

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНВАГІНАЦІЇ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ**В.Ф.Рибальченко¹, П.С. Русак¹⁻², В.В. Стахов²**¹Кафедра дитячої хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика²Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ****В.Ф.Рыбальченко¹, П.С.Русак¹⁻², В.В.Стахов²**¹Кафедра детской хирургии НМАПО имени П.Л. Шупика²Житомирская областная детская клиническая больница**THE PECULIARITIES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN****V.F. Rybalchenko¹, P.S. Rusak¹⁻², V.V. Stakhov²**¹P.L. Shupyk Department of Pediatric Surgery of NMAPE²Zhytomyr Oblast Children's Hospital

Резюме. Проведений аналіз лікування 170 дітей з діагнозом «інвагінація кишечника». В 112 (65,9%) випадках виконано консервативне розправлення інвагінації, в 20 (11,8%) випадках – за допомогою лапароскопії, а в 38 (22,3%) – через лапаротомний доступ (із них 4 (2,4%) конверсії після лапароскопії). Вивчені результати ведення хворих, обґрунтовані консервативна та оперативна тактики лікування.

Ключові слова: інвагінація кишечника, діагностика, лікування, лапароскопія.

Резюме. Проведен анализ лечения 170 детей с диагнозом «инвагинация кишечника». В 112 (65,9%) случаях выполнено консервативное расправление инвагината, в 20 (11,8%) случаях - с помощью лапароскопии, а в 38 (22,3%) - через лапаротомный доступ (из них 4 (2,4%) конверсии после лапароскопии). Изучены результаты ведения больных, обоснованные консервативная и оперативная тактики лечения.

Ключевые слова: инвагинация кишечника, диагностика, лечение, лапароскопия.

Abstract. The authors analyzed the results of treatment of 170 children with intussusception. In 112 (65,9%) cases was performed the conservative smoothing of invaginate, in 20 (11,8%) cases with the help of laparoscopy and in 38 (22,3%) cases of laparotomic access (including 4 (2,4%) conversions after laparoscopy). There were studied the results of conservative and operative treatment strategy.

Keywords: intestinal intussusception, diagnostic, treatment, laparoscopy.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Інвагінація кишечника (ІК) є найбільш частою формою набуті кишкової непрохідності (НKN) в дитячому віці і сягає 60-85 % від усіх її видів. Зустрічається вона переважно у дітей до 1 року, серед них пік припадає на вік від 3-х до 12 місяців. У дітей до трьох місяців ІК зустрічається вкрай рідко. На вік від 1 до 3-х років припадає до 10 % всіх випадків інвагінації, стільки ж з трьох років і старше [3]. Частота її виникнення коливається у межах від 1,5 до 4 випадків на 1000 дітей [1, 4, 6]. Різноманіття клінічних проявів інвагінації, а іноді і її атипичний перебіг призводять до високого проценту діагностичних помилок, особливо на догоспітальному етапі [5, 7]. Тому питання діагностики та лікування ІК у дітей всіх вікових груп до цього часу залишаються одними із найбільш актуальних у дитячій хірургії [2, 3, 7]. Симптоми захворювання лише у 30–68 % дітей мають класичну клінічну картину [3, 7]. У дітей старших 1-го року інвагінація в більшості випадків буває пов'язана з органічною причиною (дивертикул клубової кишки, гіперплазія лімфоїдної тканини, поліп, злоякісне новоутворення та ін.) [4, 7].

Мета дослідження. Дослідження залежності лікувальної тактики від діагностичних можливостей при інвагінації кишечника в умовах спеціалізованого дитячого хірургічного стаціонару.

Матеріали і методи

Дослідження проводилось на підставі ретроспективного аналізу лікування 170 пацієнтів з інвагінацією в хірургічному відділенні Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні. Вік пацієнтів коливався від 3-х місяців до 8 років (табл. 1). Як видно з таблиці, основну групу складали діти у віці до 12 місяців – 121 (71,18%), діти після року – 49 (28,82%).

Серед хворих було: хлопчиків – 101 (59,41%), дівчаток – 69 (40,59%). Простежено відповідність розвитку клінічної симптоматики та встановленої з анамнезу тривалості захворювання (табл. 2).

За даними таблиці, анамнестична тривалість захворювання не завжди відповідає клінічним стадіям протікання інвагінації кишечника. Із 49-ти досліджуваних дітей, госпіталізованих до 12 годинного терміну, що відповідало стадії “початкових клінічних проявів”, не було больового синдрому в 9 (18,37%) випадках, блювоти – в 17 (34,69%) випадках. Така ж тенденція простежується і при тривалості захворювання від 12 до 24 годин. Із 43-ох пацієнтів з тривалістю захворювання від 24 до 48 годин симптоми перитоніту визначались лише в 35 (81,4%) випадках. В той же час, клінічна картина у хворих, що звернулись більше, ніж через 48 годин від моменту появи перших симптомів, цілком відповідала стадії виражених важких ускладнень. Ультразвукове дослідження застосовувалось у 170 (100%) хворих, в комбінації з доплерографією – в 68 (40%) пацієнтів. При неможливості верифікувати діагноз додатково застосовувались: рентгенографія – в 31 (18,2%) випадку, лапароскопія – в 16 (9,4%) випадках. Із 170 хворих в 112 (65,9%) проведено розправлення інвагінації за допомогою ретроградної пневмоколонопресії, в 58 (34,1%) випадках проведено оперативні втручання: лапароскопічне втручання у 20 (11,8%) пацієнтів, лапаротомне – у 38 (22,3%) пацієнтів (4 (2,4%) з них – конверсії після лапароскопії). За видом інвагінації прооперовані

