

Катько В.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота инвагинации кишечника составляет 1,5-4 на тысячу новорождённых. Инвагинация кишечника – тяжелое заболевание, сопровождается осложнениями и летальностью. В 1939 г. М. 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.

ЦЕЛЬ – провести сравнительную оценку традиционных методов лечения с новыми, применяемыми в клинике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 1970 г. по 2013 г. в клинике находилось на лечении 1661 пациент. Лечение инвагинации кишечника мы условно разделили на 2 периода: I период – с 1970 г. по 2001 г.; II период – с 2002 г. по 2013 г.

В I периоде с целью консервативного лечения применялся «золотой стандарт». В случаях нерасправления инвагинации – оперативное лечение. Операции выполнялись срединной лапаротомией.

Во II периоде проводили консервативное лечение нами предложенным методом – гидростатической клизмой физиологического раствора 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 были бариевый перитонит и послеоперационные осложнения.

За II период с 2002 г. по 2013 г. в клинике находилось на лечении 612 больных: в возрасте до 3 месяцев – 1,8%, от 4 до 6 месяцев – 16,9%, от 7 до 12 месяцев – 25,3%, от года до 3 лет – 44,3% и старше 3 лет – 11,7% детей. Большинство пациентов с инвагинацией кишечника (67,5%) поступили в клинику до 12 ч от начала заболевания.

Консервативная дезинвагинация физиологическим раствором под сонографическим контролем была успешно проведена у 557 (91,0%) пациентов, не увенчалась успехом только у 55 (9,0%).

Оперативное лечение применено у всех 55 пациентов: лапаротомия, расправление инвагинации кишечника по Гутчинсону – у 34,

лапароскопия – у 12; дезинвагинация и ушивание разрыва поперечно-ободочной кишки – у 1; удаление кистозного образования слепой кишки и тонкой кишки – у 2; резекция некротически измененной петли тонкой кишки, формирование илеостомы – у 2; резекция петли подвздошной кишки с наложением анастомоза «конец в конец» – у 4.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Приведенные данные на большом клиническом материале показывают, что применение нового метода консервативного лечения (получено 3 патента) значительно улучшило результаты лечения: достигнуто 91,0% успешных распрямлений против 79,0% бариевыми клизмами. Кроме того, маленькие дети не подвергались рентгенологическому облучению и опасности смертельного бариевого перитонита. Применение поперечных разрезов при лапаротомии по сравнению со срединной позволило избежать множественных осложнений (расхождение швов, эвентрация, множественные кишечные свищи, перитонит, спаечная непроходимость и др.). Во II периоде отсутствовала летальность, что свидетельствует о прогрессе в лечении этого тяжёлого заболевания.

ВЫВОДЫ.

1. Новый метод консервативного лечения гидростатической клизмой под сонографическим контролем эффективен в 91,0% случаев, безвреден для ребенка. Осложнение – перфорация кишки не угрожает жизни ребенка.

2. Оперативное лечение проводят поперечной лапаротомией или лапароскопически, благодаря чему предупреждают осложнения.