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