

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский  
университет»**

**Кремень Н.А., Данильченко Ю.С. (5 курс, лечебный  
факультет)**

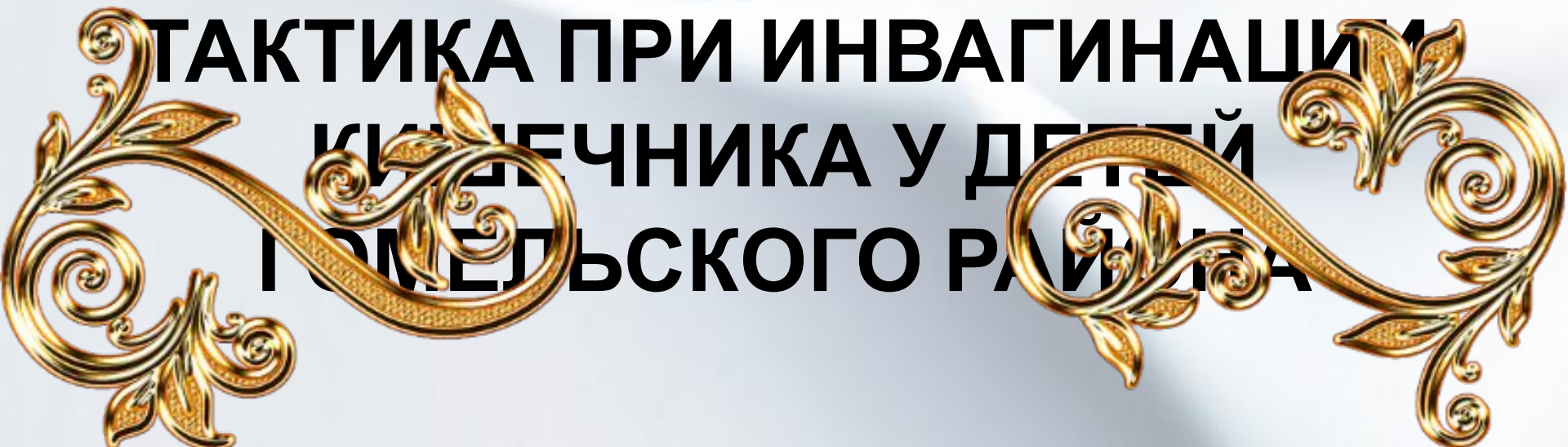
**Научный руководитель: *Баранов С.Ю. (ассистент, зав.  
курсом детской хирургии кафедры хирургических  
болезней № 2)***

**СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ**

**ТАКТИКА ПРИ ИНВАГИНАЦИИ**

**КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

**ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА**



# Актуальность

Нами был проведен ретроспективный статистический анализ по историям болезней 175 пациентов с КН, пролеченных в отделении детской хирургии (ДХО) ГОКБ за период 2015гг.

У 154 пациентов (88%) обнаружена ИК.



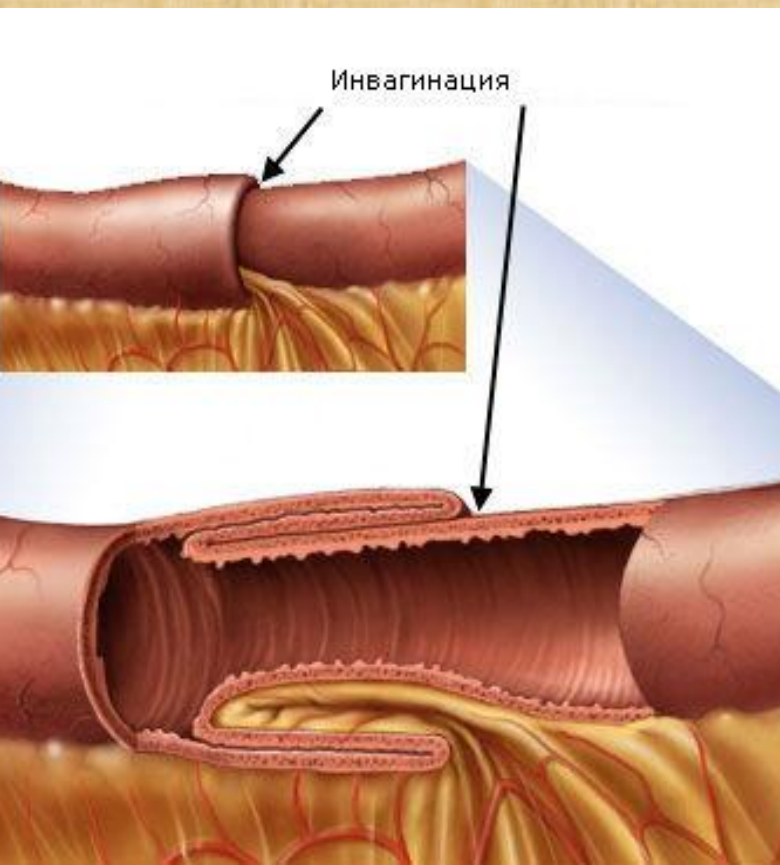
- При поступлении всем детям, поступившим по срочным показаниям, было выполнено УЗИ органов брюшной полости с выявлением клиническая картина «инвагината».
- Все случаи вмешательств проводились детям под общей анестезией. У 145 детей с ИК была применена ГД под УЗ-контролем.

