

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детской хирургии с курсом ПО им. проф. В.П.Красовской

ИО Зав. Кафедрой: КМН, доцент Портнягина Э.В.

Руководитель ординатуры: КМН, доцент Портнягина Э.В.

Реферат.

Тема: Инвагинация кишок у детей.

Выполнил: ординатор кафедры детской хирургии
с курсом ПО им. проф. В.П.Красовской

Погонин Игорь Владимирович.

Красноярск 2018 г.

Инвагинация кишок – смешанный вариант кишечной непроходимости, обусловленный изоперистальтическим внедрением проксимального участка кишки в дистальный (крайне редко - наоборот). В зависимости от отдела кишечника вовлеченного в инвагинат выделяют несколько форм: тонко-тонкокишечная (5%) – внедрение тонкой кишки в тонкую; илеоцекальная (94%) – внедрение тонкой кишки в ободочную; толсто-толстокишечная (1%) – внедрение толстой кишки в толстую. Илеоцекальная инвагинация представлена слепо-ободочной – внедрение слепой кишки в восходящую ободочную с последующим вовлечением в инвагинат подвздошной кишки с Баугиниевой заслонкой («головка инвагината» – слепая кишка) и подвздошно-ободочной – внедрение подвздошной кишки в восходящую ободочную через Баугиневу заслонку («головка инвагината» - подвздошная кишка). В соответствии с клиническими проявлениями и сроком заболевания выделяли три стадии КИ: I – «начальных клинических проявлений»; II – «ярких клинических проявлений»; III – «возможных клинических осложнений». Инвагинация кишок является самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей и может возникать в любом возрасте. Чаще инвагинация кишок встречается в возрасте от 4 до 9 месяцев (85 – 90% случаев). Мальчики страдают в два раза чаще девочек.

Теории возникновения

Основными являются три: механическая, паралитическая и спастическая.

Сторонники *механической* теории (Kasemeyer, 1912, и др.) считают, что основным в механизме инвагинации кишок является тяжесть наполненного содержимым участка кишки, который в силу этого, особенно при наличии какой-либо опухоли, пассивно внедряется в нижележащий участок.

Паралитическая теория возникновения инвагинации кишок имеет много сторонников. Приверженцы этой теории [Leichtenstern (1873) и Рауг (цит. по М. М. Дитерихс, 1913) и др.] считали, что любой отдел кишечника может при нормальной перистальтике оказаться внедренным в нижележащий парализованный, в силу разных причин, и расширенный отдел кишечника.

Рауг считал, что механизм внедрения может заключаться в следующем: сокращенный в результате усиленной по различным причинам перистальтики нормальный участок кишечника продвигает парализованный участок и внедряет его в нижележащий нормальный участок кишки.

Наряду с этим существовала точка зрения, что инвагинация кишок развивается при наличии врожденного дефекта мускулатуры кишки. А. С. Бродский, З.М. Митлин (1927) субсерозно удаляли у собак мускулатуру на небольшом участке кишки, после чего внедряли этот участок. Наступившая инвагинация при этом не только не расправлялась, а даже прогрессировала. На основании этого авторы высказали мнение, что парализованный участок кишки является препятствием для передвижения кишечного содержимого. Наличие препятствия вызывает усиленную перистальтику вышележащего отдела кишки и усугубляет этим инвагинацию.

Спастическая теория. Паралитическую теорию сильно поколебали экспериментальные исследования Nothnagel (1899), Propping (1910), М. М. Дитерихс (1913), И. А. Клюсс (1931) и др., показавших, что обычный спазм мускулатуры без какого-либо паралича участка кишки может вызвать инвагинацию кишок.

Nothnagel, Propping, М. М. Дитерихс и др. дали прочное обоснование спастической теории инвагинации кишок. Эти авторы в своих работах наглядно доказали, что для наступления инвагинации вовсе не обязательно наличие какого-либо дефекта части кишечника, а равно и паралича участка кишки. Вызванный указанными авторами экспериментально спазм участка кишки оказался способным повлечь за собой инвагинацию. Однако экспериментальные внедрения удавалось создать на непродолжительное время. При этом во внедрение вовлекались небольшие участки кишечника и, что особенно важно, они расправлялись самопроизвольно. Таким образом, кроме спазма, для получения стойкой инвагинации кишечника необходимы еще какие-то условия.

