

Питання лікувально-діагностичної тактики при інвагінації кишечника у дітей.

Є. М. Гриценко, М. І. Гриценко, В. Ф. Шиш, Г. Г. Шиш
Українська Медична Стоматологічна Академія, м. Полтава

Резюме. Аналізу підданий досвід лікування 81 дитини з інвагінацією кишечника, що знаходилися в клініці дитячої хірургії м. Полтави з 1993 по 2003 рік. Описані особливості клінічної картини та тактики лікування. Методом вибору при консервативному лікуванні вважається наскрізний аероінсуфляційний спосіб з відмовою від рентгенологічного контролю. Аналізується можливість розширення показань до консервативного лікування.

Ключові слова: інвагінація кишечника, діти, лікування.

Вопросы лечебно-диагностической тактики при инвагинации кишечника у детей.

Е. Н. Гриценко, Н. И. Гриценко, В. Ф. Шиш, А. И. Шиш.

Резюме. Аналізу подвергнут опыт лечения 81 ребёнка с инвагинацией кишечника, находившегося в клинике детской хирургии г. Полтавы с 1993 по 2003 год. Описаны особенности клинической картины и тактики лечения. Методом выбора при консервативном лечении является сквозной аэроинсуффляционный способ с отказом от рентгенологического контроля. Анализируется возможность расширения показаний к консервативному лечению.

Ключевые слова: инвагинация кишечника, дети, лечение.

The issues of diagnostics and treatment tactics in cases of children's intussusception of bowels.

Y. M. Gritsenko, M. I. Gritsenko, V. F. Shysh, H. G. Shysh.

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava.

Summary. 81 children with intussusception of bowels were treated in the surgical department of the Poltava Children's Hospital from 1993 to 2003. The experience of treatment has been analysed and peculiarities of clinical picture and tactics of treatment have been described. The method of conservative treatment is through aeroinsufflation without X-ray control. Possibility of broadening application of conservative treatment is being analysed.

Key words: intussusception of bowels, children, treatment.

Вступ. Інвагінація кишечника є найбільш частою формою набутої кишкової непрохідності у дітей, складаючи по даним різних авторів 70-80 % від усіх її видів[6,7,8]. Але, незважаючи на детальну розробленість питань клініки, діагностики та лікування, багато питань щодо вибору методу лікування (оперативного чи консервативного), показань та протипоказань до застосування консервативного лікування досі залишаються спірними. Так сумнівним вважається можливість

консервативного розправлення інвагінату у дітей, термін захворювання яких перевищує 24 години, доцільність спроб консервативного лікування у хворих старше 1 року та у дітей з рецидивом інвагінації. В той же час ряд авторів відмічали, що з накопиченням досвіду ні термін захворювання, ні вік дитини не будуть домінуючими критеріями при виборі методу лікування [4].

Матеріали та методи. За період з 1993 по 2003 роки у клініці дитячої хірургії знаходилася 81 дитина з інвагінацією кишечника, з них 54 (66,7%) хлопчиків та 27 (33,3%) дівчаток. Дітей віком до 1 року було 66 (81,5%), старше 1 року 15 (18,5%). Розподіл хворих за віком та терміном захворювання наведено в таблиці 1.

У більшості випадків клініка захворювання була типовою. Майже у всіх дітей захворювання починалося гостро, виникав неспокій, а у дітей старше 1 року з'являлися скарги на болі у животі. Блювота відмічалася у 69 хворих (85,2%), симптом "малинового желе" у 58 дітей (71,6%), пухлиноподібне утворення (інвагінат) при пальпації визначалося у 66 (81,4%) дітей, в тому числі і при пальпації під наркозом. Необхідно відмітити, що дітям старше 1 року була властива нетипова клініка: найчастіше захворювання у них протікало з більш згладженою клінічною картиною, в першу чергу проявлялося неспокоєм, болями в животі, блювотою, часто багаторазовою. Типовий симптом "малинового желе" серед 15 пацієнтів віком старше 1 року відмічався лише у 2 дітей. Більш сталим був симптом пухлиноподібного утворення черевної порожнини при пальпації (у 11 з 15 дітей), але це утворення рідко розцінювалося як інвагінат.