# Задачи:

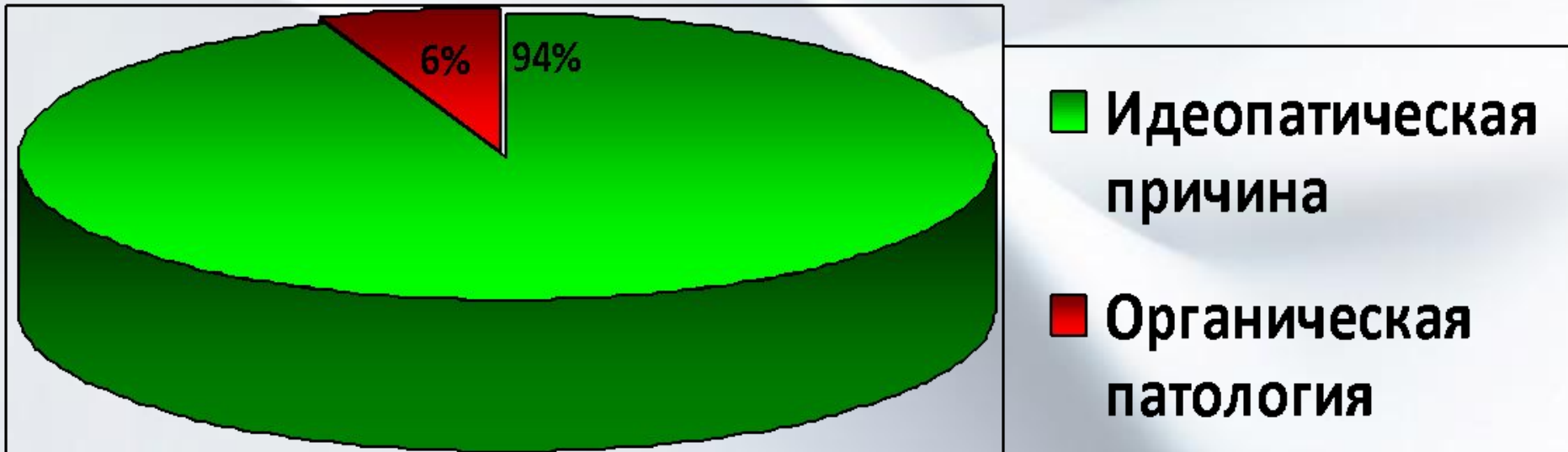
- 1) Изучение структуры заболеваемости инвагинации кишечника у детей гомельского района.
- 2) Изучение современной хирургической тактики при инвагинации кишечника.
- 3) Сравнение полученных результатов с литературными



**Инвагинация кишечника (ИК) является одним из наиболее частых видов кишечной непроходимости у детей, преимущественно грудного возраста (85-90%). У мальчиков встречается в 2 раза чаще.**



**В основном, заболевание у детей носит идиопатический характер и лишь у 6% – имеет место органическая патология (мезаденит, опухоли, аномалии фиксации кишечника и дивертикул Меккеля).**



**В настоящее время с целью устранения ИК чаще применяют консервативные способы, из них наиболее чаще – гидростатическую дезинвагинацию под ультразвуковым контролем.**



**Данный метод имеет более низкий риск перфорации кишечника в сравнении с пневматической методикой, а качественная визуализация при УЗИ позволило заменить рентгенологические методы.**



