

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

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

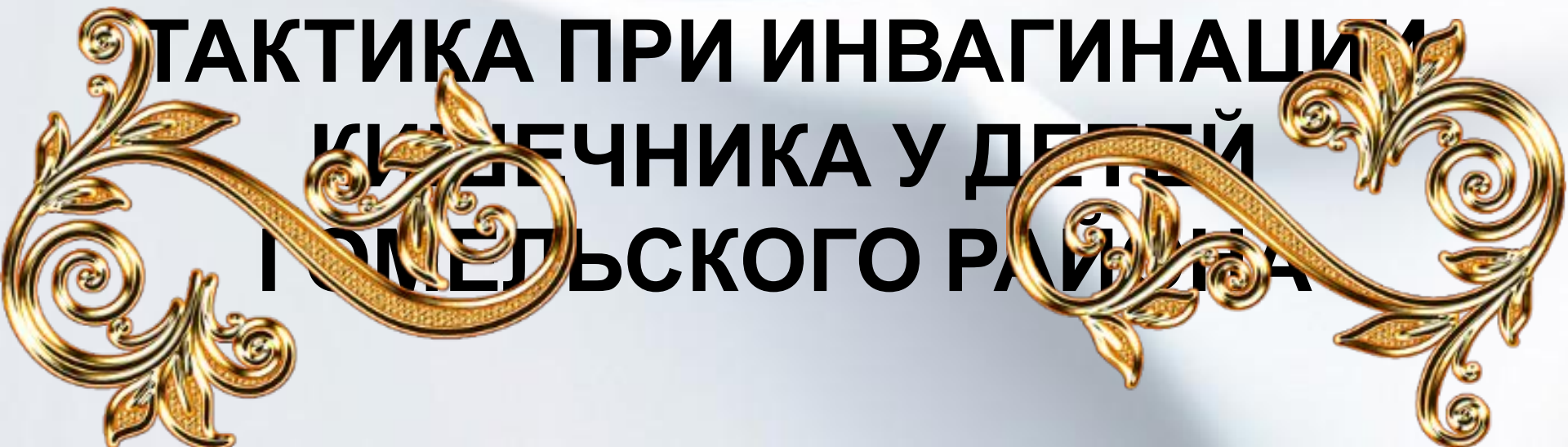
Научный руководитель: *Баранов С.Ю. (ассистент, зав. курсом детской хирургии кафедры хирургических болезней № 2)*

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.

