

УДК 616.34-007.44: 616-072.1:616.381-089-053.2

А.У.Умешов, А.З.Кусаинов, Д.Ж.Куатбеков

Центр детской неотложной медицинской помощи
г. Алматы, Казахстан

ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ

Кишечная инвагинация остается одной из самых частых и грозных патологий у грудных детей. В статье приведены результаты лечения 255 детей с инвагинацией кишечника, 69 из которых прооперированы в Центре детской неотложной медицинской помощи г. Алматы за последние 5 лет. Для лечения данного заболевания используются консервативные и оперативные методы. Применение консервативного метода допустимо только в условиях специализированного детского хирургического стационара и хирургом, имеющим опыт клинико-рентгенологической диагностики и оперативного лечения инвагинации у детей. 69 детей различного возраста были прооперированы с разными сроками поступления, при этом локализация кишечной инвагинации в каждом случае была уникальной. Неуверенность с постановкой диагноза и оценкой жизнедеятельности кишечника при консервативной дезинвагинации ставит врачей в затруднительное положение и отражается на времени оказания экстренной хирургической помощи ребенку, приводя к промедлению с оперативным вмешательством. Если операция проведена сразу после обращения, то прогноз для ребенка улучшается. Промедление с хирургическим вмешательством может привести к необратимым изменениям стенки внедрившейся кишки. В статье акцентируется внимание на наиболее информативных объективных методах обследования больных, современных методах ранней инструментальной диагностики. Статья может представлять значительный интерес для широкого круга врачей: детских хирургов, педиатров, гастроэнтерологов по вопросам своевременной диагностики.

Ключевые слова: кишечник, эндоскопия, стационар, некроз, лапаротомия.

Инвагинация кишечника (ИК) – одна из наиболее частых причин приобретенной острой кишечной непроходимости в детском возрасте. С этой патологией сталкиваются как детские хирурги, так и хирурги общей практики в районах, в которых нет специализированной детской хирургической службы. Постоянный интерес к проблемам диагностики и лечения ИК у детей объясняется частотой заболевания. В европейских странах частота ИК у детей, поступающих в стационары по поводу острой хирургической патологии, составляет 2,24 случая на 1000 таких госпитализированных. Еще большее число пациентов обращаются с подозрением на ИК. Показатели смертности при ИК в экономически развитых регионах традиционно низкие. Так, в странах Европы за последние 10 лет зарегистрирован только 1 случай смерти от ИК. В то же время в некоторых других странах эти цифры колеблются в пределах от 0 до 25 % [8].

В клинике Центра детской неотложной медицинской помощи г. Алматы в период 2010-

2015 гг. пролечены 255 детей с кишечной инвагинацией.



Рис. 1. Возраст детей, поступивших в стационар:

- – до одного года (190 чел., или 84,5 %);
- – от одного года до 7 лет (63 чел., или 24,7 %);
- – старше 7 лет (2 чел., или 0,8 %)

Из госпитализированных детей самым младшим был один ребенок (8-дневный), самыми старшими – 8 и 14 лет (рис. 1).

Методом консервативной дезинвагинации (пневмоирригоскопия под внутривенной анестезией)

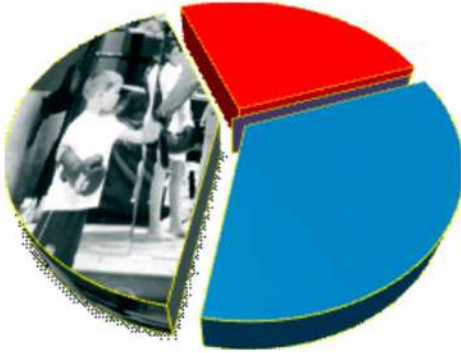


Рис. 2. Срок поступления ребенка в стационар:

- – в течение 6 ч от начала заболевания (85 чел. или 33,33 %);
- – в течение 17-18 ч от начала заболевания, (106 чел., или 41,56 %)

тезией) излечены 122 (47,84 %) пациента, у 69 (27,05 %) детей проведено оперативное лечение, что включало дезинвагинацию лапароскопическим и лапаротомными путями (рис. 2).

Хирургическая тактика и методы лечебных мероприятий в основном зависят от локализации и формы внедрения, сроков поступления в стационар и возраста ребенка [7]. Наиболее часто (93,7 %) внедрение происходит в области илеоцекального угла, что связано с анатомическими особенностями этого отдела кишечника в грудном возрасте: большая подвижность слепой и подвздошной кишки, частое наличие общей брыжейки, недоразвитие клапанного аппарата баугиниевой заслонки, диаметра подвздошной кишки с ее "ампулой" [1].

Применение метода консервативной дезинвагинации, по литературным данным, рекомендуется произвести до 18 ч от начала заболевания (рис. 3).

Пневмоирригоскопией под внутривенной анестезией излечились 122 пациента с инвагинацией кишечника (ИК).