**больница» (ГОКБ) эта методика применяется с 1997 года.**

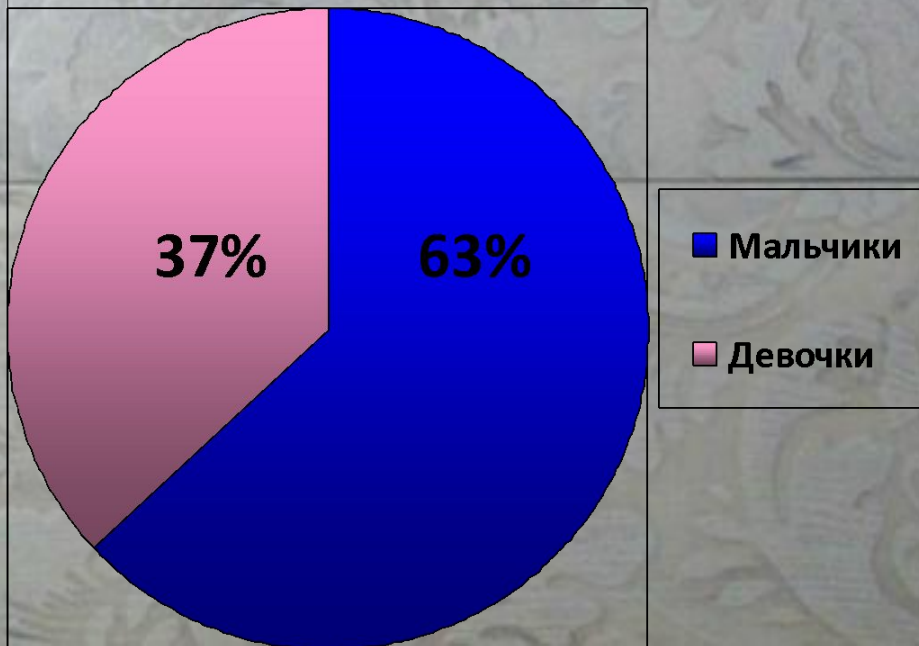
**Но даже при высокой эффективности консервативного подхода (75-95%) все равно могут возникать показания**





**Более 90% детей были