При встановленні діагнозу поряд з анамнезом та клінічною картиною ми надавали перевагу пальпації під наркозом та ультразвуковому дослідженню (УЗД). Пальпація під наркозом, що виконується в умовах знеболення, усунення активного м'язового захисту та припинення психомоторного збудження дитини, дозволяє чітко визначитися з розмірами та локалізацією інвагінату. При УЗД органів черевної порожнини у 96,4% хворих визначалося ехопозитивне утворення округлої форми з концентричними гіпоехогенними включеннями (симптом «мішені»). Широке впровадження УЗД дозволило повністю відмовитися від такого "золотого стандарту" в діагностиці інвагінації, як іррігографія з повітрям та контрастними речовинами.

У виборі лікувальної тактики ми використовуємо алгоритм лікування хворих з інвагінацією кишечника, розроблений у клініці (наведений у додатку). Методом

вибору при консервативному лікуванні інвагінації нами вважається наскрізний аероінсуфляційним спосіб за М. І. Гриценком[1]. Сутність способу полягає в наступному. Після премедикації під загальним знеболюванням проводять пневмокомпресію по закритій методиці. В шлунок дитини вводять зонд, зовнішній кінець якого занурюють у рідину. Бурхливе виділення газу із шлунку через зонд в рідину після пневмокомпресії є достовірною ознакою розправлення інвагінату. Перевагами методу є доступність, ефективність та відмова від необхідності класичного рентгенологічного контролю, що усуває променеве навантаження на дитину. В разі відсутності виділення газу зонд залишається у шлунку - при пробудженні дитини можливе відстрочене виділення газу, що також свідчить про розправлення інвагінації. Якщо виділення газу не відбулося, для контролю за розправленням інвагінату ми застосовуємо сонографію або рентгенографію органів черевної порожнини, а також пероральне введення суспензії барію. При УЗД виявляється зникнення інвагінату (відсутність симптому “мішені”) та підвищення кількості газу у кишечнику. На оглядовій рентгенограмі визначається симптом “бджолиного стільника”. Пероральне введення суспензії барію (1-2 чайні ложки у розведенні з молоком) та отримання його у випорожненнях дитини, разом з динамічним спостереженням за станом дитини, дозволяють достовірно констатувати розправлення інвагінату.

Результати та їх обговорення. Спроба консервативного лікування виконана у 56 дітей, ефективною консервативна дезінвагінація виявилася у 48 випадках (85,7%). Ускладнень при застосуванні способу наскрізної аероінсуфляції не відмічалось. Причини відмови від спроби консервативного лікування були вік хворого старше 1 року (4), наявність симптомів перитоніту (3), нетиповість клінічних проявів (5), рецидиви інвагінації (3), давність захворювання більше 24 годин (10).

33 дитини були оперовані. Розподіл оперованих хворих за віком та давністю захворювання наведено в таблиці 2.

Характер виконаних оперативних втручань викладено в таблиці 3.

В більшості випадків оперативного втручання була виконана дезінвагінація (24 випадки), у 6 дітей вона поєднувалася з видаленням дивертикулу Меккеля та в двох – ентерокісти. У 3-х пацієнтів під час операції було констатовано розправлення інвагінату. Резекції кишечника потребували тільки 6 дітей, у 5 з них виконано накладення кишкових анастомозів, у 1 – ілеостомія. Всі оперовані діти одужали.

Післяопераційні ускладнення виникли у 2 хворих (6%), яким була виконана дезінвагінація з резекцією дивертикулу Меккеля. У одного з них післяопераційний період ускладнився виникненням ранньої злукової кишкової непрохідності, у другого

неспроможністю швів та перитонітом. У обох дітей проведено релапаротомію, діти одужали.

З давністю захворювання більше 24 годин до клініки надійшло 26 хворих. Але, на нашу думку, давність захворювання не є об'єктивним критерієм, бо в багатьох випадках обумовлена тільки свідченнями батьків, які часто не можуть чітко вказати на точний час початку захворювання у дитини. Тому у багатьох пацієнтів має місце применшення давності захворювання. Консервативна дезінвагінація була використана у 6 дітей, що не мали симптомів перитоніту. Із оперованих дітей у 3 мала місце констатація самовільного розправлення інвагінату, у 7 оперативне втручання обмежилося дезінвагінацією. Тільки у 6 хворих виконувалися резекції кишок з накладанням кишкових анастомозів або ентеростоми. Крім того, коли під час операції відмічалось значне перерозтягнення петель тонкої кишки газом та рідким вмістом, а в післяопераційному періоді прогнозувався тривалий парез кишечника, оперативне втручання доповнювалося інтубацією тонкої кишки через апендикостому.