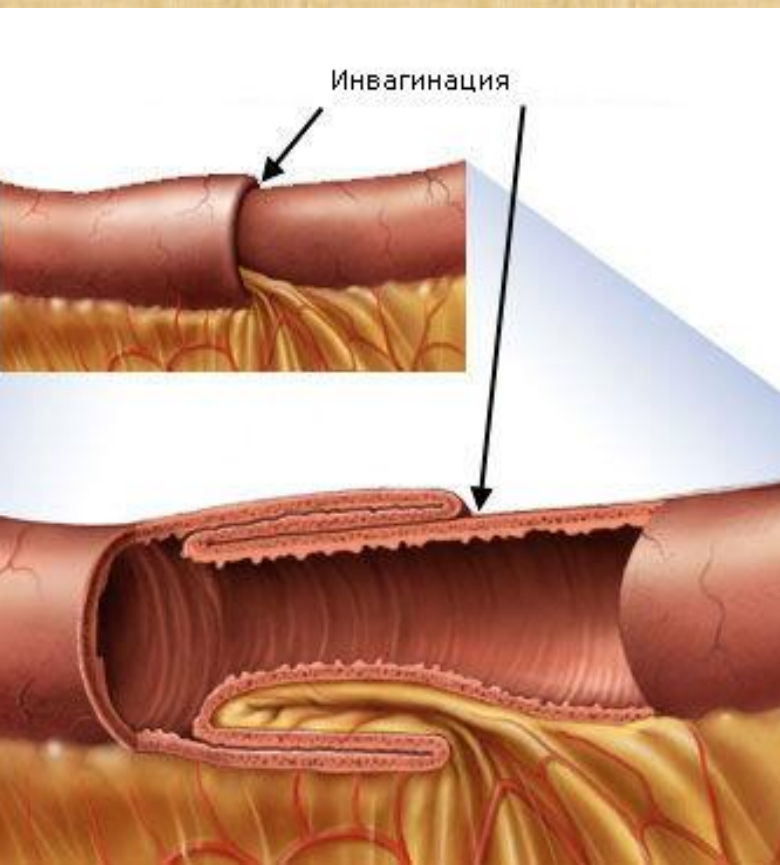


- При поступлении всем детям, поступившим по срочным показаниям, было выполнено УЗИ органов брюшной полости с выявлением клиническая картина «инвагината».
- Все случаи вмешательств проводились детям под общей анестезией. У 145 детей с ИК была применена ГД под УЗ-контролем.

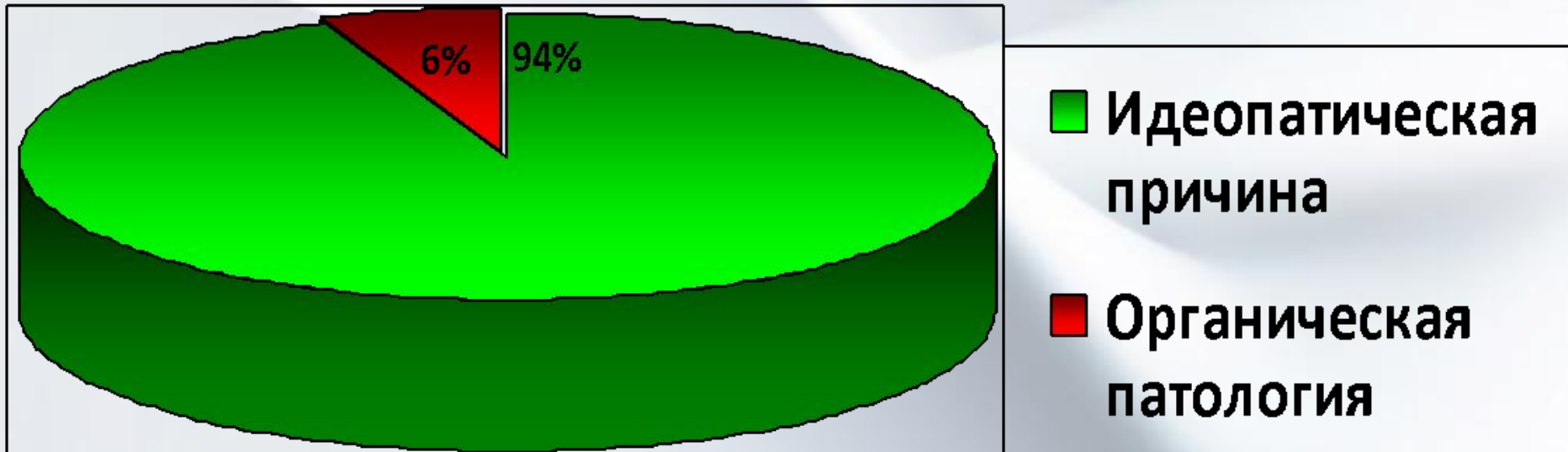
Задачи:

- 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.

