ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК: 616-089.76.29.39.

Рибальченко В.Ф.[1], Русак П.С.[1,2], Стахов В.В.[2]

Діагностичні критерії оцінки стадії інвагінації кишечника у дітей

[1]Кафедра дитячої хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика
[2]Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

Резюме. Результати лікування пацієнтів з інвагінацією кишечника (ІК) багато в чому залежать від своєчасної її діагностики. В той же час частота діагностичних помилок, навіть в умовах спеціалізованого дитячого хірургічного стаціонару, сягає 2 – 12,8 % випадків.

Метою дослідження було покращення результатів лікування дітей з інвагінацією кишечника шляхом застосування бальної системи оцінки її стадії.

В основу роботи покладені результати лікування 64 дітей з інвагінацією кишечника в хірургічному відділенні Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні в період з 2013 по 2015 роки. Вік пацієнтів коливався від 2-х місяців до 17 років. З метою верифікації стадії ІК розроблено систему бальної оцінки основних досліджуваних показників.

У результаті розподілу пацієнтів за бальною системою встановлено стадію початкових ознак в 32 % випадків, стадію виражених клінічних проявів в 43 %, стадію початкових ускладнень в 19 %; стадію виражених важких ускладнень в 6 %.

Ключові слова: Інвагінація кишечника, діти, діагностика.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Результати лікування пацієнтів з інвагінацією кишечника (ІК) багато в чому залежать від своєчасної її діагностики. В той же час частота діагностичних помилок, навіть в умовах спеціалізованого дитячого хірургічного стаціонару, сягає 2 – 12,8 % випадків [1, 3, 6].

В якості провідного фактору обґрунтування хірургічної тактики до останнього часу розглядається тривалість захворювання, як критерій перспективи консервативного лікування і зворотності гемоциркуляторних розладів кишкової стінки, залученої в склад інвагінату. Безумовно, даний підхід є обмеженим, так як не враховує індивідуальних особливостей, що безпосередньо визначають етіопатогенез захворювання і відповідно вибір лікувальної тактики [2, 5].

Труднощі діагностики інвагінації кишечника у дітей, відсутність надійних і придатних для широкого практичного застосування критеріїв у визначенні стадії захворювання, різні погляди на характер і методи лікування, часто незадовільні результати лікування визначають актуальність даної проблеми [3, 4].

Мета дослідження. Покращити результати лікування дітей з інвагінацією кишечника шляхом застосування бальної системи оцінки її стадії.

Матеріал і методи дослідження

В основу роботи покладені результати лікування 64 дітей з інвагінацією кишечника в хірургічному відділенні Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні в період з 2013 по 2015 роки. Вік пацієнтів коливався від 2-х місяців до 17 років.

При обстеженні та лікуванні пацієнтів з ІК застосовувались наступні інструментальні методи: рентгенологічне дослідження органів черевної порожнини (ОЧП), ультразвукове дослідження ОЧП та інвагінату, доплерографічне дослідження кровотоку в стінках кишок, лапароскопія.

З метою верифікації стадії ІК розроблено систему бальної оцінки основних досліджуваних показників (табл. 1): 0–2 бали – патології не виявлено; 3–4 бали – стадія початкових ознак; 5–8 балів – стадія виражених клінічних проявів; 9–12 балів – стадія початкових ускладнень; 13–16 балів – стадія виражених важких ускладнень.

Результати дослідження

У результаті розподілу пацієнтів за бальною системою встановлено стадію початкових ознак в 32 % випадків, стадію виражених клінічних проявів в 43 %, стадію початкових ускладнень в 19 %; стадію виражених важких ускладнень в 6 %. Лапароскопічні та лапаротомні оперативні втручання проводились у пацієнтів з третьою та четвертою стадією.

Таблиця 1. Бальна система оцінки стадій інвагінації кишечника

Критерії	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали
Товщина зовнішнього циліндра	5-7 мм	7-9 мм	9-11 мм	? 11 мм
Кровотік в ділянці інвагіната	Збережений артеріальний та венозний	Збережений артеріальний	Ослаблений артеріальний	Відсутній
Перистальтика	Активна	Знижена	Маятникоподібні рухи	Відсутня
Вміст в черевній порожнині	Відсутній	Мінімальна кількість	Невелика кількість	Значна кількість

Висновок: застосування бальної системи оцінки стадії інвагінації кишечника у дітей дозволило визначити покази до виду лікування, що в свою чергу зменшило кількість оперативних втручань при даній патології та покращити результати лікування.