В останні роки ми відмовилися від стереотипного підходу щодо лікувальної тактики у дітей з пізніми строками госпіталізації і вважаємо спробу консервативної дезінвагінації виправданою в кожному випадку при відсутності перитоніту.

Іншим “спірним контингентом” щодо можливості консервативного лікування вважаються діти віком старше 1 року, тому що причиною виникнення у них інвагінацій кишечника вважаються механічні фактори. З 15 дітей цієї вікової групи спроба консервативного лікування була виконана у 5, у всіх досягнута дезінвагінація. Із 10 дітей, що були оперовані, тільки у 4 під час операції виявлені анатомічні причини інвагінації, а саме дивертикул Меккеля (3) та ентерокіста (1). Нам здається перебільшенням погляд на значну частоту морфологічних причин, що викликають інвагінацію у дітей старше 1 року, і обов'язковість їх оперативного лікування. Значна кількість діагностичних помилок у цих дітей викликана нетиповістю, зглаженістю клінічних проявів. Тому при нечіткій клінічній картині та виявленні при пальпації пухлиноподібного утворення в черевній порожнині одним з першочергових “робочих” діагнозів повинна бути кишкова інвагінація. В таких випадках наскрізна аероінсуфляція може розглядатися не тільки як лікувальна, але і диференційно-діагностична маніпуляція, що дозволяє виключити кишкову непрохідність. Отож вік хворих старше 1 року не є протипоказанням до спроби консервативного лікування [7].

Рецидиви кишкової інвагінації спостерігалися нами у 5 дітей. 4 з них були оперовані. У двох дітей рецидив виник через 2 доби після успішної консервативної дезінвагінації, у однієї - через 2 місяці. Одна дитина була оперована двічі: вперше з

приводу переважаючої сліпо-ободової інвагінації, через 7 днів після першої операції виникла тонко-тонкокишкова інвагінація. Ні в кого з оперованих дітей не було виявлено механічних причин інвагінації, що не підтверджує погляд на значну частоту анатомічних факторів, що провокують рецидивуючу інвагінацію. Натомість цікавим є досвід лікування дитини, консервативна дезінвагінація якій виконувалася 5 разів (в 4, 6, 8, 10 та 16 місяців).В подальший період рецидивів інвагінації у дитини не було. Таким чином консервативна дезінвагінація може бути методом вибору при лікуванні рецидивів інвагінації [5].

Ретроспективно аналізуючи результати лікування хворих, які були оперовані без спроби консервативного лікування, ми прийшли до висновку, що в 11 з 25 випадків (44%) існувала можливість консервативної дезінвагінації.

Таким чином досвід нашої клініки та данні літератури[2,3,5,7,8] дозволили переглянути застарілі стереотипи у виборі лікувальної тактики при гострій кишковій інвагінації. Ми вважаємо, що ні давність захворювання, ні вік хворого, ні наявність рецидиву чи важкість стану, без ускладнень з боку органів черевної порожнини у вигляді перитоніту, не можуть бути причинами для відмови від спроби консервативного лікування. Значно перебільшена небезпека залишення органічної причини інвагінації при рецидивах та у дітей старшої вікової групи, а також побоювання щодо можливості залишення нежиттєздатної ділянки кишки в черевній порожнині. Спостереження доводять, що при значних ішемічних змінах кишки досягти консервативної дезінвагінації неможливо [3,4] .Тому вважаємо єдиним показанням до екстреного оперативного лікування інвагінації кишечнику, без спроб консервативної дезінвагінації, клініку перитоніту. Але подібна тактика може використовуватися тільки в умовах спеціалізованого стаціонару, де динамічне спостереження за хворим після консервативної дезінвагінації дозволяє виявити та вчасно усунути можливі ускладнення.

Висновки

1.Давність захворювання, вік хворого, важкість стану та наявність рецидиву інвагінації не являються абсолютними критеріями у виборі лікувальної тактики при інвагінації кишечнику.