Консервативная дезинвагинация кишечника в 63,87 % случаев была успешной. Одному ребенку Н. консервативная дезинвагинация проводилась дважды: в 7- и 9-месячном возрасте, и в обоих случаях ребенок выписан с выздоровлением. Причиной инвагинации кишечника явилось добавление прикорма ребенку.

Все 23 пациента из 64, которые поступили в стационар через 18 ч после начала заболевания, вылечились методом консервативной дезин-

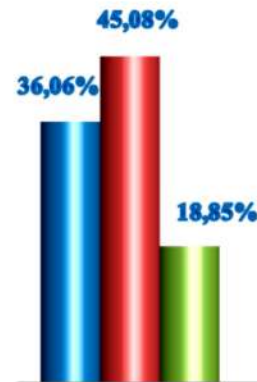


Рис. 3. Сроки применения консервативной дезинвагинации кишечника в стационаре от начала заболевания: ■ – до 6 ч от начала заболевания (44 чел., или 36,06 %); ■ – 7-18 ч от начала заболевания (55 чел., или 45,08 %); ■ – после 18 ч от начала заболевания (23 чел., или 18,85 %)

вагинации – без дальнейших операций и различных последствий. У этих детей, по-видимому, была толсто-толстокишечная форма инвагинации, что обычно легче расправляется при пневмоирригоскопии. Эффективным консервативное лечение считается, когда у больного купируются боли, прекращаются тошнота и рвота, отмечается обильное отхождение стула и газов [2,5]. В остальных случаях после безуспешной консервативной дезинвагинации врачами проводились операции открытым доступом (рис. 4).

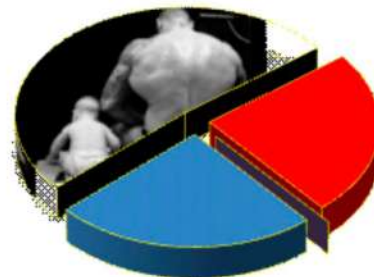


Рис. 4. Сроки применения эндоскопической дезинвагинации кишечника в стационаре от начала заболевания: ■ – до 6 ч от начала заболевания (9 чел., или 24,32 %); ■ – 7-24 ч от начала заболевания (19 чел., или 51,35 %); ■ – после 24 ч от начала заболевания (9 чел., или 24,32 %)

Эндоскопическим (лапароскопическим) путем пролечены 37 детей. При невозможности лапароскопической дезинвагинации с осложненной формой инвагинации (16 случаев) и некрозах кишечника переходили на конверсии, т.е. на лапаротомию.

В Центре детской неотложной медицинской помощи г. Алматы в указанный период 32 детям проводились различные полостные операции по поводу данной патологии (рис. 5).

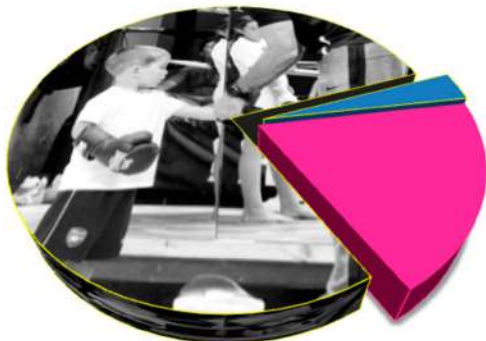


Рис. 5. Сроки применения лапаротомной дезинвагинации кишечника в стационаре от начала заболевания: ■ – до 6 ч от начала заболевания (1 чел., или 3,12 %); ■ – 7-24 ч от начала заболевания (6 чел., или 18,75 %); ■ – после 24 ч от начала заболевания (5 чел., или 78,12 %)

Из 85 детей, поступивших в стационар до 6 ч от начала заболевания прооперированы 10 детей. Соответственно в более половине случаев прооперированы дети, которые поступили после 24 ч от начала заболевания, или 34 пациента из 64 детей. Причина в том, что ребенок сначала госпитализируется в детскую инфекционную больницу и поздно переводится в хирургический стационар или позднее обращение родителей в хирургический стационар с различными осложненными последствиями.

Актуальным остается вопрос о сроках проведения консервативной и оперативной дезинвагинации кишечника. В работе представлены сроки оказания экстренной хирургической помощи (рис. 6).

Большинство наших больных были прооперированы в первые 3 ч после поступления в стационар. Пациенты с предполагаемым диагнозом или поступившие в состоянии шока



Рис. 6. Сроки проведения консервативной и оперативной дезинвагинации от момента поступления в стационар; ■ – в пределах 3 ч до момента поступления в стационар (134 чел., или 70,15 %); ■ – через 3 ч до момента поступления в стационар (33 чел., или 17,27 %); ■ – через 6 ч до момента поступления в стационар (20 чел., или 10,47 %); ■ – после 24 ч от момента поступления в стационар (4 чел., или 2,09 %).

