

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

РЕФЕРАТ

Тема: «ИНВАГИНАЦИЯ»

Выполнил: Ординатор
Иванников Вениамин Александрович

Красноярск, 2021

Содержание:

1. Определение, этиология и патогенез.....1-2 стр.
2. Классификация.....3 стр.
3. Анатомические особенности.....3-4 стр.
4. Клиническая картина.....5-8 стр.
5. Диагностика.....8-9 стр.
6. Дифференциальная диагностика.....9-10 стр.
7. Лечение.....10-13 стр.
8. Литература.....18 стр.

Определение, этиология и патогенез инвагинации кишечника.

Инвагинация - внедрение отдела кишки в просвет ниже- или вышерасположенного участка. При этом в месте внедрения образуется три цилиндра: наружный (влагалище) и два внутренних (инвагинат). Вершину инвагината принято называть головкой (соответствует переходу внутреннего цилиндра в средний). Увеличение протяженности инвагинированной части кишки происходит только за счет вворачивания наружного цилиндра, головка инвагината затягивает брыжейку, которая ущемляется между внутренним и средним цилиндрами (обращены друг к другу серозной оболочкой).

Инвагинация относится к смешанному или комбинированному виду механической непроходимости, поскольку в ней сочетаются элементы странгуляции (ущемление брыжейки внедренной кишки) и обтурации (закрытие просвета кишки инвагинатом)

Инвагинация, у детей грудного возраста. Особенно часто в период от 4 до 9 месяцев. Мальчики заболевают в 2 раза чаще. У детей старше года возникает реже.

Непосредственной причиной, вызывающей инвагинацию у детей первого года жизни, являются провоцирующие факторы такие как:

Алиментарный фактор: неправильное введение прикормов, отсутствие режима питания, отсутствие ночного перерыва, отсутствие кормления связанного с возрастными особенностями.

Теории механизма инвагинации:

Механическая

Различного рода опухоли, каловые камни, мезаденит, дивертикул Меккеля, глистная инвазия, травма живота.

Паралитическая

Любой отдел кишечника при нормальной перистальтике может внедриться в нижележащий парализованный отдел. Дефект мускулатуры.

Спастическая

На фоне обычного спазма мускулатуры без какого либо паралича может вызывать инвагинацию кишечника.

Из физиологии известно, что кишечная трубка находится постоянно в тоническом состоянии, благодаря взаимодействию двух иннервационных механизмов: экстрамурального (симпатической и парасимпатической систем) и интрамурального (ауэрбахового и мейсснерового сплетений).

Регуляция ритмических сокращений кишечника осуществляется и гуморальным путем. Поступление в кровь холина, ацетилхолина вызывает возбуждение тонуса блуждающего нерва и в результате этого наступает

усиленное сокращение кишечной мускулатуры. Под влиянием адреналина происходит пробуждение тонуса симпатического нерва и наступает резко выраженная задержка ритмичных сокращений.

Таким образом, кишечная трубка под влиянием иннервационного механизма находится в тоническом состоянии. Подверженная различными влияниями, она реагирует на них то сокращением, то расслаблением мускулатуры стенки, причем в месте раздражения возникает спазм круговой мускулатуры. Мускулатура же нижележащего отрезка расслабляется, и пища проталкивается в нижележащий участок.

При нормальной деятельности кишечника имеется постоянное несоответствие просветов близлежащих отделов кишки: спазм вышележащего и расслабление нижележащего участка. При нормальной перистальтике кишечника инвагинация не наступает, во-первых, из-за слаженности регуляторных влияний со стороны нервной системы и во-вторых, если целостность кишки, анатомическая и физиологическая, не нарушена, вышележащие отделы препятствуют инвагинации. Для того, чтобы она произошла, необходимо нарушение слаженности перистальтических движений кишечника.

Большинство инвагинаций кишечника у детей располагается в илеоцекальном отделе кишечной трубки.

Патологическая анатомия простого инвагината

Инвагинат состоит из трёх цилиндров:

Наружного (влагалище инвагината); Среднего и внутреннего (два последних собственно инвагинат); Вершину инвагината принято называть головкой инвагината которая соответствует переходу внутреннего цилиндра в средний.

