

ЛИТЕРАТУРА

1. Буров, Н. Е. Ксенон в анестезиологии / Н. Е. Буров, В. Н. Потапов, Г. Н. Макеев // Клинико-экспериментальные исследования. — М.: Пульс, 2000.
2. Baumert, J. H. Xenon anaesthesia may preserve cardiovascular function in patients with heart failure / J. H. Baumert, F. Falter, D. Eletr // Acta Anaesthesiol Scand. — 2005. — Vol. 49. — P. 743–749.
3. Сравнительная оценка адекватности анестезии ксеноном и севофлураном у детей в плановой хирургии / В. Г. Багаев [и др.] // Педиатрическая фармакология — 2011. — № 6. — С. 77–81.
4. Багаев, В. Г. Влияние анестезии ксеноном на гемодинамику при оперативных вмешательствах у детей / В. Г. Багаев, М. В. Быков, В. Г. Амчславский // Детская хирургия. — 2016. — № 1. — С. 26–31.

УДК 616.34-007.44-089

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА
В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»****Баранов С. Ю.^{1,2}**¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Внезапное появление приступообразно повторяющегося беспокойства маленького ребенка и плач требуют настороженности взрослых.

В структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей инвагинация кишечника занимает второе место после острого аппендицита и первое — среди приобретенной кишечной непроходимости, составляя 60–80 %, преимущественно у детей грудного возраста (85–90 %). Среди мальчиков наблюдается в 2 раза чаще. По данным различных авторов, это заболевание у детей в основном носит случайный характер и лишь у 6 % — может быть обусловлено органическими причинами (мезаденит, опухоли и аномалии фиксации кишечника, дивертикул Меккеля и т. д.) [1, 2].

В настоящее время в РБ при лечении ИК чаще применяют консервативные способы, из них преимущественно — гидростатическую дезинвагинацию (ГД) под ультразвуковым (УЗ) контролем. Данный метод сопровождается более низким риском перфорации кишечника по сравнению с пневматическими способами, а качественная УЗ-визуализация позволила исключить лучевую нагрузку ранее применяемых рентгенологических методов [3]. ГД под УЗ-контролем впервые была описана в 1982 г. (Y. G. Kim). В У «Гомельская областная клиническая больница» (ГОКБ) эта методика применяется с 1997 г.

Но даже при высокой эффективности консервативного подхода (76–95 %) все равно могут возникать показания к операции [1, 2, 3].

Цель

Оценить структуру современного лечения ИК у детей в ДХО ГОКБ.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный статистический анализ историй болезней 185 пациентов с ИК, пролеченных в отделении детской хирургии (ДХО) ГОКБ за период 2009–2016 гг. При поступлении всем детям по срочным показаниям было выполнено УЗИ органов брюшной полости с подтверждением типичной картины «инвагината» и после предварительной подготовки были определены подходы к устранению патологии. Все случаи вмешательств детям выполнялись под общей анестезией. У 173 детей с ИК проводилась ГД под УЗ-контролем.

Результаты исследования и их обсуждение

Более 91 % детей были доставлены в стационар по срочным показаниям бригадами скорой медицинской помощи, реже обращались самостоятельно или были переведены из других стационаров. Дети преимущественно проживали в городах. Мальчиков поступило в 2 раза больше.

В 169 (91,3 %) случае расправление инвагината наступило во время ГД под УЗ-контролем (чаще с первой-второй попытки, в редких ситуациях — с третьей). Из этого числа детей в основном были дети первого года жизни, преимущественно грудного возраста, две трети из них — мужского пола.

Потребовалось выполнение срочной операции 16 пациентам. Из них у 5 наблюдалось отсутствие расправления при ГД (после 3 попыток), у 10 имелись противопоказания к консервативному расправлению (у 4 — длительность заболевания составила от 2 до 4 суток, у 1 — был рецидив ИК, выполнена диагностическая лапароскопия, у 3 — причиной инвагинации предполагался дивертикул Меккеля, у 1 — опухоль подвздошной кишки, у 1 — была тонко-тонкокишечная инвагинация) и у 1 — инвагинат был случайно обнаружен интраоперационно (когда из-за нетипичности клинических проявлений предполагался диагноз «острый аппендицит»).

Возраст оперированных детей с ИК колебался от 4 месяцев до 14 лет. Численное соотношение девочек к мальчикам составило 4 к 9. Длительность заболевания у них варьировала от 1 часа до 12 дней.

В 14 случаях операция пациентам выполнялась через лапаротомные доступы (у 7 — после диагностической лапароскопии). У 1 пациента оказалось эффективным лапароскопическое расправление инвагината путем его небольшой тракции. В 1 случае (при повторном рецидиве в течение года) диагностическая лапароскопия была выполнена после успешной ГД, была взята биопсия увеличенного лимфоузла брыжейки (в дальнейшем онкологами был выставлен диагноз «лимфоаденопатия»). Из числа оперированных пациентов у 5 инвагинация была расправлена «выдаиванием», а у 9 — потребовалась резекция измененного кишечника с наложением в последующем анастомозов.

Органические причины ИК наблюдались у 15 оперированных детей: у 5 — дивертикул Меккеля, у 5 — опухоли тонкого кишечника, у 2 — наблюдались аномалии фиксации кишечника, у 3 пациентов — неспецифический мезаденит.

По окончании лечения домой с выздоровлением был выписан 182 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 (п. Боровляны, Минский район).

Выводы

1. Инвагинация кишечника у детей до сих пор сохраняет свою актуальность из-за сложности диагностики у детей грудного возраста.
2. Настороженность родителей и медработников позволяют в большинстве случаев своевременно заподозрить патологию и получить специализированную медицинскую помощь.
3. Консервативное расправление (гидростатическая дезинвагинация под УЗ-контролем) в ДХО ГОКБ является «основным стандартом» в большинстве случаев при инвагинации кишечника у детей.
4. Неэффективность консервативной дезинвагинации может служить показанием к диагностической лапароскопии для исключения органических причин (дивертикул Меккеля, новообразования кишечника и других), и определения дальнейшей тактики лечения этих пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаков, Ю. Ф. Абдоминальная хирургия у детей: рук-во / Ю. Ф. Исаков, Э. А. Степанов, Т. В. Красовская. — М.: Медицина, 1988. — 458 с.
2. Подкаменев, В. В. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей / В. В. Подкаменев, В. А. Урусов. — Иркутск: ИГУ, 1986. — С. 32–36.
3. Катько, В. А. Выбор метода лечения инвагинации кишечника у детей / В. А. Катько, Ш. Ч. Шакья // Белорусский медицинский журнал. — 2003. — № 3. — С. 73–76.