Література

1. Беляев М. К. Инвагинация кишок у детей : расширение показаний к консервативному лечению: автореф. дис. док. мед. наук : 14.00.35 / Беляев Михаил Константинович; Новокузнецкий ГИУВ. – М., 2004. – 192 с.

2. Беляева О.А. Значение эхографии в обосновании лечебной тактики у детей с кишечной инвагинацией/ О. А. Беляева, В. М. Розинов, А. К. Коновалов // Детская хирургия. -М., 2010. -N 1. - С. 10-14.

3. Инвагинация кишечника: можно ли проводить консервативное лечение независимо от длительности заболевания / Д.А. Морозов, С.Ю. Городков, Ю.В. Филиппов, Г.А. Староверова // Российский вест ник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2012. – Т. 2, № 4. – С. 17-20.

4. Intussusception inadult andpediatric patients: two different entities / A. Demirkan, A. Yamurlu, I. Kepenekci [etal.] // Surg. Today. – 2009. – Vol. 39, № 10. – P. 861-865.

5. Intussusception inchildren: cost-effect iveness of ultrasound vs diagnostic contrastenema / B.T. Bucher, B.L. Hall, B.W. Warner, M.S. Keller // J. Pediatr. Surg. – 2011. – Vol. 46, № 6. – P. 1099-1105.

6. Intussusception in children–clinical presentation, diagnosis and management / T. Lehnert, I. Sorge, H. Till, U. Rolle // Int. J. Colorect. Dis. – 2009. – Vol. 24, № 10. – P. 1187-1192.

Рыбальченко В.Ф., Русак П.С., Стахов В.В.

Диагностические критерии оценки стадии инвагинации кишечника у детей

Кафедра детской хирургии НМАПО имени П.Л. Шупика
Житомирская областная детская клиническая больница

Резюме. Результаты лечения пациентов с инвагинацией кишечника (ИК) во многом зависят от своевременной ее диагностики. В то же время частота диагностических ошибок, даже в условиях специализированного детского хирургического стационара, достигает 2 - 12,8% случаев.

Целью исследования было улучшение результатов лечения детей с инвагинацией кишечника путем применения бальной системы оценки ее стадии.

В основу работы положены результаты лечения 64 детей с инвагинацией кишечника в хирургическом отделении Житомирской

областной детской клинической больницы в период с 2013 по 2015 годы. Возраст пациентов колебался от 2-х месяцев до 17 лет. С целью верификации стадии ИК разработана система балльной оценки основных исследуемых показателей.

В результате распределения пациентов по бальной системе установлено стадию начальных признаков в 32% случаев, стадию выраженных клинических проявлений в 43%, стадию начальных осложнений в 19%; стадию выраженных тяжелых осложнений в 6%.

Ключевые слова: Инвагинация кишечника, дети, диагностика.

V.F. Rybalchenko, P.S. Rusak, V.V. Stakhov

Diagnostic Criteria for Evaluation of Intussusception Stage in Children

Department of Pediatric Surgery,

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine, Zhytomyr Regional Clinical Children's Hospital, Zhytomyr, Ukraine

Abstract. Treatment outcomes of patients with intussusception are largely dependent on its timely diagnosis. At the same time, the frequency of diagnostic errors reaches 2 - 12.8% of cases, even in the specialized children's surgical hospital.

The objective of the research was to improve treatment outcomes of children with intussusception applying the point system to evaluate its stage.

The research was based on treatment outcomes of 64 children with intussusception treated in the surgical department of the Zhytomyr Regional Clinical Children's Hospital between 2013 and 2015. The age of patients ranged from 2 months to 17 years. Point system for studied parameters evaluation was developed to verify intussusception stage.

The distribution of patients according to the point system resulted in the detection of initial symptoms stage in 32% of cases, the stage of marked clinical manifestations in 43% of patients, the initial complications stage in 19% of cases and significant severe complications stage in 6% of patients.

Keywords: intussusception; children; diagnostics.

Надійшла 28.07.2016 року.

УДК. 616.34-007.272:616.381-007::616-053.2-047

Рибальченко В.Ф.[1], Русак П.С.[1,4], Доманський О.Б.[3], Брагінська С.А.[2], Урін О.М.[2], Рінзберг Б.С.[2], Бондаренко С.І.[3], Гнатюк С.М.[3], Стахов В.В.[4], Шевчук Д.В.[1,4]

Нестандартні ситуації хірургічного лікування непрохідності кишечника у дітей

[1]Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.

[2]Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1.

[3]Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2.

[4]Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

Резюме. Мета дослідження. Покращити результати хірургічного лікування НК у дітей за рахунок удосконалення діагностики та хірургічних технологій.