2. Спроба консервативної дезінвагінації можлива у переважній більшості хворих при відсутності перитоніту.

3. Наскрізна аероінсуфляція є методом вибору при консервативному лікуванні інвагінації кишечнику.

4. Виправдана відмова від рентгенологічних методів контролю в діагностиці та лікуванні кишкової інвагінації на користь більш безпечних методів (сонографії).

Література

1. А.С.1491469 СССР МКИ 4 А 61 В 17/00. Способ лечения тонкокишечной инвагинации у детей/ Н. И. Гриценко (СССР). - №4150276/28-14; Заяв. 21. 11. 86; Опубл. 07. 07. 89, Бюл. № 25
2. Беляев М. К., Фёдоров К. К. Лечебная тактика при инвагинации кишечника в поздние сроки поступления. // Бюллетень сибирской медицины. - 2003г. - №2. - с.72-77.
3. Григович И. Н., Пяттоев Ю. Г., Савчук О. Б. Выбор лечебной тактики при кишечной инвагинации у детей. // Детская хирургия. – 1998г. - №1. - с.18-20.
4. Рокицкий М. Р., Мустафин А. А., Булашов В. И., и др. Сравнительная оценка способов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей. // Казанский медицинский журнал. – 1993г. - том 74. - №1. - с.32-35.
5. Романовский И. В. Рецидивы кишечной инвагинации у детей. // Хирургия. – 1987 г. - №8. – с.137.
6. Фетисов В. Н. Инвагинация кишечника у детей старше года. // Здоровоохранение Таджикистана. – 1982г. - №5. - с.25-28.
7. Юдин Я. Б., Прокопенко Ю. Д., Яковлев Е. А. Диагностика и лечение инвагинации кишок у детей старше 1 года. // Хирургия. – 1986г. - №8. - с.32-35.
8. Яковлев Е. А., Юдин Я. Б., Прокопенко Ю. Д., Клепиков И. И. Показания к хирургическому лечению инвагинации кишечника у детей. // Хирургия. – 1988 г. - №7. - с.53-56.

Таблица 1. Розподіл хворих за віком та давністю захворювання.

Давність захворювання(години)	Вік				
	До 6 міс.	До 12 міс.	1-2 роки	2-3 роки	3-4 роки
До 6	8	5	1	2	1
До 12	4	7	2	3	-
До 24	12	8	1	-	1
До 36	10	1	-	-	1
До 48	3	1	-	-	-
Більше 48	3	4	2	-	1