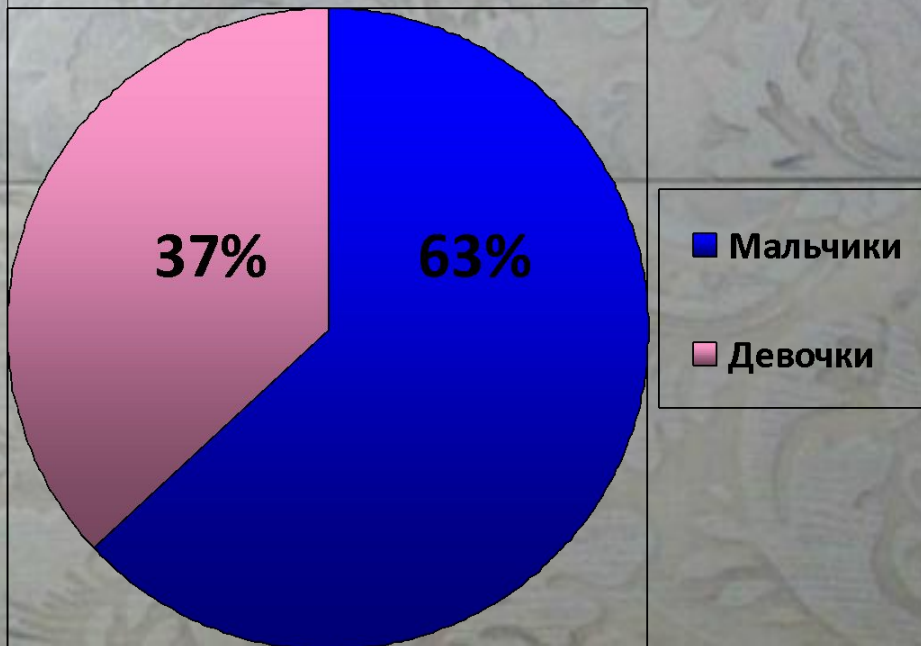
больница» (ГОКБ) эта методика применяется с 1997 года.

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.**

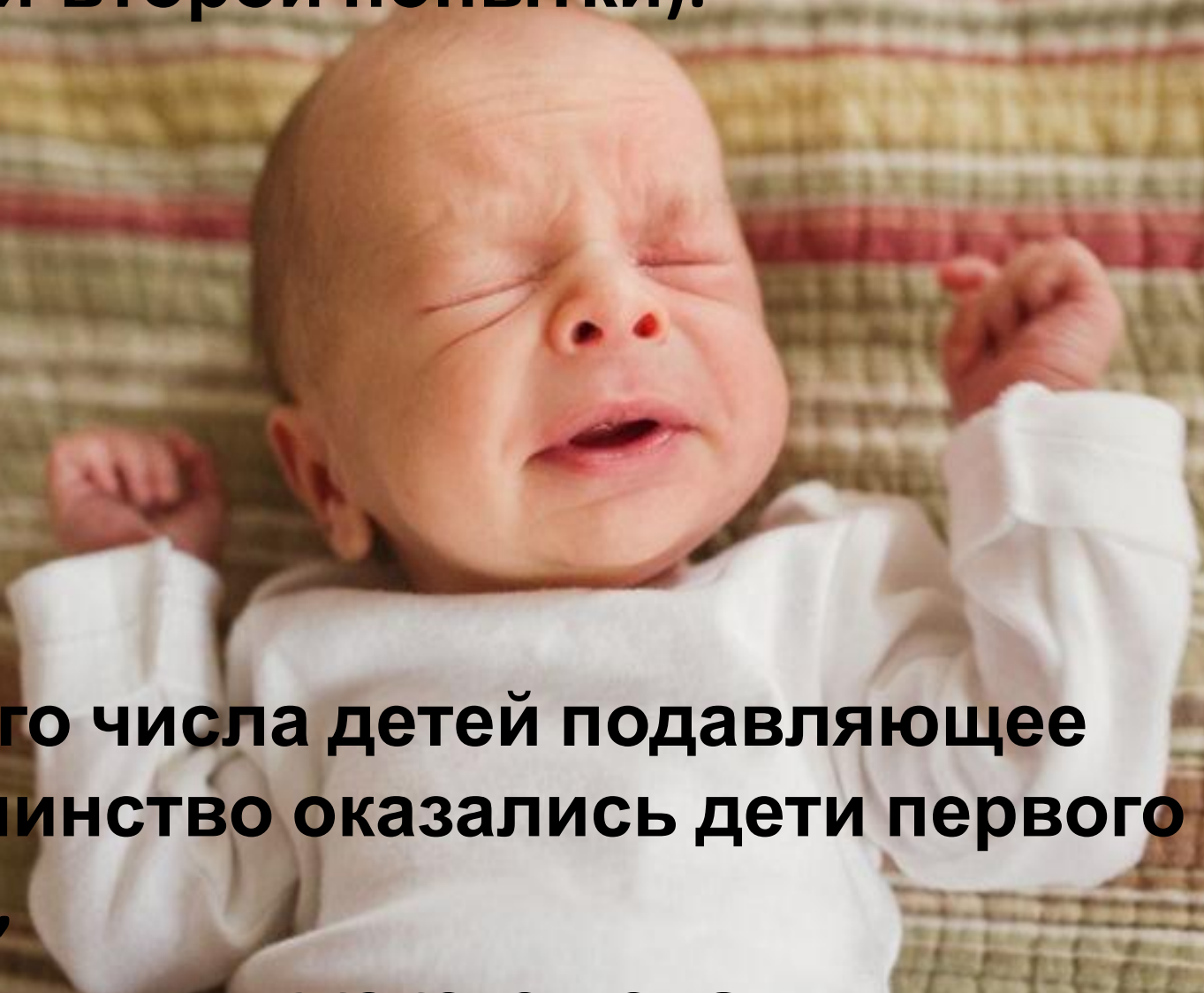
Дети преимущественно городские. Число мальчиков было в 2 раза больше.