прооперированы позже: сначала проводились противошоковые мероприятия, если даже для этого требовалось дополнительно несколько часов.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдаются сравнительно часто – до 21,4 % [4]. Большинство из них связано с поздним поступлением детей или ошибочной тактикой хирурга.

По данным разных авторов, в 20 % случаев в послеоперационном периоде развиваются пневмонии, парезы кишечника, перитониты, появляются поносы, эвентрации кишечника, нагноение послеоперационной раны, образуются кишечные свищи [3,6].

Нагноение послеоперационной раны отмечалось у 2 детей, стенозирующееся кольцо апоневроза мышц передней брюшной стенки при концевой илеостоме – у 1 ребенка, ранняя спаечная кишечная непроходимость – у 3 прооперированных детей. Летальный исход отмечен в единственном случае.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Баиров Г. А. Срочная хирургия детей: Руководство для врачей, 1997. – С. 165-188.
- 2 Беляев М. К. Инвагинация кишечника у детей: расширение показаний к консервативному лечению: автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 2004.
- 3 Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. – М., 2002.

- 4 Рошаль Л.М. Инвагинация кишок в детском возрасте: автореф. дис. канд. мед. наук, 1964.
- 5 Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие / под ред. В.В. Левановича. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- 6 Лебедев А.П. Инвагинации кишечника. – Минск: "Беларусь", 1969. – 168 с.
- 7 Пулатов А.Т. О шадящей тактике лечения острой илеоцекальной инвагинации кишечника у детей // Детская хирургия. – 2007. – № 3. – С. 20-23,
- 8 Huppertz H. I., Sariano-Gabarro M., Grimprel E. et al. // J. Pediatr. Infekt. Dis. – 2006. – Vol. 25. – P. 22-29.

ТҮЙІН

Ішек инвагинациясы емшек жасындағы балаларда жиі кездесетін қауіпті патологиялардың бірі болып қалуда. Мақалада соңғы бес жыл ішінде Алматы қаласының балаларға шұғыл медициналық көмек көрсету орталығында ішек инвагинациясымен ем алған 255 баланың емдеу, соның ішінде 69 балаға жасалған ота нәтижелері көрсетілген. Аталған ішек өтімсіздігін емдеуде консервативті және оперативті әдістер қолданылады. Консервативті әдістің қолданылуы тек арнайы хирургиялық балалар ауруханасында ғана, сонымен қатар балалардың ішек инвагинациясын емдеу мен клиникалық-рентгенологиялық диагностикада тәжірибесі бар хирург мамандар жүргізуі тиіс. Әртүрлі уақытта келіп түскен түрлі жастағы 69 балаға ота жасалған, сонымен қатар, әр жағдайда балалардың ішек инвагинациясының орналасуы әркелкі болған. Консервативті дезинвагинация кезінде диагноз қоюмен және ішектің жарамдылығын бағалаумен байланысты сенімсіздік, дәрігерлерді тығырыққа тірейді және балаға шұғыл хирургиялық көмек көрсету кезінде оперативтік араласу уақытының баяулауын туындатады. Хирургиялық араласудың кешеуілдеуі, ішектің қынапталған қабырғаларында қалпына келмейтін өзгерістерге әкеліп соғуы мүмкін.

Мақалада науқастарды тексерудің ақпараттық объективті әдістеріне, аспаптық ерте анықтаудың қазіргі заманға сай әдістеріне айрықша көңіл бөлінген. Сонымен, мақала көптеген дәрігерлердің қызығушылығын тудыруы, оның ішінде заманауи диагностика мәселелері бойынша балалар хирургтары, педиатрлар, гатроэнтерологтар үшін қызықты болуы мүмкін.

Түйінді сөздер: Ішек, эндоскопиялық, ауруханасы, некроз, лапаратомия.

SUMMARY

The intestinal invagination remains to one of the most frequent and terrible pathologies at babies. Results of treatment of 255 children with an intestines invagination are given in article, 69 of which are operated in the Center of children's emergency medical service of Almaty over the last 5 years. For treatment of this disease conservative and operational methods are used. Application of a conservative method is admissible only in the conditions of a specialized children's surgical hospital and the surgeon having experience of clinic-radiological diagnostics and expeditious treatment of an invagination at children. 69 children of various age were operated with different terms of receipt, at the same time localization of an intestinal invagination in each case was unique. The uncertainty with diagnosis and assessment of activity of intestines at a conservative dezinvasion puts doctors in a difficult situation and is reflected in time rendering the emergency surgical help to the child, leading to delay with surgery. If operation is performed right after the address, then the forecast for the child improves. The delay with surgical intervention can lead to irreversible changes of a wall of the taken root gut. In article the attention to the most informative objective methods of inspection of patients, modern methods of early tool diagnostics is focused. Thus article can be of considerable interest for a wide range of doctors: for children's surgeons, pediatricians, gastroenterologists concerning timely diagnostics.

Key words: intestine, endoscopy, hospital, necrosis, laparotomy