

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Катько В.А.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии

Инвагинация кишечника – это один из наиболее частых видов кишечной непроходимости у детей, причем она возникает, обычно, в возрасте между 6 месяцами и 2 годами. Частота инвагинации кишечника составляет 1,5-4 на тысячу новорожденных.

В прошлом инвагинацию считали очень тяжелым заболеванием, сопровождающимся летальностью от 2 до 12,8% (А.П. Лебедев, 1969). Это во многом было связано с преобладанием оперативного метода лечения над консервативным.

Первая успешная операция по поводу инвагинации у ребенка была выполнена J. Hutchinson в 1871 году. В 1876 году педиатр из Дании Hirschsprung опубликовал первый опыт расправления инвагинации через прямую кишку под гидростатическим давлением. В 1939 г. M. Ravitch применил бариевую клизму для дезинвагинации. С тех пор гидростатическая бариевая ирригоскопия нашла широкое применение в клинической практике и стала называться «золотым стандартом» в консервативном лечении инвагинации.

Лечение инвагинации кишечника мы условно разделили на 2 периода: I период - с 1970 г. по 2001 г.; II период – с 2002 г. по 2012 г. В I периоде с целью консервативного лечения применялась гидростатическая бариевая ирригоскопия под рентгенологическим контролем. В случаях нерасправления инвагинации - оперативное лечение. Операции выполнялись срединной лапаротомией. Во II периоде проводили консервативное лечение гидростатической клизмой под сонографическим контролем. В случаях отсутствия эффекта было использовано лапароскопическое вмешательство или лапаротомия поперечным разрезом в мезогастральной области.

Из 1051 пациента в I периоде консервативное лечение было успешным в 830 случаях (79,0%), оперативному лечению подвергнуто 221 (21,0%). После операции умер 21 пациент (1,9%). Причины смерти по заключениям патологоанатома: бариевый перитонит – у 2 больных, перитонит с многократными релапаротомиями и эвентрациями кишечника — у 13, перфоративные язвы тонкого кишечника, перитонит — у 2, сальмонеллез — у 1, некротический нефроз — у 1, язвенный энтероколит — у 1, странгуляционная кишечная непроходимость — у 1.

За II период с 2002 г. по 2012 г. в клинике находилось на лечении 549 больных с инвагинацией кишечника: в возрасте до 3 месяцев - 10 (1,8%), от 4 до 6 месяцев — 93 (16,9%), от 7 до 12 месяцев — 139 (25,3%), от года до 3 лет — 243 (44,3%) и старше 3 лет — 64 (11,7%) детей. Большинство детей с

инвагинацией кишечника (67,5%) поступили в ранние сроки (до 12 часов от начала заболевания).

Консервативная дезинвагинация под контролируемым внутрикишечным давлением физиологическим раствором и сонографическим контролем была успешно проведена у 504 (91,8%) больных, не увенчалась успехом только у 45 (8,2%).

В 45 случаях инвагинат не удалось расправить по следующим причинам:

- у 7 больных инвагинация кишечника была тонко-тонкокишечная, причем в двух случаях она была множественная (по три инвагината);
- у 2 больных инвагинация была вызвана дивертикулом Меккеля, у 3 – удвоением слепой и подвздошной кишок;
- у 13 больных – инвагинация была тонко-тонко-толстокишечная, инвагинаты удалось ретроградно продвинуть только до дистального отдела подвздошной кишки;
- В остальных 20 случаях инвагинация была подвздошноободочная. Гидростатической клизмой инвагинаты были ретроградно сдвинуты до илеоцекального угла, и дальше не продвигались, несмотря на многократные попытки дезинвагинации.

Оперативное лечение применено у всех 45 пациентов: лапаротомия, расправление инвагинации кишечника по Гутчинсону – у 28; дезинвагинация и ушивание разрыва поперечно-ободочной кишки – у одного; удаление кистозного образования слепой кишки и тонкой кишки – у двух; резекция некротически измененной петли тонкой кишки, формирование илеостомы – у 2; резекция петли подвздошной кишки с наложением анастомоза «конец в конец» – у 2. У 10 пациентов дезинвагинация произведена с помощью лапароскопической операции. Все больные выздоровели.

Наблюдали два осложнения – острую почечную недостаточность, которая ликвидирована консервативным лечением и разрыв восходящей ободочной кишки через 3 суток с момента заболевания при консервативном расправлении инвагинации.

Таким образом, оперативное лечение при инвагинации кишечника у детей показано:

- при тонко-тонкокишечной инвагинации;
- при сложной тонко-тонкоободочной инвагинации;
- при инвагинации, вызванной интра- или экстраинтестинальными причинами (дивертикул Меккеля, дубликатуры, опухоли и др. анатомические образования);
- при подвздошно-ободочной инвагинации с выраженным мезаденитом и неуспехе 3-кратного расправления;
- при некрозе инвагината с явлениями перитонита или без перитонита.

Лапароскопическая дезинвагинация показана при тонко-тонкокишечной инвагинации в связи с легкостью расправления инвагината.

Литература

1. Катько В.А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей. – Минск: Зорны верасень, - 2006. – 116 с.

2. Лебедев А.П. Инвагинация кишечника. – Минск: Беларусь, 1969. -168 с.