная лапароскопия выполнялась и по поводу пороков развития кишечника (16,8%), травматических повреждений органов брюшной полости (9,3%), значительно реже – при новообразованиях (2,3%) и прочей патологии (3,3%). Во всех случаях спаечная непроходимость развивалась после обширных лапаротомных доступов, в 36,3% случаев – в ранние сроки после операции, у остальных 63,7% детей – в поздние сроки.

По степени распространения спаечного процесса дети распределились следующим образом: I ст. – 31,3%, II ст. – 39,2%, III ст. – 20,9%, IV ст. – 8,6%. Лапароскопический адгезиолизис завершён успешно у 220 детей (94,2%). Причинами конверсии у 14 детей (5,8%) явилась опасность перфорации кишки на фоне III и IV ст. спаечного процесса. Осложнений в этой группе больных не наблюдалось. Повторных обращений по поводу спаечной непроходимости также не было.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

А.В. Акинфиев, И.В. Степанов, Я.М. Лазебников, А.Г. Малов, А.Г. Петров
Городская детская больница №3, Чебоксары, Российская Федерация

Инвагинация кишечника остаётся актуальной проблемой детского возраста. Несмотря на то, что инвагинация является самым частым хирургическим заболеванием грудного возраста, догоспитальная диагностика её нередко бывает непростой, что становится причиной поздней госпитализации больных в хирургический стационар. Наибольшие трудности в диагностике этого заболевания представляют больные, у которых сглаживаются или

вовсе выпадают некоторые симптомы. В нашей клинике с 2000 по 2008 год находилось на лечении 203 ребенка с данным заболеванием (60% - мальчики, 40% - девочки). 149 детей поступили в сроки до 12 часов, 38 - до 18 и 16 - более 18 часов от начала заболевания. Кроме традиционных методов (подробный анамнез, физикальное обследование) всем детям проводилось УЗИ брюшной полости.

От обзорной рентгенографии брюшной полости как мало информативной мы отказались. После УЗИ детям под внутривенным наркозом предпринималась попытка консервативного расправления инвагината, которая увенчалась успехом у 151 больного. У 52 пациентов инвагинация ликвидирована интраоперационно. После консервативного расправления детям давалась бариевая взвесь. Как только барий появлялся в стуле ребенка, последний выписывался из стационара.

Приведенный алгоритм обследования больных с подозрением на кишечную инвагинацию позволил нам избежать диагностических ошибок и избрать правильную лечебную тактику при данном заболевании

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**А.В. Акинфиев, А.Г. Малов, Я.М. Лазебников,
И.В. Степанов, А.Г. Петров, Л.А. Короткова**

Городская детская больница №3, Чебоксары, Российская Федерация

Острая спаечная кишечная непроходимость - одно из наиболее тяжёлых и распространенных хирургических заболеваний детского возраста, возникающих в различные сроки после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, продолжает оставаться актуальной проблемой в детской хирургии. Частота встречаемости этой патологии среди других видов кишечной непроходимости составляет от 25 до 75 %. До 10 % всех релапаротомий у детей выполняется по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

Повторное оперативное вмешательство при данной патологии часто является более травматичным и опасным, чем первичная операция.

Причинами возникновения спаек большинство исследователей считают механическое повреждение брюшины во время операции, наличие в брюшной полости инфекции и длительный парез кишечника. Наименее травматичным повторным вмешательством на современном этапе является лапароскопическое лечение спаечной кишечной непроходимости. В нашей клинике с 2000 по 2008 год проведено лечение спаечной болезни этим методом 46 пациентам в возрасте от 5 до 15 лет. Девочек было 26, мальчиков - 20.

У 20 детей клиническая картина кишечной непроходимости была обусловлена синдромом припаянного сальника, у 26 - наблюдалась симптоматика острой кишечной непроходимости.

Осложнений после лапароскопического адгезиолизиса не было, все эти дети выписаны с выздоровлением.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

М.А. Аксельров, В.В. Иванов, В.П. Чевжик, М.М. Смоленцев
**Тюменская государственная медицинская академия, ОКБ №2,
Тюмень, Российская Федерация**

Наиболее частым видом приобретенной кишечной непроходимости у детей является инвагинация. Под нашим наблюдением (1983-2003 гг.) находилось 436 пациентов, страдающих данным заболеванием. Большинство (66,3%) поступало в стационар в первые 12 час. от начала заболевания. Непосредственная связь с введением прикорма зафиксирована у 114 (26,1%) больных. Заболевание проявлялось беспокойством 431 (98,9%), рвотой 197 (45,2%), стулом в виде «малинового желе» 148 (33,9%). Консервативно инвагинат расправлен у 334 (76,6%) детей. Оперативное лечение проведено у 102 (23,4%).

До 1992 г. операцию выполняли практически всем пациентам, поступавшим в стационар со сроком заболевания более 12 час., а также больным старше года. С 1993 г. показанием к оперативному лечению служит лишь безуспешность многократной консервативной терапии или наличие у больно перитонита. С 2002 года, в большинстве случаев оперативное лечение начинаем с лапароскопической диагностики и, при возможности, расправлении инвагината интраоперационно.

Изменение тактики уменьшило число диагностических лапаротомий, при которых обнаруживали лишь последствия кишечного внедрения с 8 до 1. Снизилось с 45 до 11 количество операций, когда после расправления инвагината изменения в участвующей в процессе кишке были минимальными. Резекция некротически измененного участка кишки с последующим наложением в условиях перитонита межкишечного анастомоза выполнена 22 больным. Прямой анастомоз наблюдали у 18 детей, у 4 из них, первично оперированных в районах, отмечена несостоятельность швов, что при переводе в клинику потребовало резекции зоны анастомоза с формированием «У» - образного анастомоза с энтеростомой приводящей петлей кишки. Данная операция также применена у 4 больных при первичном вмешательстве. У 15 из-за тяжести состояния и условий в брюшной полости выводилась терминальная или двойная энтеростома.

Выводы.

1.) При отсутствии осложнений со стороны брюшной полости начинать лечение детей с инвагинацией необходимо с попытки консервативного расправления.

2.) Первым этапом оперативного лечения целесообразно выполнять лапароскопию, позволяющую провести ревизию органов брюшной полости, оценить изменения в кишке и провести интраоперационную дезинвагинацию.

3.) Резекция участка кишки в условиях перитонита с формированием прямого межкишечного анастомоза ведет к несостоятельности швов в 22,2%, поэтому межкишечный анастомоз целесообразно сочетать с выведением разгрузочного кишечного свища.