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.

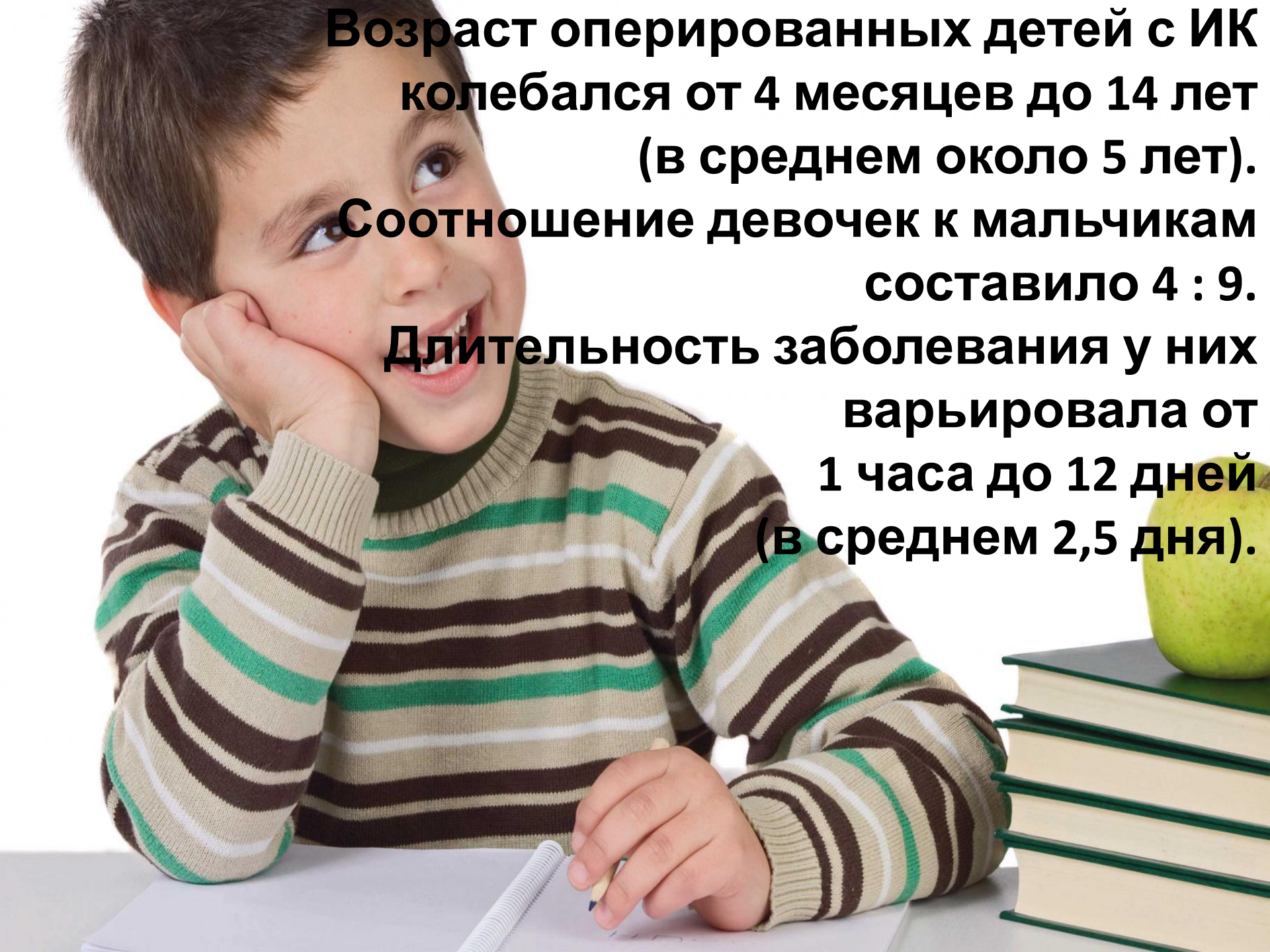
1 – была тонко-тонкокишечная