Аденопатии брыжеечных лимфатических узлов, которые могут возникнуть в результате вирусного, бактериального или паразитарного воздействия, могут иметь большое значение в патогенезе инвагинации кишечника (Merle, Rone, 1960; Dennison, 1970, и др.). Cooke, Lewis

(1960) считают, что при мезадените могут появиться отек стенки кишки, выпот в брюшной полости. Это может вызвать извращение ритма перистальтики кишечника и образование инвагинации. Такого же мнения придерживаются Gardner (1961), Ross (1962) и др. Они считают, что причиной инвагинации у детей часто являются воспаление баугиниевой заслонки и лимфоидной ткани.

Предрасполагающие факторы:

1. недостаточность баугиниевой заслонки,
2. несоответствие диаметров подвздошной кишки и ее “ампулы” с преобладанием на границе их циркулярного мышечного слоя (так называемый илео-цекальный сфинктер), а также несоответствие диаметров “ампулы” подвздошной кишки и слепой кишки
3. низкое прикрепление “ампулы” к слепой кишке с наличием тупого илео-цекального угла
4. высокую подвижность илео-цекального угла и часто общую брыжейку подвздошной и слепой кишок, объясняющих глубокое внедрение инвагината.

Разрешающим моментом считают временную дискоординацию перистальтики кишечника, т.е. нарушение правильного волнообразного ритма перистальтических движений кишки с образованием отдельных участков спазма и расслабления мышечного слоя, способствующих внедрению одного сегмента кишки в другой. К дискоординации перистальтики могут привести изменение режима питания (введение прикорма, приём более грубой пищи), а также воспалительные заболевания кишечника (дизентерия, другие виды кишечных инфекций, энтеровирусная инфекция).

Механические причины инвагинации (дивертикул Меккеля, опухоль кишечника, полип, стеноз кишки, увеличение брыжеечных лимфоузлов разного генеза) выявляют только у 5-6% больных и, как правило, у детей старше 1 года.

Патогенез

У детей грудного возраста причиной инвагинации кишок чаще всего является функциональное нарушение координации кишечной моторики с преобладанием сокращений циркулярного мышечного слоя кишечной стенки. К некоординированному сокращению мышечных слоев могут привести изменения режима питания, введение прикорма, воспалительные заболевания кишечника. У детей старше года

сравнительно часто наблюдаются механические причины инвагинации (полипы, дивертикулы, опухоли кишечной стенки).

Нарушение координации сокращения гладкой мускулатуры кишки приводят к внедрению ее участка в нижележащий по ходу перистальтики и формированию «инвагината» (обтурация кишечника).

Поскольку за кишечной трубкой внедряется и соответствующая часть брыжейки, возникает странгуляция кишечника (нарушение кровообращения в кишке). Дальнейшее изоперистальтическое продвижение инвагината усугубляет циркуляторные нарушения в кишке. Развивается венозный застой и отек кишечной стенки, сопровождающийся отложением фибрина с адгезией брюшинных поверхностей цилиндров инвагината. Дальнейшие циркуляторные нарушения ведут к некрозу кишечной стенки и развитию перитонита. При тонкокишечных инвагинациях некроз кишки можно ожидать через 12 – 24 часа, при подвздошно-ободочном варианте инвагинации – через 6 – 12 часов, при слепо-ободочном и толстокишечном вариантах – через 36 – 48 часов.

Клиническая картина

Клиника острой формы кишечной инвагинации зависит от уровня внедрения кишки, возраста ребёнка и срока заболевания. В связи с тем, что наиболее часто встречается илео-цекальная (простая подвздошно-ободочная и слепо-ободочная (инвагинация у детей до 1 года), клиническую картину этих форм считают типичной. Тонкокишечная и толстокишечная инвагинации имеют несколько иную симптоматику.

Клиника илео-цекальной инвагинации

Этот вид инвагинации возникает чаще у здорового упитанного ребёнка. Самым первым признаком является появление болей в животе. Заболевание начинается остро, среди полного здоровья, иногда во сне. Внезапно ребенок начинает резко беспокоиться, кричать, судорожно сучить ножками. Появляются бледность лица, холодный пот. Ребёнок отказывается от груди матери, не успокаивается на её руках, положительный симптом “обезьянки”.