Остальная часть инвагината названа <Тело>

При тонко-кишечной инвагинации омертвление кишки обычно наступает через 12-24 часа, а при подвздошно-ободочных формах (в связи с ущемлением баугиниевой заслонкой) некроз может наступить даже в первые 6-12 часов от начала заболевания. При слепо-ободочной и толсто-толстокишечной инвагинациях некроз стенки кишки наступает позднее 42 часов, т.к. циркуляторные нарушения развиваются медленнее.

Классификация инвагинации

- 1) Инвагинация тонкокишечная (простая форма) (2-4%) — внедрение тонкой кишки в тонкую;
- 2) Тонко толстокишечная (илеоцекальная форма 80-90%):
 - а) Подвздошно-ободочная в свою очередь делится на простую (внедрение отдела подвздошной кишки через баугиниевую заслонку) и сложную (внедрение тонкокишечной инвагинации в слепую кишку)
 - б) Слепо-ободочная инвагинация—головкой инвагината является дно слепой кишки, червеобразный отросток и терминальный отдел подвздошной кишки пассивно втягиваются между цилиндрами инвагината;
- 4) Инвагинация толстокишечная — внедрение толстой кишки в толстую;
- 5) Редкие формы инвагинации (изолированное внедрение червеобразного отростка, ретроградная инвагинация, многоцилиндровая, множественная, инвагинация отдельных гаустр).

Анатомические особенности

У детей в раннем возрасте, отмечается подвижность слепой кишки, также отмечается подвижность её начальной части, а при наличии общей брыжейки с подвздошной – и всей восходящей ободочной кишки.

Полная фиксация кишечника редко заканчивается к моменту рождения. В таких случаях подвздошная и восходящая кишки имеют общую брыжейку, представляющую частую форму неполной фиксации кишечника у детей. В этих случаях слепая кишка может быть легко смещена в разные направления, что может способствовать глубокому ее продвижению вниз при инвагинациях. Вторая особенность – несоответствие между темпами роста тонкой и толстой кишок.

Размеры и положение слепой кишки.

Анатомической границей слепой кишки нужно считать перегородку, в которой расположены клапаны баугиниевой заслонки. Эта перегородка занимает больше половины просвета толстой кишки и расположена близко к плоскости, проходящей через верхний край подвздошной кишки.

Перегородка не всегда совпадает с этой плоскостью, что зависит от диаметра конечного отдела подвздошной кишки. Несоответствие между диаметром подвздошной кишки и её ампулой.

Фиксация кишечника.

Фиксация кишечника наступает в течении 4-5 месяцев утробной жизни плода. Брыжейка поперечно-ободочной кишки обособляется от общей.

Тонкий кишечник в двух местах прикрепляется к задней стенке брюшной

полости: в области связки Трейтца и у места перехода подвздошной кишки в слепую. Зачастую дети рождаются с незавершённым 3 периодом поворота кишечника который обусловлен фиксация илеоцекального угла к задней брюшной стенки.

Форма слепой кишки.

Два типа слепой кишки: воронкообразный и мешковидный. Первый вариант встречается у новорожденных и детей до 3 месяцев жизни в 50% случаев, второй вариант в основном у детей старшего возраста, что, скорее всего, связано с изменением характера пищи, более грубая и объемистая пища ведет к увеличению объема слепой кишки.

Также существует два типа положения слепой кишки – высокое и низкое. Чем моложе ребенок, тем чаще наблюдается у него низкий уровень впадения подвздошной кишки в слепую. Более высокий уровень впадения характерен для детей старшего возраста, т.е. увеличение длины слепой кишки с ростом ребенка, что подтверждает мысль о связи формы слепой кишки с характером воспринимаемой пищи.