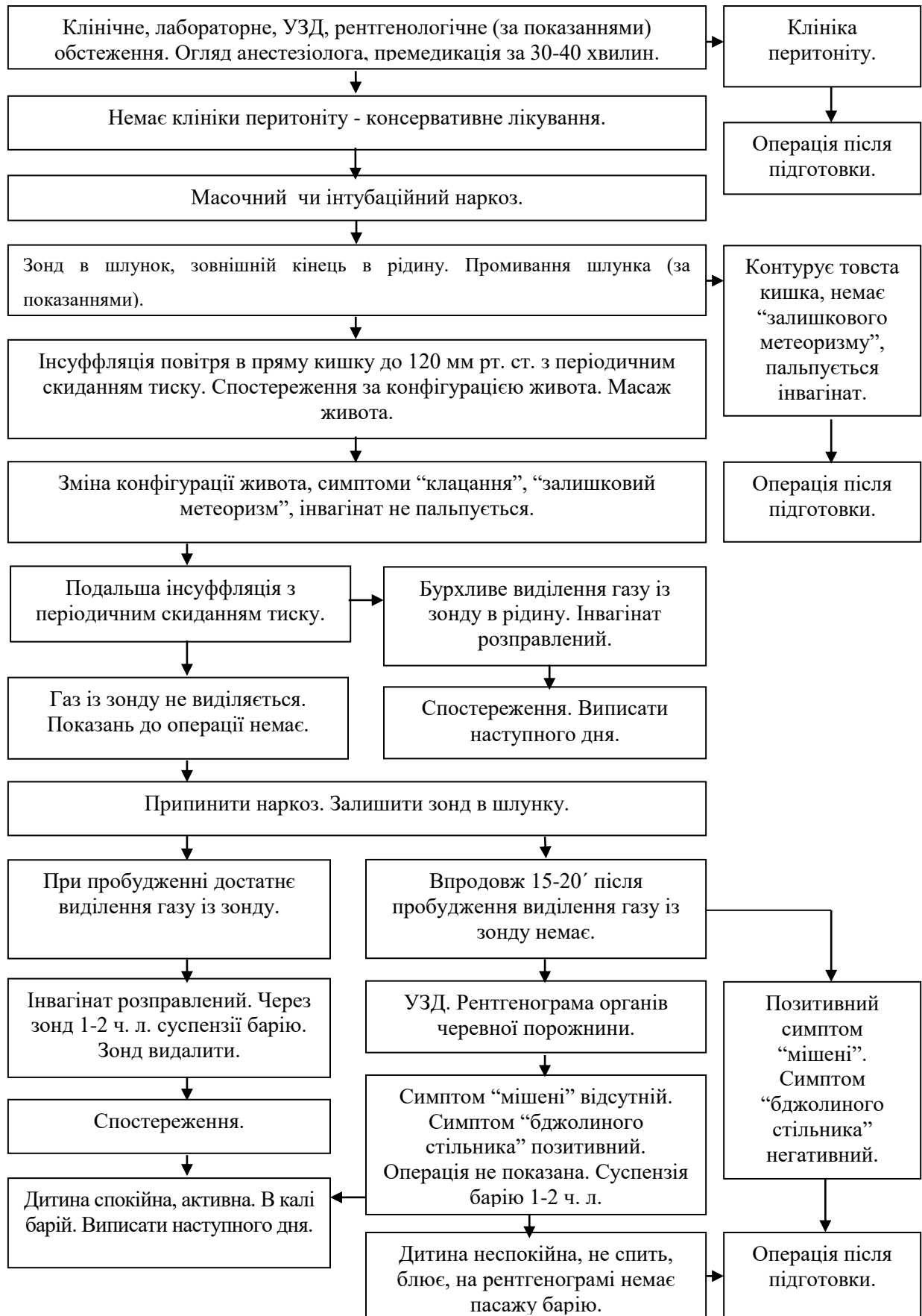
Таблиця 2. Розподіл оперованих хворих за віком та давністю захворювання.

Давність захворювання (години)	Вік хворих				
	До 6 міс	До 12 міс	1-2 роки	2-3 роки	3-4 роки
До 6	-	-	-	1	1
До 12	1	-	-	1	1
До 24	3	3	1	-	1
До 36	3	1	-	-	1
До 48	6	-	-	-	-
Більше 48	2	4	2	1	-

Таблиця 3. Характер виконаних оперативних втручань.

Операція	До 6 годин	До 12 годин	12-24 години	24-48 годин	Більше 48 годин	Всього
Лапаротомія, констатація розправлення	-	-	1	-	2	3
Дезінвагінація	1	3	5	4	3	16
Дезінвагінація, видалення дивертикулу Меккеля	1	1	-	2	2	6
Резекція кишки, ілеостомія	-	-	-	1	-	1
Резекція кишечника, анастомоз	-	-	-	4	1	5
Дезінвагінація, видалення ентерокісти	-	-	1	-	1	2
Всього	2	4	7	11	9	33

Алгоритм лікування інвагінації кишечника у дітей наскрізним аероінсуфляційним способом



Гриценко Євген Миколайович, асистент курсу дитячої хірургії УМСА. 36038 м. Полтава, вул. Халтуріна д. 21 кв.6. Тел. роб. 18-19-22; дом. 2-53-11.

Гриценко Микола Іванович, завідувач хірургічним відділенням ДМКЛ м. Полтави.36038 м. Полтава, вул. Халтуріна д. 21 кв.6. Тел. роб. 18-19-22; дом. 2-53-11.

Шиш Віталій Федорович, кмн, доцент, завідуючий курсом дитячої хірургії УМСА.34006. м. Полтава, вул. Юрченка, д.92 кв.75 Тел. роб. 18-19-22; дом.7-70-48

Шиш Ганна Гнатівна, кмн, асистент курсу дитячої хірургії УМСА..34006. м. Полтава, вул. Юрченка, д.92 кв.75 Тел. роб. 18-19-22; дом.7-70-48