Приступ болей обычно бывает кратковременным (3-7 минут), сопровождается рвотой и прекращается так же внезапно, как и начался. Через несколько минут (10-15) приступ болей повторяется вновь и отмечается повторная рвота. Светлые промежутки между схватками постепенно делаются менее продолжительными, а приступы теряют характерную остроту. Но состояние ребёнка при этом прогрессивно ухудшается: он становится вялым, адинамичным, отказывается от пищи. Возникновение болей обусловлено ишемией кишечной стенки вследствие ущемления и натяжения брыжейки, а периодическое усиление перистальтики объясняет имеющийся при этой патологии приступообразный характер болевого синдрома. Рвота вначале носит чисто рефлекторный характер вследствие раздражения брюшины и состоит из желудочного содержимого. Однако, по мере прогрессирования заболевания, в более поздние сроки принимает вид дуоденального содержимого с наличием желчи, а затем и каловый характер. Отсутствие рвоты наблюдается редко, лишь у 11-14% больных.

Одним из самых важных и частых симптомов этого вида инвагинации является наличие крови в стуле. В первые часы заболевания у ребёнка может быть самостоятельный стул. Часто нормальный стул родители получают после клизмы. Однако после стула боли в животе не исчезают, а через несколько часов (обычно через 4-6 часов) в стуле появляется примесь крови тёмно-вишнёвого оттенка в разных количествах (от прожилок до сгустков) с обязательным наличием слизи (вид "малинового желе"). Появление крови в стуле объясняется диапедезом эритроцитов вследствие повышения сосудистой проницаемости при циркуляторных расстройствах в кишечнике. Ценность этого симптома несколько снижена тем, что только у 40% больных кровь из прямой кишки выделяется в первые 4 часа заболевания, у 70% – в первую половину суток и у 30% – во вторую половину суток. В начале заболевания живот имеет нормальную конфигурацию, не вздут, мягкий и безболезненный. Напряжение мышц брюшной стенки не характерно. Вздутие живота и видимая на глаз перистальтика кишечника, так характерные для других видов острой кишечной непроходимости, в ранние сроки инвагинации отсутствуют и могут появляться лишь в позднем периоде. Зато одним из ранних, постоянных и очень важных симптомов заболевания, является наличие инвагината в брюшной полости, который прощупывается в виде валика по ходу ободочной кишки.

Запустевание правой подвздошной ямки (положительный симптом Данса) имеет место в значительном проценте случаев при слепободочной, реже наблюдаются при подвздошно-ободочной инвагинации.

Повышение температуры в ранние сроки заболевания также нехарактерно, этот симптом появляется лишь при наступлении некроза кишки и развитии перитонита.

Таким образом, наиболее характерными симптомами инвагинации, которые в таком сочетании позволяют поставить этот диагноз даже по телефону, являются: **приступообразные боли в животе, примесь крови в кале и наличие инвагината в брюшной полости**, которые и составляют известную **“триаду Мондора”**.

Однако приведенная клиническая картина характерна для ранних проявлений илео-цекальной инвагинации (в первые 12 часов). В более поздние сроки больные дети беспокоятся меньше, крик становится слабым, нарастают явления интоксикации и эксикоза. Температура тела повышается до субфебрильных и даже фебрильных цифр. Язык суховат, обложен бурым налетом, пульс частый, слабого наполнения. Появляются парез кишечника, признаки перитонита: живот вздут, напряжён, резко болезнен при пальпации, стула нет, газы не отходят. При пальцевом ректальном исследовании можно получить данные, свойственные инвагинации: вялый сфинктер, пустую ампулу прямой кишки, определение головки инвагината в виде “шейки матки”, выделение крови и слизи за извлечённым пальцем. На обзорных рентгенограммах брюшной полости видны множественные чаши Клойбера.

Следует отметить, что при позднем поступлении больных с наличием указанной симптоматики диагноз инвагинации поставить крайне трудно и чаще в таких случаях ставится диагноз “острого живота” или перитонита.

Таким образом, в клиническом течении инвагинации кишок выделяют три стадии:

- 1) начальную (или типичную),
- 2) стадию псевдодизентерии (после появления примеси крови в стуле)
- 3) и позднюю, или стадию осложнений (некроз кишки, перфорация, перитонит).