В окружности слепой кишки и червеобразного отростка находится ряд бухт, ограниченных перитонеальными складками. Эти бухты развиты в различной степени. Различают: 1) верхний илео-цекальный характер – в верхнем углу между подвздошной и толстой кишками; 2) нижний илео-цекальный карман – между брыжейкой червеобразного отростка, ампулой подвздошной кишки и слепой кишкой; 3) ретроцекальный карман, который расположен позади слепой кишки и простирается до места перехода висцеральной брюшины в париетальную.

Илео-цекальный запирающий аппарат.

Конец подвздошной кишки у места впадения в слепую образует расширение – ампулу.

Поперечник конечного отдела подвздошной кишки (ампулы) превышает поперечник подвздошной кишки на 0,5-2,5 см и больше. Ампула припаяна на протяжении 1-2 см к выпуклой поверхности слепой кишки. На границе ампулы и подвздошной кишки обычно имеется несколько кольцевидных складок слизистой оболочки, обусловленных усилением циркулярного мышечного слоя, которые способствуют передвижению химуса из тонкой кишки в слепую и помогают преодолевать сопротивление губ клапана. Эти мышцы являются илео-цекальным сфинктером. При патологических условиях он может сильно сокращаться или быть полностью расслабленным при недостаточной баугиниевой заслонке.

Ампула открывается в полость слепой кишки щелевидным отверстием, которое образуется двумя полулунными складками, называемыми

баугиниевой заслонкой. Обе складки, губы заслонки, открываются только в сторону слепой кишки.

В правильной функции клапанного аппарата подвздошной кишки играет роль перегородка, в которой расположена баугиниевая заслонка.

Перегородка обычно расположена с обеих сторон заслонки, однако в большинстве случаев правая половина перегородки развита больше левой.

Недостаточность перегородки может привести к недостаточности баугиниевой заслонки и к возникновению инвагинации через нее.

У новорожденных перегородка развита очень слабо и продолжает оставаться слаборазвитой и первый год жизни ребенка, это способствует недостаточности клапана.

Играет роль несовершенство иннервации, в любой малейшей стрессовой ситуации может вызывать дискоординацию перистальтики кишечника, которая способствует инвагинации.

Клиническая картина.

Клиническая картина острой инвагинации зависит от уровня внедрения кишки, возраста ребенка и срока, прошедшего с начала заболевания.

В связи с тем, что у детей до 1 года наиболее часто наблюдается инвагинация в области илео-цекального угла (слепо-ободочная и подвздошно-ободочная), клиническую картину этих форм в грудном возрасте можно считать «типичной».

Триада Мондора:

1. Острая инвагинация у большинства детей начинается внезапно, среди полного здоровья. Боль зависит от раздражения рецепторов, расположенных в брыжейке и стенке ущемленной кишки, носит схваткообразный характер, что связано с умилением перистальтики кишечника. Тетанические сокращения в области внедрения или вышележащем отделе кишечника усиливают боль. Схватки в начале заболевания бывают частыми, с небольшими интервалами затишья (3-6 минут). Через некоторое время промежутки между схватками удлиняются и обычно к этому времени острота уменьшается.
2. Выделение крови из заднего, это важнейший при инвагинации признак – появляется в большом проценте случаев через 6 часов и больше после первого приступа болей в животе и значительно реже – в первые 6 часов. Выделения состоит из чистой крови, а иногда имеют характер кровянистой слизи в виде малинового желе (без каловых масс). Иногда кровь задерживается в ампуле прямой кишки и при пальцевом исследовании выливается вслед за извлеченным пальцем.

3. Наличие колбасовидного валика (опухоли) в брюшной полости является одним из наиболее важных и ранних симптомов инвагинации. Валик, чаще плотноватой консистенции, ограниченно подвижный. Расположение валика различно: в правом либо в левом подреберьях, в области пупка, в левой подвздошной и в других областях. Локализация меняется в зависимости от продолжительности инвагинации.

Симптом Шиманса- Данса это запустевание в правой подвздошной области вследствие смещения слепой кишки имеет место при слепо-ободочных инвагинациях.

Одним из ранних, постоянных и очень важных симптомов заболевания, является пальпация инвагината по схеме Февра. Инвагинат в брюшной полости, который прощупывается в виде валика по ходу ободочной кишки

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.