госпитализированы по срочным показаниям бригадами СМП  
Иные обращались самостоятельно или переведены из других стационаров.**

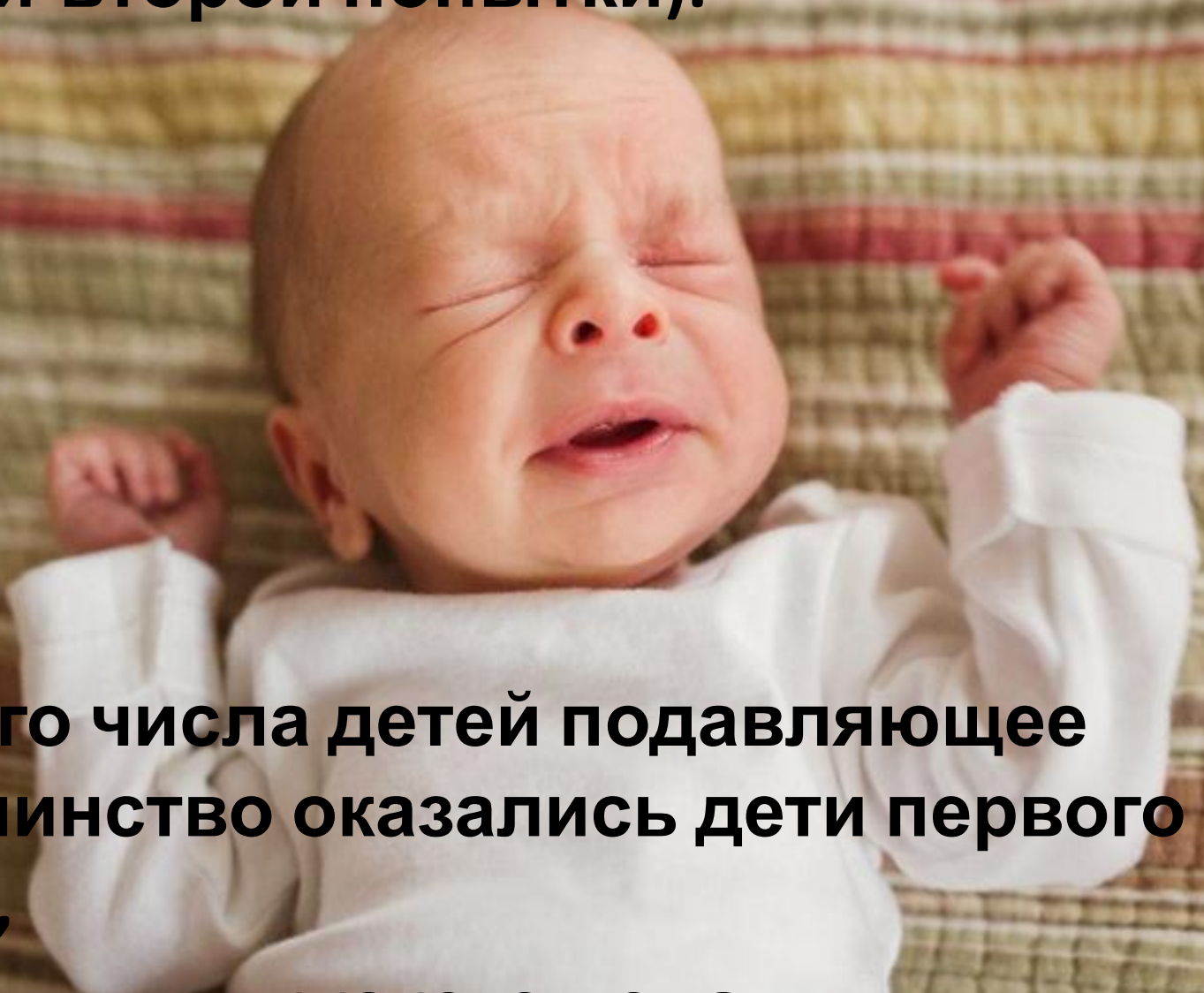
**Дети преимущественно городские. Число мальчиков было в 2 раза больше.**