Клиника тонко-тонкокишечной инвагинации

Эта локализация инвагинации имеет некоторые особенности, зависящие от тяжести нейротрофических нарушений в кишке. Первыми признаками тонкокишечной инвагинации у грудных детей является сильное беспокойство, пронзительный крик и многократная рвота. Продолжительность приступа большая (до 20 минут), а “светлый” промежуток не наступает совсем, больной лишь чуть-чуть успокаивается, а затем крик вновь возобновляется. Старшие дети указывают, что в межприступный период боли несколько стихают, но совсем не проходят. Во время приступа старшие дети принимают вынужденное коленно-локтевое положение. Рвота многократная и быстро принимает каловый характер. Состояние больных тяжёлое за счёт болевого шока, выраженной интоксикации и быстро развивающегося обезвоживания. Уже через несколько часов ребёнок становится вялым, адинамичным, кожные покровы приобретают сероватый оттенок, пульс частый, нитевидный, повышается температура тела. Стул длительное время остаётся нормальным, но через 10-12 часов появляется примесь крови в кале. Живот не вздут, мягкий, инвагинат прощупать труднее в силу его меньших размеров и непостоянного расположения (чаще в центральных отделах брюшной полости – вокруг пупка).

Таким образом, характерная для илео-цекальной инвагинации триада в случае тонко-тонкокишечной инвагинации имеет следующие особенности:

1. Болевой синдром носит интенсивный и более постоянный характер;
2. Кровь из прямой кишки появляется позднее;
3. Инвагинат имеет меньшие размеры, локализуется в области пупка и определяется труднее.

Следует также отметить, что течение этого вида инвагинации тяжелее, т.к. быстрее наступает некроз кишки.

Клиника толсто-толстокишечной инвагинации

Внедрение толстой кишки в толстую проявляется менее выраженными клиническими признаками, чем при других видах инвагинации. Особенно «стёртая» симптоматология наблюдается у детей старшего возраста. Заболевание начинается нерезким кратковременным беспокойством. Приступы боли редкие. Может быть однократная рвота, но чаще она отсутствует. Неизменённая кровь в стуле, появляющаяся в течение первых часов от начала

появления небольших болей в животе, служит одним из главных симптомов толстокишечной инвагинации, особенно в сочетании с прощупываемым инвагинатом в левой половине живота. Пальцевое исследование через прямую кишку часто позволяет определить «головку» инвагината.

В некоторых случаях инвагинат может «родиться», т.е. «выпасть» через заднепроходное отверстие. При этом слизистая оболочка выпавшей кишки отёчна, синюшна, с участками кровоизлияний. Для решения вопроса дифференциальной диагностики «родившегося» инвагината от выпадения прямой кишки следует сделать ректальное пальцевое исследование. Последнее возможно при «рождении» инвагината и невозможно при выпадении прямой кишки, т.к. оно начинается от переходной складки.

Таким образом, при толсто-толстокишечной инвагинации клиническая картина более стёртая, признаки классической триады также имеют свои особенности:

1. Боли менее интенсивны и не имеют строгой периодичности;
2. Кровь появляется рано и не изменена, алого цвета, без сгустков;
3. Инвагинат больших размеров, определяется в левой половине живота и иногда «рождается» через прямую кишку.

1) Диагностика

Диагностика инвагинации основывается на клинической симптоматике и дополнительных методах исследования. Раннее применение дополнительных методов диагностики значительно сокращает время, необходимое для установления диагноза. К дополнительным методам диагностики относятся ректальное пальцевое исследование, поднаркозная пальпация живота, пневмоирригография.

Ректальное пальцевое исследование позволяет выявить головку инвагината кончиком пальца при её низком расположении. Особенно помогает этому бимануальная пальпация. Если головка не определяется, то необходимо обратить внимание после извлечения пальца из прямой кишки на наличие кровянистых выделений и слизи без каловых масс. Этот симптом можно считать одним из наиболее достоверных признаков инвагинации (симптом «малинового желе»).