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

Задержка стула и газов – один из основных симптомов инвагинации. Но наличие стула у некоторых больных можно объяснить следующим образом:

1. Отхождением каловых масс, накопившихся в ампуле прямой кишки, в том случае, если от последнего акта дефекации до наступления инвагинации прошло много часов.
2. Наличие слепо-ободочной формы инвагинации кишечника, при которой явления непроходимости могут наступать не сразу, а через несколько часов после начала заболевания.

Стадии течения инвагинации:

- Начальная или типичная стадия до 12 часов

Двигательные беспокойства (симптом обезьянки) проявляющийся тем, что ребенок упирается ножками в грудь матери и ползет вверх, не прижимаясь, а отталкиваясь от нее. Боли носят приступообразный периодический характер. Болевой приступ длится 5-7 минут, затем наступает светлый промежуток до 15-20 минут, затем боли повторяются вновь. У большинства детей удаётся пропальпировать инвагинат. Симптомы перитонита встречаются редко.

- Стадия псевдодизентерии 12-24 часа (после появления примеси крови в стуле)

Боли сохраняются у большинства детей, болевой промежуток увеличивается, светлый промежуток уменьшается. Двигательное беспокойство сменяется вялостью, адинамичностью. Пальпация инвагинация почти у всех больных. У половины детей клиника кишечной непроходимости.

- Поздняя или стадия осложнений 24-48 часов (некроз кишки, перфорация и перитонит)

Боли постоянные, нет их периодичности, менее интенсивные, также бывает отсутствие болей на фоне некротизации нервных окончаний внутреннего цилиндра инвагината. Выделение большого количества крови в виде малинового желе. На фоне резкого вздутия живота, пропальпировать инвагинат практически не возможно.

- Также выделяют стадия тяжёлых осложнений

Болей приступообразного характера практически нет. Ректальное кровотечение. Задержка стула и газов более половины детей, резкое вздутие живота. Пропальпировать инвагинат очень удаётся редко. В большинстве случаев развитие клиники перитонита.

Клиническая картина тонкокишечной инвагинации существенно отличается от толстокишечной.

Тонкокишечная инвагинация 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 мелена (чёрный дёгтеобразный кал). Живот не вздут, мягкий, инвагинат практически невозможно пропальпировать в виду 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 более 24 часов вид алой крови;
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.

Диагностика

Клиническая картина.

Анализ крови при инвагинации не представляет существенных особенностей.

Рентгенологические методы исследования.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости можно найти горизонтальные уровни в петлях кишок – чаши Клойбера, аркады, арки.

Пневмоирригография- контрастное исследование толстой кишки с введением воздуха, которое позволяет выявить головку инвагината при толстокишечной и илео-цекальной инвагинации. По мере заполнения толстой кишки воздухом инвагинат определяется в виде гомогенной тени окруженной по бокам воздухом, образующим фигуру «двузубца», «серпа», «клевней рака».

Ультразвуковое исследование брюшной полости. Признаками инвагинации кишечника является обнаружение симптома «мишени» или «псевдопочки». Симптом «мишени» заключается в наличии на поперечном срезе двух колец низкой эхоплотности, разделенных гиперэхогенным кольцом. Симптом «псевдопочки», «слоёного пирога» виден на продольном срезе и представляет собой наслаивающиеся друг на друга гипер- и гипоехогенные слои.

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.

Ректальное 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»).

Дифференциальная диагностика.

Острую инвагинацию, особенно у детей грудного возраста, приходится дифференцировать с заболеваниями, сопровождающимися приступами болей в животе, рвотой, кровянистыми выделениями из прямой кишки, наличием опухолевидного образования в брюшной полости. Различные сочетания этих симптомов педиатры иногда ошибочно трактуют как проявления дизентерии, диспепсии, острого аппендицита и др. заболеваний.