Таблиця 1. Розподіл хворих з інвагінацією кишечника по віку

Вікова група	Кількість хворих	
	абс.ч.	%
до 4-х місяців	7	4,12
4-12 місяців	114	67,06
1-3 роки	32	18,82
3-8 років	17	10,00
Всього:	170	100,00

Таблиця 2. Характеристика клінічної картини ІК залежно від тривалості захворювання

Тривалість захворювання	Кількість хворих	Основні клінічні ознаки				
		Переймоподібний біль в животі	Більовота	Пальпация інвагінату	Кров у стуглі	С-ми перитоніту
До 12 годин	49	40	32	26	0	0
12-24 години	68	63	48	42	37	5
24-48 годин	43	7	10	39	42	35
Більше 48 годин	10	4	2	5	10	10
Всього	170	114	92	112	89	50

хворі розподілились наступним чином: тонко-тонкокишкова інвагінація – 12 (20,7%), товсто-товстокишкова – 4 (6,9%), клубово-ободова – 42 (72,4%).

Результати та їх обговорення

За результатами власного дослідження, про складність діагностики у 16 (9,4%) випадках свідчило застосування таких методів обстеження, як ультразвукового, доплерографічного, рентгенологічного та діагностичної лапароскопії. Консервативне розправлення інвагінації було виконано у 112 (65,9%) хворих. Показами до нього були: вік дитини менше 12 місяців, тривалість захворювання менше 24 годин при відсутності перитонеальної симптоматики, вперше виявлена інвагінація. Оперативні втручання проводились у пацієнтів старше 1 року (інтраопераційно в 35 (60,4%) випадках виявлялась органічна причина захворювання), коли від появи перших симптомів пройшло більше 24 годин і визначалась перитонеальна симптоматика, при реінвагінаціях, а також при неможливості консервативно розправити інвагінат. Показами до лапароскопії були: неможливість встановлення діагнозу після проведення консервативних методів обстеження, неефективність консервативної дезінвагінації, з'ясування причини інвагінації у дітей старшого віку, візуальний контроль стану кишечника в післяопераційному періоді (реллапароскопія). Лапароскопічне розправлення

інвагінату проведено у 20 (11,8%) пацієнтів, причому, у 4-ох (2,4%) випадках з одночасним нагнітанням повітря в товсту кишку.

Висновки

1. Атипівність клініки інвагінації кишечника в 35% випадків зумовлює необхідність розробки та впровадження в роботу нових досконаліших та достовірніших методів її діагностики. На даний час до них відносяться доплерографія та лапароскопія.

2. Застосування ультразвукової доплерографії в оцінці кровотоку в судинах петель кишок в комплексі з ультразвуковим дослідженням дозволяє не лише диференціювати інвагінацію кишечника від інших патологій, а й визначити ступінь гемодинамічних порушень в стінках ураженої кишки.

3. Застосування лапароскопії дозволяє діагностувати та лікувати інвагінацію, виявляти можливу причину занурення, а у складних випадках в післяопераційному періоді проводити візуальний контроль стану кишечника.

Література

1. Дегтярь В.А. Малоинвазивные методы лечения инвагинации кишечника у детей / В.А. Дегтярь, А.Г. Запорожченко, Л.Н. Бондарюк, А.М. Барсук, С.В. Коваль, М.В. Савенко // Хирургия дитячого віку. – 2011. - №1. – С. 52-53.
2. Дронов А. Ф. Лапароскопия в лечении инвагинации кишок у детей / А. Ф. Дронов и др. // Хирургия – Журнал имени Н. И. Пирогова. – 2003. - № 11. – С. 28-32.
3. Катъко В.А. Диагностика и лечение инвагинации у детей. Минск, 2006 г., 116с.
4. Подкаменев В.В. Новая концепция патогенеза инвагинации кишок у детей грудного возраста / В.В.Подкаменев // Детская хирургия. – 2011. - № 1. – С. 45-47.
5. Endoscopic Surgery in Infants and Children Klaas (N) / M.A. Baх, Keith E. Georgeson, Steven S. Rothenberg, Jean-Stephane Valla. – Springer 2008.
6. Gupta RK, Agrawal CS, Yadav R, Bajracharya A, Sah PL. Intussusception in adults: institutional review. Int J Surg. 2011;9:91–95.
7. WangN, CuiXY, LiuY, LongJ, XuYH, GuoRX, GuoKJ. Adult intussusception: a retrospective review of 41 cases. World J Gastroenterol. 2009;14:3303–3308.

Надійшла 01.07.2014 року.