При поднаркозной пальпации живота по схеме Февра последовательно обследуют все его отделы: вначале по ходу ободочной кишки, а затем и центральные отделы брюшной полости. Илео-цекальный инвагинат находят в проекции ободочной кишки, в разных её отделах (с учетом схемы Февра) в зависимости от места смещения. В центральных отделах брюшной полости обычно располагается тонкокишечный инвагинат. Оценивают размеры, подвижность, болезненность инвагината, а также определяют симптом Данса. Из **рентгенологических методов** исследования применяют бесконтрастный обзорный снимок брюшной полости и **пневмоирриграфию**, т.е. контрастное исследование толстой кишки с введением воздуха. Первый метод мало информативен, а наиболее ценные сведения дает контрастирование толстой кишки воздухом, которое позволяет выявить головку инвагината при толстокишечной и илео-цекальной инвагинации. Техника исследования: резиновую трубку, соединенную через тройник с манометром и баллончиком

Ричардсона, вводят в прямую кишку. Воздух осторожно нагнетают в прямую кишку под контролем рентгеновского экрана. По мере заполнения толстой кишки воздухом (под давлением 40-50мм.рт.ст.) инвагинат определяется в виде гомогенной тени, окруженной по бокам воздухом, образующим фигуру «двузубца», «серпа», «клешней рака». При тонокишечной инвагинации это исследование не проводят. В более поздние сроки заболевания при развитии осложнений (перитонита, полной непроходимости кишечника, паралитического илеуса) на обзорной рентгенограмме брюшной полости можно найти горизонтальные уровни в петлях кишок – **чаши Клойбера**. Проведение пневмоирриграфии в эту стадию противопоказано. Для диагностики нарушений гомеостаза измеряют АД, ЦВД, ОЦК, определяют группу крови и резус-фактор, а из лабораторных данных – калий, натрий, хлор, кальций, мочевины, белковые фракции, гематокритную величину.

Дифференциальная диагностика

Дифференцировать инвагинацию кишок необходимо с заболеваниями, сопровождающимися приступами боли в животе, рвотой,

кровянистыми выделениями из прямой кишки, наличием опухолевидного образования в брюшной полости.

Для дизентерии не характерно столь острое начало заболевания с приступами боли в животе и «светлыми» промежутками, что типично для инвагинации. Для дизентерии характерно наличие слизи в каловых массах с примесью комочков гноя и сгустков крови. В отличие от этого при инвагинации из заднего прохода выделяется темная кровь, смешанная со слизью. Пальпируемое в брюшной полости колбасовидное образование подтверждает диагноз инвагинации. Ректальное исследование при инвагинации кишечника позволяет определить головку инвагината, пустую ампулу прямой кишки, сниженный тонус сфинктера. В отличие от этого при дизентерии выявляется спазм анального сфинктера. В любом случае следует учитывать нередкое сочетание инфекционной патологии с инвагинацией кишечника.

Абдоминальный синдром при болезни Шейнлейна – Геноха может иметь сходные с инвагинацией проявления: внезапные приступы боли в животе, рвота и стул с примесью крови. Для абдоминального синдрома при болезни Шейнлейна – Геноха характерны непостоянство и нестойкость симптомов, тогда как при инвагинации они держатся стойко и нарастают. У детей может отмечаться рвота с примесью крови, что нехарактерно для инвагинации. Кишечное кровотечение при болезни Шейнлейна – Геноха бывает вместе с каловым стулом, а при инвагинации присутствует кровь со слизью.

У старших детей инвагинацию приходится дифференцировать с острым аппендицитом. Симптомы инвагинации кишок у детей старшего возраста обычно менее ярко выражены, чем у грудных детей. В отличие от аппендицита при инвагинации боль в животе носит схваткообразный характер со «светлыми» промежутками. Признаки непроходимости кишечника также не характерны для острого аппендицита. При инвагинации кишок живот долгое время остается мягким, в отличие от острого аппендицита, при котором напряжение мышц живота – один из основных признаков заболевания.

При пептической язве дивертикула Меккеля кишечное кровотечение является первым и основным симптомом. В отличие от инвагинации кровотечению не предшествуют болевые приступы, ребенок остается спокойным. Выделяемая кровь при язве дивертикула Меккеля не содержит слизи, что характерно для инвагинации кишок. Пальпаторно не выявляется опухолевидное образование.