Матеріал та методи дослідження. У клініках за 10 років знаходилось на лікуванні 352 дітей, що мали НК, у віці від 6 місяців до 17 років та розділені на 4 групи. Странгуляційна НК встановлена у 294 (83,01%), змішана НК - у 32 (9,09%), заворот та вузлоутворення у - 18 (5,1%), та панцирна спайкова непрохідність - у 8 (2,8%) пацієнтів.

Результати дослідження. За результатами дослідження термін госпіталізації склав: до 12 годин – 104 (29,55%), від 12 до 24 годин – 142 (40,34%); на другу добу – 88 (25,0%), та після третьої доби – 18 (5,11%). Атипова клінічна симптоматика встановлена у 187 (53,12%) хворих. Хірургічне лікування странгуляційної непрохідності кишечника проведено у 294 (83,01%), із яких лапароскопічно - у 28 (7,95%), а лапаротомно - у 166 (47,17%). Відновлення прохідності без резекції кишки проведено у 178 (50,57%), а сегментарна резекція - у 16 (4,54%) хворих. Хірургічне лікування змішаної НК проведено у 32 (9,09%), із яких без резекції кишки - у 27 (7,67%), з ентеротомією - у 9 (2,55%). Тонко-тонко кишковий анастомоз накладено у 2 (0,56%) пацієнтів, а тонко товсто кишковий у 3-х (0,84%). Лікування завороту та вузлоутворення проведено у 18 (5,1%), із яких резекції кишечника - у 15 (4,26%) з накладенням прямого анастомозу - у 9 (2,55%). У одного пацієнта - обширна резекції. Лікування панцирної спайкової непрохідністі проведено у 8 (2,8%) пацієнтів, із яких резекції кишечника проведені у 6 пацієнтів. Обширні резекції кишечника проведені у 9 (2,55%) пацієнтів. Післяопераційна летальність склала 0,5% - померло дві дитини.

Висновки. Всі діти, що мають ознаки порушення прохідності кишечника, підлягають госпіталізації з метою вирифікації недуги. Відсутність ефекту від консервативних заходів та моніторинг рентгенологічних та ультразвукових даних з доплерографією кишечника є показом до вчасного оперативного лікування – до виникнення некрозу стінки кишки.

Ключові слова: Діти, непрохідність кишечника, діагностика, лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Хірургічна патологія кишечника, що супроводжується порушенням його прохідності, відноситься до найбільш тяжкої для діагностики, відрізняється важким клінічним перебігом та складає до 25-30% хворих дітей хірургічних відділень. Близько 50-83,8% хворих мають на етапах обстеження та лікування в соматичних відділеннях діагностичні, прогностичні та тактичні прорахунки, що в подальшому змінюють тактику ведення хворих дітей, яка здебільшого і призводить до непрогнозованих наслідків [1, 2, 4, 7, 8].

Поміж тим, не зважаючи на різноманітність клінічних форм вродженої та набутої недуги, усі вони супроводжуються важкими ускладненнями непрохідності, як з некрозом стінки кишки, так і перфорацією та перитонітом, чи крововиливом в черевну порожнину або їх поєднанням з ознаками органної або поліорганної недостатності (ПОН) [3, 4, 6, 9, 10]. Після резекції кишечника, близько 15,5-20,8% дітей мають значні різнобічні ускладнення: електролітні та білкові порушення, синдром короткого кишечника, синдром мальабсорбції та мальдигістії та інші, як в близькому так і віддаленому періоді, а в групі детей новонароджених та раннього віку відсоток ускладнень значно вищий до - 30% [2, 5, 7, 8, 11].

Мета дослідження. Покращити результати хірургічного лікування непрохідності кишечника у дітей за рахунок удосконалення діагностики та хірургічних технологій.

Матеріал та методи дослідження

В клініках дитячої хірургії за період 10 років знаходилось на хірургічному лікуванні 352 дітей, що мали непрохідність кишечника. вік пацієнтів склав від 6 місяців до 17 років. З метою верифікації недуги використовували клінічні, лабораторні, рентгенологічні і рентгенконтрастні, ультразвукове та доплерографічне дослідження кишечника, ендоскопічні в тому числі лапароскопічні та морфологічні методи дослідження. Природжені чинники непрохідності були: незавершений поворот кишечника у 25, вади розвитку кишечника у 67, подвоєння кишечника у 3. Сопутні вади розвитку сечовидільної системи встановлено у 32 пацієнтів. Первинні операції проведені з причин: різних форм апендициту та дивертикулу Меккеля у 198, апоплексії яєчників у 21, травматичних ушкоджень органів черевної порожнини у 38. Повторне оперативне лікування проведено у всіх