

паротомией у детей определяется сокращением сроков лечения более чем в 2 раза и уменьшением количества рецидивов непроходимости в 2,5 раза.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Цап Н.А., Пономарева С.Ю., Муллаяров Р.Ф., Чукрсов В.И.

В настоящее время нет однозначного решения вопроса о показаниях и способах консервативной дезинвагинации кишечника.

За период с 1994 по 1999 г.г. в клинике неотложной детской хирургии УГМА находилось на лечении с инвагинацией кишечника 212 пациентов. Дети в возрасте до 1 года составили 72,3%. Результаты углубленного анализа соответствия сроков заболевания, клинической и рентгенологической картины, данных оперативного вмешательства (расправления инвагината без затруднений, минимальные изменения в стенке кишки) позволили расширить показания к консервативному лечению инвагинации кишечника у детей.

В ГДМБ №9 с 1996 г. ирригоскопия с воздухом у детей с подозрением на инвагинацию кишечника выполняется на универсальном рентгенодиагностическом комплексе SIRESCOP CX фирмы Siemens, оснащенного УПИ с телесистемой. Особенностью данной модели рентгеновского аппарата является:

- 1) снижение лучевой нагрузки на пациента и, в особенности, на медицинский персонал за счет конструктивных решений;
- 2) четкая работа рентгеновского экспонетра, позволяющего оптимизировать физико-технические условия (ФТУ) исследования, что в свою очередь также снижает лучевую нагрузку;
- 3) возможность фиксации последнего кадра, что позволяет детально проанализировать изображение на мониторе при выключенном высоком напряжении.

Усредненные условия (ФТУ) рентгеноскопии при инвагинации: напряжение 52 кV, ток трубки 0,7 mA.

С 1998 г. к рентгеновскому аппарату был подключен персональный компьютер с возможностью захвата телезображения и последующей обработкой и архивацией рентгеновского изображения с помощью программы, разработанной медкомпанией «SAN», т.о. отпала необходимость в производстве рентгенограмм, протоколирующих ход исследования и его результаты, что в свою очередь резко уменьшило лучевую нагрузку.

С 2000 г. к персональному компьютеру рентгеновского отделения подключен персональный компьютер в отделении неотложной хирургии, что позволяет просматривать рентгеновские изображения в отделении сразу по завершении исследования. изучать архивные рентгеновские изображения,

позволяя улучшить процесс обучения студентов и молодых врачей демонстрацией реально выполненных исследований

В 1997 г. в отделении лучевой диагностики Г ДМБ № 9 выполнено 67 ирригоскопий. в 1998 г. - 65 ирригоскопий с воздухом, в 1999 г. - 74 ирригоскопии. Большая часть ирригоскопий является диагностической и длится 1-2 минуты. Снимки в этом случае не производятся либо выполняется цифровая рентгенография (ЦРГ) на персональном компьютере.

В случае диагностирования инвагинации исследование продолжается до полного устранения инвагинации и занимает в среднем 10-15 минут. Производится 2 цифровые рентгенограммы - в момент диагностирования инвагинации и после расправления инвагината, критериями чего является исчезновение тени головки инвагината и прохождения воздуха в петли тонкой кишки.

Консервативная дезинвагинация методом пневмоирригокомпрессии применена у 93 % детей, из них 87 % детей, поступивших в сроки до 24 часов от начала заболевания, у 6% детей в сроки заболевания от 24 до 30 часов при отсутствии симптомов перитонита. У последней группы детей во время диагностической ирригоскопии воздухом отмечалось свободное продвижение инвагината в оральном направлении. Осложнений не было.

Считаем так же, что снижена опасность наличия органических причин инвагинации кишечника у детей старше 1 года. 68,4% больных этой группы избежали оперативного лечения благодаря успешной дезинвагинации воздухом. При последующем комплексном обследовании этих детей органических изменений в кишечной трубке, брюшной полости не выявлено.

Кроме того, внедрен и используется способ лапароскопической дезинвагинации кишечника, что позволяет визуализировать патологические изменения в стенке кишки в сроки более 24 часов, выяснить причины инвагинации у детей старше 1 года, расправить инвагинат в случае неэффективности консервативного лечения в ранние сроки.

Средняя лапаротомия произведена 32 детям (15%). Объем оперативных вмешательств был различен, зависел от выявленных патологических изменений в брюшной полости. Послеоперационная летальность 3,1%. У 28 больных (13,2%) произведена ручная дезинвагинация кишечника методом "выдавания". У 4 детей (1,9%) был выявлен некроз инвагинированной кишки; произведена резекция кишечника с формированием межкишечного анастомоза у 2 больных; с выведением двойной илеоколотомы на переднюю брюшную стенку у 2 детей грудного возраста с последующей этапной хирургической реабилитацией.

Клиника неотложной детской хирургии УГМА отдает предпочтение консервативному методу дезинвагинации и обоснованно пересматривает расширение возрастных показаний.