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.

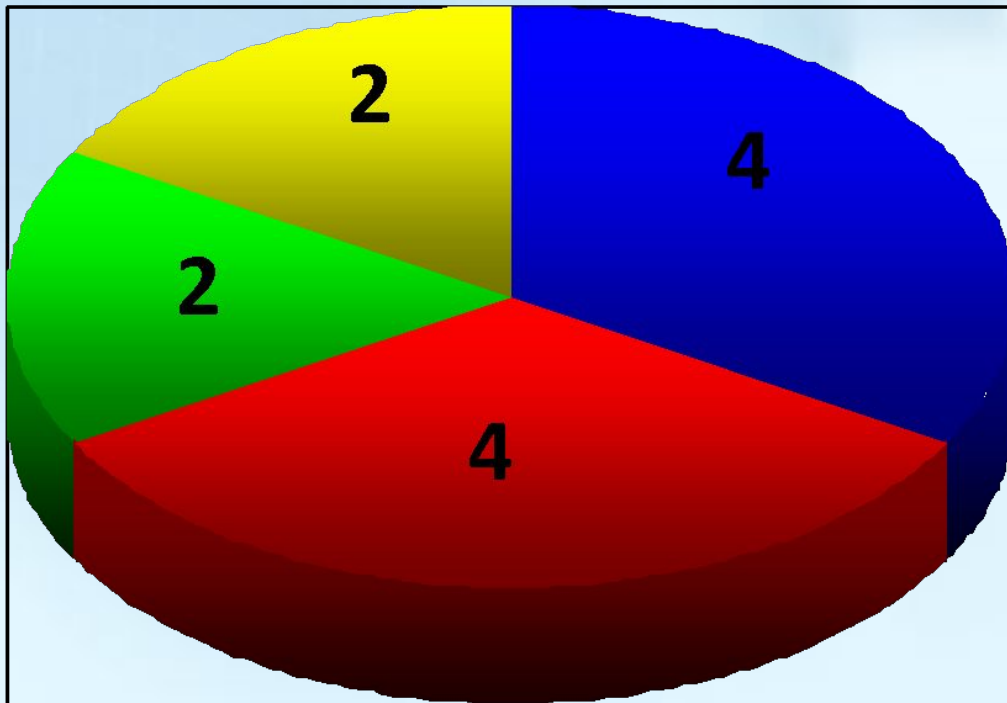
**У 4 инвагинация была расправлена
«высасыванием»**