Полипоз толстой кишки часто сопровождается массивным кровотечением. Однако болевого синдрома у таких детей нет, стул остается каловым с примесью алой или более темной крови со сгустками. Выражена анемия.

Эвагинацию приходится дифференцировать с выпадением прямой кишки. В отличие от инвагинации выпадение прямой кишки не сопровождается болевым приступом и рвотой. Кроме того, при осмотре выпавшей кишки определяется, что слизистая кишки переходит в кожу вокруг заднепроходного отверстия. При эвагинации между выпавшей кишкой и кольцом заднего прохода имеется борозда, через которую можно провести палец или зонд в ампулу прямой кишки.

Лечение

Существует 2 основных способа дезинвагинации: консервативный и оперативный. Каждый из них имеет строгие показания и противопоказания.

Консервативное лечение инвагинации кишок показано только у детей грудного возраста при раннем поступлении больного в хирургический стационар (до 12 часов от начала заболевания) и установленной локализации головки инвагината в толстой кишке, т.е. при толстокишечной, слепо-ободочной и простой подвздошно-ободочной инвагинации.

Показания к консервативной дезинвагинации:

1. Срок от начала заболевания менее 12 часов;
2. Возраст ребёнка младше 1 года
3. Отсутствие крови в кале.

Техника консервативной дезинвагинации: производят нагнетание в толстую кишку воздуха с помощью баллончика Ричардсона под контролем ЭОП. Давление в системе должно составлять не более 40 мм. рт. ст. (контроль манометром).

Результаты расправления оценивают по рентгенологическим признакам (заполнение всей толстой кишки воздухом, исчезновение тени инвагината, прохождение воздуха в подвздошную кишку), а также по клиническим признакам (улучшение состояния, отсутствие приступов беспокойств и инвагината в брюшной полости). Дальнейшая тактика состоит в следующем: клиническое наблюдение за больным осуществляют в течение 1-2 суток. Дополнительным контролем служит рентгенологическое контрастное исследование ЖКТ с барием (следят за продвижением контраста в течение 12 часов).

Показания к оперативному лечению:

1. Тонко-тонкокишечная инвагинация;
2. Поздние сроки поступления (более 12 часов) с любой локализацией инвагинации;
3. Рецидив инвагинации;
4. Выпадение инвагината через прямую кишку;
5. Дети старше 1 года.
6. Примесь крови в кале.

Предоперационная подготовка должна быть выполнена в кратчайшие сроки и должна быть направлена на улучшение микроциркуляции, восстановление водно-электролитного баланса, снижение гипертермии. В качестве инфузионных сред целесообразно использовать кристаллоиды. Об адекватности предоперационного лечения судят по нормализации времени наполнения ногтевых лож, субнормальным цифрам диуреза (минимум 1 мл/кг/ч), снижении гипертермии, нормализации водно-электролитных показателей и показателей кислотно-основного состояния. Операцию следует выполнять под

интубационным наркозом с использованием миорелаксантов после общепринятой схемы премедикации

Объём оперативного вмешательства зависит от сроков заболевания и варьирует от дезинвагинации (методом выдавливания) до резекции инвагината в пределах здоровых тканей.

Существует два метода оперативного вмешательства для лечения инвагинации кишок: лапароскопический и лапаротомный.

Методика лапароскопической дезинвагинации.

После формирования пневмоперитонеума и установки двух рабочих троакаров необходимо выполнить первичную ревизию органов брюшной полости. Задачи первичной ревизии: обнаружение инвагината, оценка вида кишечной инвагинации, оценка выпота в брюшной полости, определение выраженности циркуляторных изменений в ущемленной кишке, выявление сопутствующей патологии органов брюшной полости. После обнаружения инвагината необходимо выполнить дезинвагинацию. Для этого необходимо одним из зажимов захватить наружный цилиндр инвагината, вторым зажимом – внедренную кишку за противобрыжеечный край и осторожно осуществить тракцию внедренной кишки по продольной оси в противоположных направлениях. После дезинвагинации необходимо выполнить повторную ревизию брюшной полости. Задачи повторной ревизии: оценить степень циркуляторные нарушения в кишечных петлях, находившихся в инвагинате, оценить полноту дезинвагинации, осмотр подвздошной кишки для поиска тонкокишечной инвагинации, выявление анатомических предпосылок для инвагинации кишечника, эвакуация выпота из брюшной полости. Если интраоперационная ситуация не позволяет закончить вмешательство лапароскопически необходимо перейти к открытой операции.