**В 90% случаев расправление инвагината наступило во время ГД под УЗ-контролем (с первой-второй попытки).**

**Из этого числа детей подавляющее большинство оказались дети первого года жизни,**

**2/3 из них – мужского пола**

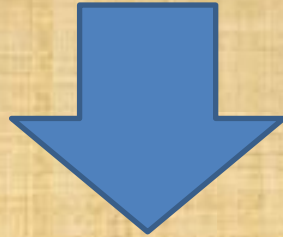




# 13 пациентам потребовалось выполнение срочной операции:



У 4 - наблюдалось отсутствие расправления при ГД (более 3 попыток)



У 8 - имелись противопоказания к консервативному расправлению:

4 – длительность заболевания составила от 2 до 4 суток.

1 – был рецидив ИК, выполнена диагностическая лапароскопия.

2 – причиной инвагинации предполагался дивертикул Меккеля.

1 – была тонко-тонкокишечная



У 1 – инвагинат стал случайной интраоперационной находкой.

Ввиду не типичности клинических проявлений предполагался диагноз «острый аппендицит».







**Возраст оперированных детей с ИК  
колебался от 4 месяцев до 14 лет  
(в среднем около 5 лет).**

**Соотношение девочек к мальчикам  
составило 4 : 9.**

**Длительность заболевания у них  
варьировала от  
1 часа до 12 дней  
(в среднем 2,5 дня).**

# **Операция пациентам (13) выполнялась через лапаротомные доступы**

**7 – потребовалась  
резекция измененного  
кишечника с  
наложением  
анастомозов.**

**6 – расправление  
при  
состоятельном  
кишечнике.**



# **Операция пациентам с состоятельным кишечником.**

**У 4 инвагинация была расправлена  
«высасыванием»**

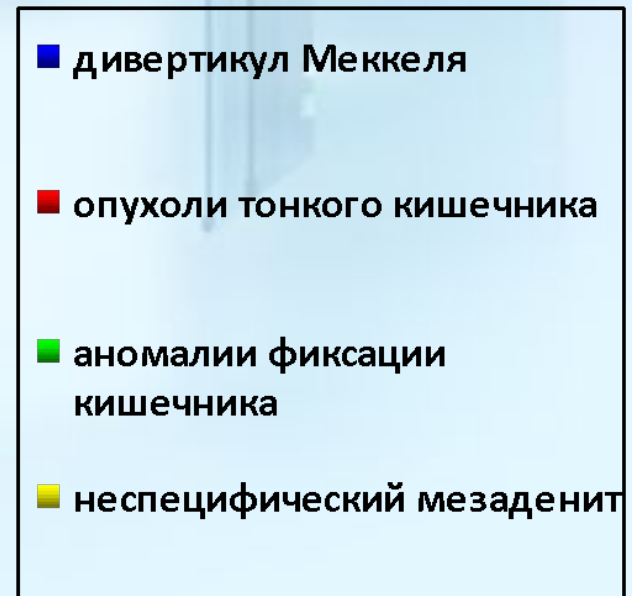
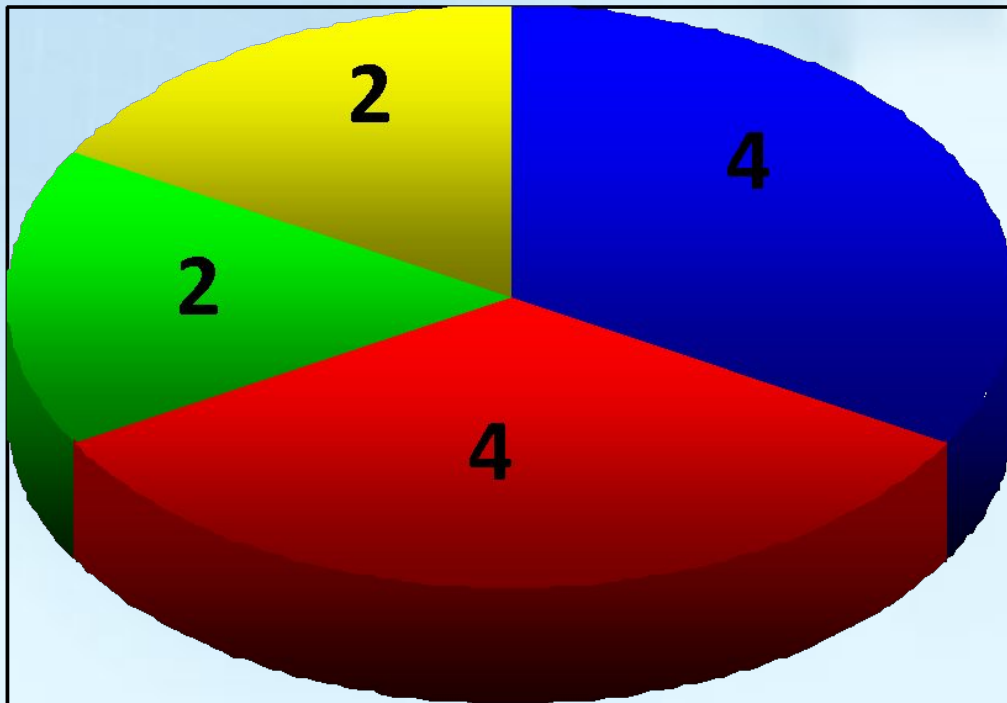
**У 1 пациента оказалось эффективным  
лапароскопическое расправление путем  
тракции.**

**В 1 случае (повторный рецидиве в течение  
года) диагностическая лапароскопия была  
выполнена после успешной ГД, была взята  
биопсия увеличенного лимфоузла  
брыжейки (онкологами был выставлен  
диагноз «лимфоаденопатия»).**



**У 12 оперированных детей к ИК привели органические причины:**

- у 4 – дивертикул Меккеля,
- у 4 – опухоли тонкого кишечника,
- у 2 – наблюдались аномалии фиксации кишечника,
- у 2 пациентов – неспецифический мезаденит.





**По окончании лечения  
домой с выздоровлением  
был выписан 151 пациент.**

**Средняя продолжительность  
лечения после консервативного  
расправления (ГД) составила  
около 4 суток, для оперированных  
детей – 12 дней.**

