

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПНЕВМАТИЧЕСКОЙ ДЕЗИНВАГИНАЦИИ НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ЛЕЧЕНИЯ 1000 БОЛЬНЫХ

Д.А. Морозов, С.Ю. Городков, Ю.В. Филиппов, Г.А. Староверова
Саратовский государственный медицинский университет,
Саратов, Российская Федерация

На протяжении последних 30 лет показанием к применению пневматической дезинвагинации (ПД) у детей любого возраста считаем срок выделения крови из ануса менее 10 часов.

С 1981 по 2008 год на лечении находилось 845 детей, которым была выполнена ПД. Возраст детей - от двух суток до 8 лет. ПД была успешной у 91,4% ($n = 772$). У 53 детей возник рецидив инвагинации кишечника (ИК) в срок от месяца до 5 лет. У 29 детей ИК рецидивировала дважды, у 6 – трижды, у двух – 5 раз, у двух – 6 раз, у двух – 7 раз. Всем детям с рецидивом ИК выполняли ПД, при этом она была эффективна в 128 случаях (96,9%). Осложненный ПД не было. Оперировано 77 детей при неэффективности ПД, в том числе 4 – при рецидиве ИК. Органическая причина ИК выявлена у четырех (0,5%).

Таким образом, срок выделения крови из ануса при ИК у детей признан универсальным инструментом выбора тактики в руках любого хирурга; его использование делает ПД безопасной. Эффективность метода ПД – 92,5%. Органическая причина ИК выявлена у 0,5% детей после безуспешной ПД.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИЙ КИШЕЧНИКА

Д.А. Морозов, С.Ю. Городков, С.А. Карпов
Саратовский государственный медицинский университет,
Саратов, Российская Федерация

С 1981 по 2008 г. оперировано 173 ребенка с инвагинацией кишечника (ИК), что составило 18,3% от общего числа детей с ИК за этот период. Возраст детей - от 7 суток до 6 лет.

Показанием к операции явился либо срок выделения крови из ануса более 10 часов – группа I ($n=96$), либо безуспешная пневматическая дезинвагинация – группа II ($n=77$). В группе I выполнили: ручную дезинвагинацию у 59 (61,4%); резекцию некротизированного участка кишки у 36 (37,5%) с наложением анастомоза (33), энтеростомией (3). У 6 (6,25%) инвагинация была связана с дивертикулом Меккеля, который был резецирован, у одного – с полипом слепой кишки. Слепоободочная инвагинация диагностирована у 63 (65,6%), подвздошно-ободочная – у 17 (17,7%). Тонкокишечной ИК не было.

В группе II выполнили: ручную дезинвагинацию у 69 (89,6%); резекцию некротизированного участка кишки с наложением анастомоза у 5 (6,5%); удаление дивертикула Меккеля у четырех (5,1%). Слепоободочной ИК не было, подвздошноободочная ИК диагностирована у 50 (64,9%), тонкокишечная ИК – у 5 (6,5%).

Таким образом, некроз кишки в большинстве случаев коррелировал со сроком выделения крови из ануса, нежели с технической неудачей ПД. Дети, оперированные с учетом большого срока выделения крови из ануса, в 2/3 наблюдений имели слепоободочную ИК, потребовавшую лишь ручной дезинвагинации. Безуспешность ПД чаще всего свидетельствовала о подвздошноободочной и тонкокишечной ИК. Складывается впечатление о возможности расширения показаний к выполнению ПД, в том числе под лапароскопическим контролем.

ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

Д.А. Морозов, С.Ю. Городков
Саратовский государственный медицинский университет,
Саратов, Российская Федерация

В период с 1999 по 2008 г. с острой спаечной непроходимостью кишечника (ОСНК) было госпитализировано 47 детей (с 2004 г. – 13). Возраст – от 2 до 12 лет. В 40 случаях имела поздняя ОСНК. Клиника непроходимости развивалась в срок от года до 6 лет после перенесенных операций: аппендэктомия (36), спленэктомия (4), ручная дезинвагинация (2), операция Ледда (2), резекция кишки по поводу инвагинации кишечника (2), брюшно-промежностная анопроктопластика (1).

Во всех случаях была возможность начать лечение ОСНК с консервативных мероприятий. В 31 случае (65,9%) ОСНК была купирована консервативно.

Оперировано 22 человека: адгезиолизис (18), резекция кишки с наложением анастомоза (2), ушивание перфорации кишки и дренирование брюшной полости (1). У 8 детей адгезиолизис выполнен лапароскопически. Распространенность спаечного процесса: I степень – 3, II степень – 3, III степень – 2. Лапароскопический адгезиолизис был эффективен у всех. С 2006 года в комплексе профилактики спайкообразования используем схему проф. А.К. Коновалова (Московский НИИ педиатрии и детской хирургии), которая была проведена 41 ребенку, показав его высокую эффективность.

Полученные результаты сравнили с предшествующим опытом клиники, который обобщал лечение 419 детей с ОСНК, находившихся в стационаре с 1960 по 1975 годы, когда среди причин ОСНК на первом месте стояли операции по поводу травм органов брюшной полости. Эффективность консервативного лечения ОСНК составляла 63,3%. Таким образом, в настоящее время количество детей с ОСНК значительно сократилось.

Среди предшествующих ОСНК операций на первом месте – аппендэктомия; консервативная терапия ОСНК была эффективна у 2/3 больных; лапароскопический адгезиолизис и профилактика спайкообразования по методу проф. А.К. Коновалова являют собой современный стандарт лечения детей с ОСНК.