Эффективность лапароскопической дезинвагинации достигает 77%, при этом успех методики зависит от формы и стадии КИ.

Методика лапаротомной дезинвагинации.

Выбор лапаротомного доступа зависит от локализации инвагината. При илюоцекальной инвагинации (самый частый вариант) предпочтение следует отдавать правосторонней поперечной лапаротомии.

Дезинвагинацию следует выполнять выдавливанием инвагината в оральном направлении. Применение значительной силы на этом этапе операции недопустимо. После расправления инвагинации петлю кишки необходимо согреть влажными салфетками и оценить её

жизнеспособность. Если жизнеспособность кишки не вызывает сомнений процедуру считают завершенной и операцию заканчивают в соответствии с общими правилами хирургии. В случае необходимости выполняют резекцию кишки. Показанием к резекции кишки при инвагинации кишечника являются: 1. признаки нежизнеспособности кишки после успешной дезинвагинации (после согревания кишки пульсация сосудов брыжейки не восстановилась, сохраняется резкий цианоз и отек кишки, нет видимой перистальтики или определяются обширные кровоизлияния); 2. Невозможность выполнить мануальную дезинвагинацию (при попытках расправления появляются надрывы кишечной стенки или определяется некроз внедренных отделов кишки).

Послеоперационное лечение включает в себя интенсивную терапию, направленную на коррекцию нарушенных параметров гомеостаза (дезинтоксикация, регидратация, устранение электролитного дисбаланса, белкового дефицита), и поддерживающую терапию (сердечно-сосудистые препараты, жаропонижающие средства, иммуномодуляторы), а также антибиотики.

Кормление детей, у которых операция закончилась дезинвагинацией, начинают через 6 часов пищей, соответствующей возрасту (грудных детей – молоком по 15-20 мл через 2 часа, старших детей – жидкой пищей: чаем, киселем, бульоном). Детям, которым была произведена резекция кишки, в течение 3 суток проводят полное парентеральное питание, а с 4-х суток назначают щадящий жидкий послеоперационный стол.

Литература

1. Баиров Г.А. Неотложная хирургия детей. – Л.: Медицина, 1973. – 470 с. 4
2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-МЕД. – 440 с.
3. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: Национальное руководство / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.
4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей: руководство. – М.: Медицина, 1988. – 416 с.
5. Староверова Г.А. Выбор метода лечения илеоцекальных инвагинаций у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1982. – 15 с.\
6. Фельдман Х. И. Инвагинация и эвагинация кишок в детском возрасте, - 1977. М.,с. 152

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра детской хирургии с курсом ПО им.проф. В.П.Красовской

Рецензия зав. кафедрой детской хирургии с курсом ПО им.проф. В.П.Красовской, доцента, КМН Портнягиной Эльвиры Васильевны на реферат ординатора первого года обучения по специальности Детская хирургия Погонина Игоря Владимировича по теме: «Инвагинация кишок у детей».

Инвагинация кишок была и остается актуальной проблемой в urgentной хирургии детей раннего возраста. Наличие неявной клинической картины, преобладание общих симптомов у детей раннего возраста над местными делает данную патологию трудной для диагностики и усложняет дифференциальную диагностику как с хирургической, так и с соматической патологией.

Перед врачом стоит ответственность за своевременную, правильную диагностику инвагинации кишок у детей и своевременное оперативное лечение.

Целью данного реферата являются рассмотрение врачом-ординатором данных об этиологии, патогенезе, диагностике и экстренной помощи при неотложном состоянии в детской хирургии – инвагинация кишок, для улучшения профессиональных компетенций. Реферат соответствует всем требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения по специальности Детская хирургия:

№	Оценочные критерии	Положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Наличие орфографических ошибок	-
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Круг использования известных научных источников	+
9.	Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента:

Дата: 13/12-18

Подпись ординатора

Подпись рецензента: Зав. кафедрой
детской хирургии с курсом ПО им.
Прф. В.П. Красовской, доцент, КМН
Портнягина Эльвира Васильевна

_____ г.

/Погонин И. В./