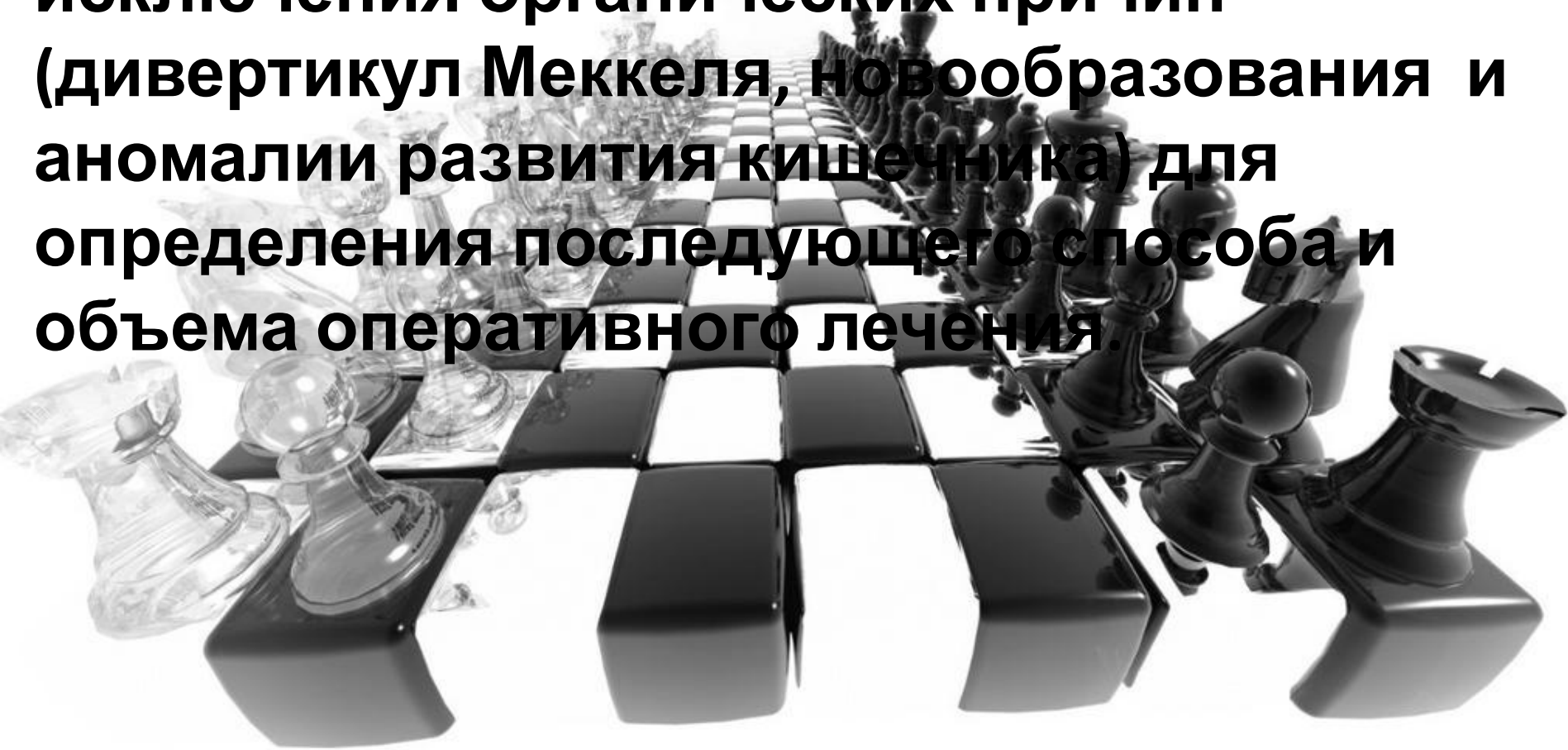
**Лишь трое детей (с опухолями кишечника)  
после операции на 8-14 сутки были  
переведены и продолжили лечение в РНПЦ  
ДОГИИ.**

**Консервативное расправление (ГД под  
УЗ-контролем) на сегодняшний день  
является «золотым стандартом» в  
подавляющем большинстве случаев  
лечения инвагинации кишечника у  
детей Гомельского района**





**При безуспешности консервативных методов ГД следует применять диагностическую лапароскопию для исключения органических причин (дивертикул Меккеля, новообразования и аномалии развития кишечника) для определения последующего способа и объема оперативного лечения.**