**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:

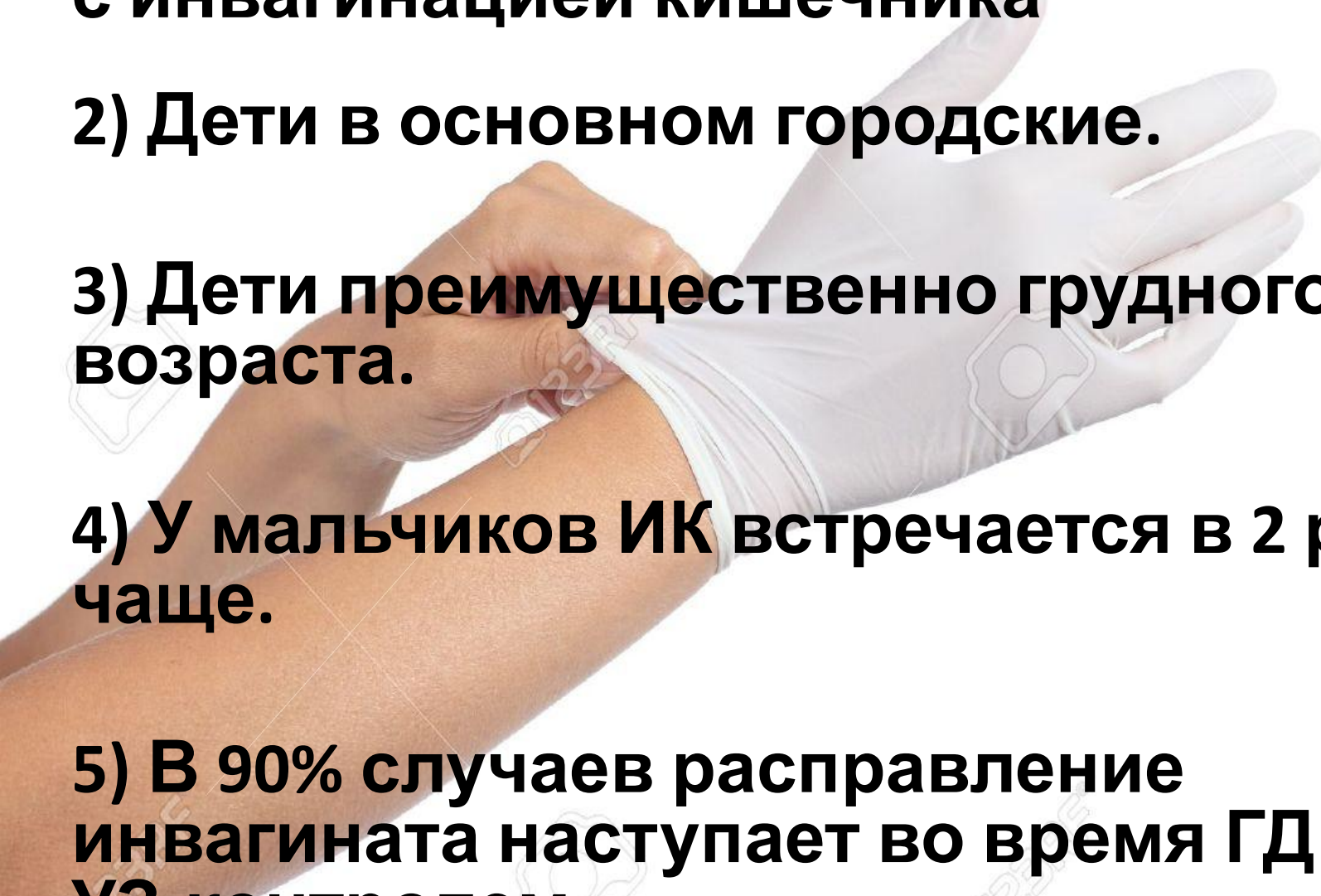
1) 9/10 пациентов с КН в ДХО – пациенты с инвагинацией кишечника

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**