1. Дифференцируя острую инвагинацию с дизентерией, необходимо помнить, что для дизентерии нехарактерно столь острое начало заболевания среди полного здоровья и столь сильные приступы болей. Особенно внимательно нужно осмотреть выделения из прямой кишки, которые при дизентерии представляют собой жидкие каловые массы, смешанные со слизью, комочками гноя, прожилками или сгустками крови, в то время как при инвагинации из ануса выделяется жидкая тёмная кровь со слизью, но без каловых масс. Решающим для уточнения диагноза является пальпация инвагината.

2. Ещё труднее спутать инвагинацию с диспепсией. При наличии последней нет ни схваткообразных болей в животе, ни кровянистых выделений из заднего прохода, ни опухолевидного образования в животе, а характерно наличие частого водянистого стула зеленоватой окраски и иногда белых комочков, а также усиленное выделение газов.

3. У старших детей инвагинацию приходится дифференцировать с острым аппендицитом. Это происходит в связи с тем, что симптомы инвагинации у старших детей выражены обычно менее ярко, чем в типичных случаях у грудных детей. Необходимо более тщательно оценивать анамнез и

обнаруженные при обследовании объективные данные. В отличие от острого аппендицита, при котором боль носит нарастающий характер, для инвагинации присущи чёткие схваткообразные боли со светлыми промежутками. При инвагинации живот всегда мягкий, в то время как для острого аппендицита характерно напряжение брюшной стенки.

4. Абдоминальный синдром при болезни Шенлейн-Геноха зачастую имеет сходные с инвагинацией проявления: внезапно возникшие приступообразные боли в животе, рвота, стул с кровью. Но для болезни Шенлейн-Геноха характерны непостоянство и нестойкость симптомов, тогда как при инвагинации они держатся стойко и нарастают. Решает вопрос в пользу инвагинации наличие в животе «колбасовидной» опухоли. Следует также помнить о возрасте: инвагинация чаще встречается у детей до 1 года, а болезнь Шенлейна Геноха-после 3 лет.

5. Наиболее сложна дифференциальная диагностика инвагинации с пептической язвой дивертикула Меккеля. При этом заболевании кишечное кровотечение является первым и основным симптомом. В отличие от инвагинации кровотечению не предшествуют болевые приступы, нет слизи и нет опухоли в животе. Кровотечение из дивертикула всегда более значительное, чем при инвагинации, и приводит к развитию острой постгеморрагической анемии.

6. Гемангиома кишки в случае кровотечения из неё протекает аналогично кровоточащей язве дивертикула Меккеля.

7. Опухоль (чаще лимфо - или ретикулосаркома) илео-цекального угла приводит к развитию хронической инвагинации. Уточнению диагноза помогает рентгенологическое исследование с барием (ирригография) и ФКС.

8. Перекрученная киста брюшной полости в отличие от инвагинации сопровождается интенсивными болями постоянного характера, не имеет признаков острой кишечной непроходимости, пальпируется в виде болезненного округлого образования (а при инвагинации - вытянутой «колбасовидной» формы). В более поздние сроки, когда развиваются перитонеальные явления, вопрос решается во время срочной операции.

9. Полипоз толстой кишки сопровождается массивным кишечным кровотечением, нарастает анемия. Болевой синдром отсутствует. Стул остается каловым с примесью алой крови. Диагноз уточняет пальцевое исследование, ФКС, ирригография.

10. Синдром Пейтца-Егерса – полипоз ЖКТ в сочетании с пигментными пятнами кожи, слизистой полости рта – часто даёт кишечные кровотечения и приступы болей в животе. Последние объясняются либо

спазмом кишок, либо внедрением в области крупных полипов. Для уточнения диагноза необходимо проводить рентгенологическое исследование (ирригографию).

Лечение

Существует 2 основных способа дезинвагинации: консервативный и оперативный. Они не конкурируют между собой, а каждый из них имеет строгие показания и противопоказания.

Консервативное лечение инвагинации кишок показано только:

1. Давность заболевания не более 12 часов;
2. Возраст ребёнка не старше года;
3. Впервые выявленная инвагинация;
4. Отсутствие крови в стуле.