# **Выводы:**

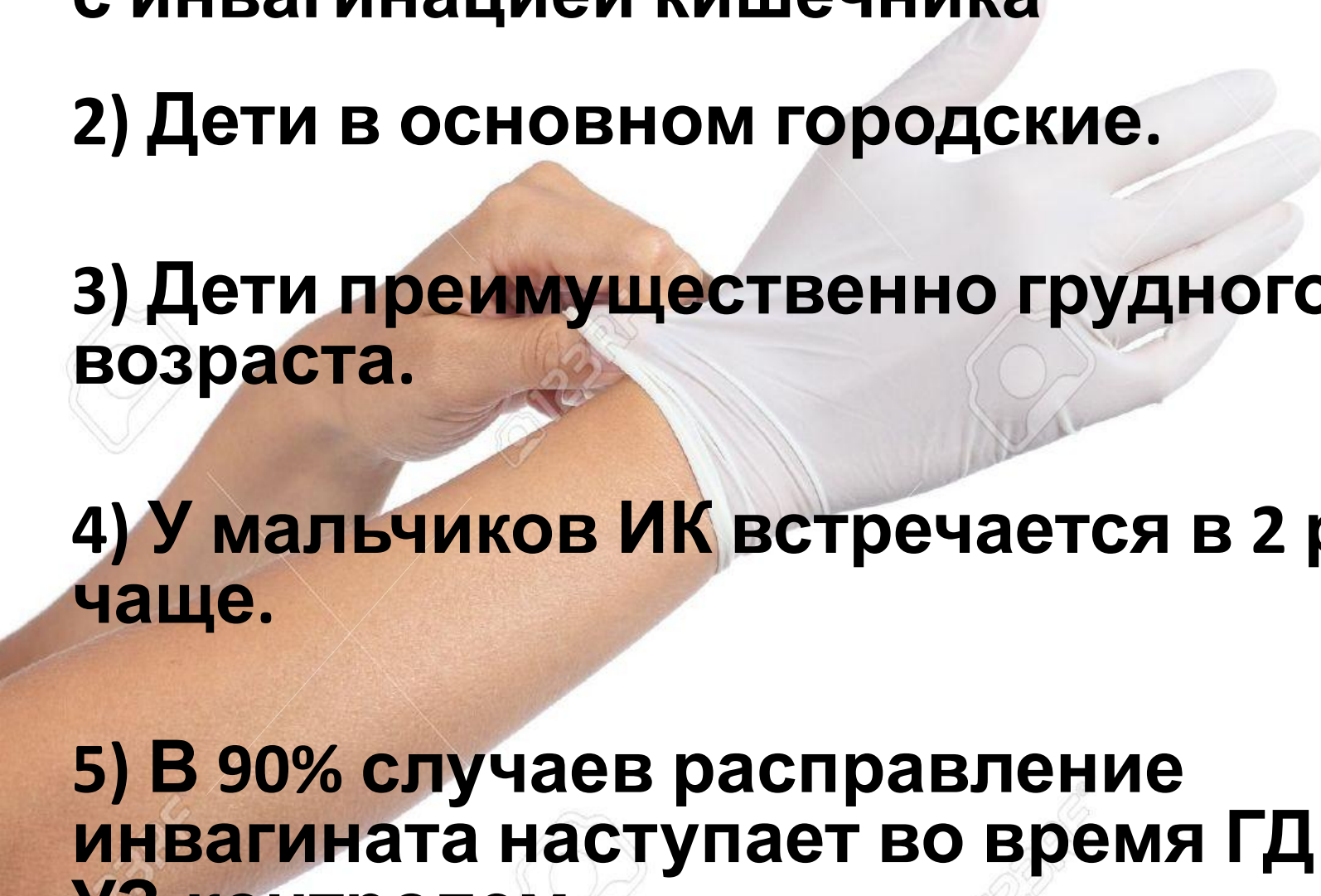
**1) 9/10 пациентов с КН в ДХО – пациенты с инвагинацией кишечника**

**2) Дети в основном городские.**

**3) Дети преимущественно грудного возраста.**

**4) У мальчиков ИК встречается в 2 раза чаще.**

**5) В 90% случаев расправление инвагината наступает во время ГД под УЗ-контролем**



# **Выводы:**

**6) Более половины операций требуют резекция измененного кишечника.**

**7) У 10% больных ИК – причиной является органическая патология.**

**8) При ИК органическими причинами являются: дивертикул Меккеля (1/3), опухоли тонкого кишечника (1/3), аномалии фиксации кишечника + неспецифический мезаденит (1/3).**

**9) Средняя продолжительность лечения после консервативного расправления составляет около 4 дней, для оперированных детей – 12 дней.**



**Спасибо за  
внимание**