Противопоказания к консервативной дезинвагинации:

1. Тонко-тонкокишечная инвагинация;
2. Срок от начала заболевания более 12 часов;
3. Возраст ребёнка старше 1 года (у них инвагинацию преимущественно вызывает механическая причина, например, дивертикул, полип, опухоль, требующие сами по себе хирургического вмешательства);
4. Рецидивирующая и хроническая инвагинация.

Техника консервативной дезинвагинации: В прямую кишку вводят на глубину 15—20 см резиновый катетер соединенный тройником с баллоном Ричардсона и мановакуумметром. Воздух нагнетают до повышения давления в системе около 40 мм рт.ст. Затем на короткое время включают экран или производят рентгенограмму. На основании полученных данных уточняют анатомическую форму внедрения. При выявлении простой подвздошно-ободочной инвагинации дальнейшее расправление воздухом прекращают и ребенка переводят в операционную для хирургического вмешательства. Обнаружив толстокишечную инвагинацию, в кишку продолжают нагнетать воздух толчкообразно, кратковременно повышая давление до 60—90 мм рт.ст. Это достигается путем нескольких нажатий на баллон Ричардсона с последующим выжиданием (критерием служит падение давления до 60—70 мм рт.ст. Повторным включением рентгеновского экрана или путем производства рентгенограмм контролируют продвижение инвагината. По мере накопления воздуха в кишке головка инвагината отодвигается по направлению к илеоцекальному углу и расправляется (толстокишечная и слепо-ободочная формы) или задерживается на каком-либо уровне

ободочной кишки. Инвагинат при подкачивании воздуха незначительно смещается проксимально и вновь занимает свое положение, как только прекращается поступление воздуха (феномен баллотирования). Это указывает на невозможность расправления инвагинации консервативным путем. В этих случаях попытка неоперативного лечения является диагностическим мероприятием. 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. Безуспешность консервативного лечения;
5. Выпадение инвагината через прямую кишку;
6. Наличие крови в стуле;
7. Дети старше 1 года.

Объём оперативного вмешательства зависит от сроков заболевания и варьирует от дезинвагинации (методом выдавливания) или же резекцией инвагината в пределах здоровых тканей. Предоперационная подготовка должна быть кратковременной, но интенсивной. Основу предоперационной подготовки составляет инфузионная терапия с целью дезинтоксикации и регидратации организма, а также посиндромная терапия (сердечные гликозиды, борьба с гипертермией при температуре свыше 38°C).

Объём операции зависит от состояния инвагинированного участка кишки. Дезинвагинцию выполняют строго путём выдавливания инвагината. Если после дезинвагинации он жизнеспособен, то на этом операция заканчивается.

В сомнительных случаях производится согревание дезинвагинированной петли кишечника тёплыми, влажными салфетками до восстановления пульсации сосудов брыжейки и нормализации цвета кишечной стенки, а также возобновления перистальтики кишечной стенки.

В тех случаях, когда этого добиться не удалось, проводится резекция изменённого участка кишки в пределах здоровых тканей (20-15 см приводящего отдела и 10-7 см. отводящего; у новорождённого 10-15 см в приводящем, 5-7см в отводящем) с наложением межкишечного анастомоза. При наличии перитонита целесообразнее после резекции изменённой кишки вывести илеостому. Спустя 2-3 месяца она должна быть закрыта.

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. Ю.Ф. Исаков «Детская хирургия», Москва, 1983
2. Х.И. Фельдман «Инвагинация и эвагинация кишок в детском возрасте», 1977
3. Г.А. Баиров «Срочная хирургия детей», 1997

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 Иванникова Вениамина Александровича первого года обучения специальности Детская хирургия по теме: «Инвагинация».

Рецензия на реферат - это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и выполнения для наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

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

Оценочный критерий	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

+

Комментарии рецензента:

Дата: 13.10.2021

Подпись ординатора:
/Иванников В.А./



Подпись рецензента:

Зав. кафедрой детской хирургии с курсом ПО
им. проф. В.П. Красовской, доцента, КМН
Портнягина Эльвира Васильевна

