

УДК: 616.34-007.272-036.11-053.2-07-08

Шевченко Л.П. *, Кулик О.М. **, Гоменюк І.С. *, Мандзюк Р.В. *, Борчаковська В.С. **, Шевченко М.С. *

Наш досвід діагностики і лікування гострої кишкової непрохідності у дітей

Львівська комунальна міська дитяча клінічна лікарня.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.**

dr.shevchenkolarysa@gmail.com (Шевченко Лариса Петрівна)

Резюме. Гостра кишкова непрохідність – одна з найбільш складних патологій в дитячій абдомінальній хірургії, яка вимагає від лікаря швидкої постановки діагнозу та вибору оптимального методу лікування. Операцію необхідно проводити адекватно, з мінімальною травматизацією органів, що попереджує виникнення післяопераційних ускладнень і повторних операцій. Подальше лікування – це тісна співпраця багатьох спеціалізованих відділень лікарні з метою збереження належної якості життя пацієнта.

Мета дослідження: аналіз власного досвіду діагностики і лікування хворих з гострою кишковою непрохідністю. Оптимізація методів ранньої діагностики і лікування. Профілактика виникнення післяопераційних ускладнень.

Матеріали і методи дослідження. Аналіз історій хвороб пацієнтів відділення ургентної хірургії КМДКЛ м. Львова, які перебували на лікуванні з діагнозом «гостра кишкова непрохідність» в період 2011 - 2015 рр.

Результати дослідження. Протягом 2011 – 2015 рр. на лікуванні в ургентному відділенні КМДКЛ з попереднім діагнозом «гостра кишкова непрохідність» перебувало 193 дитини. Після проведених обстежень у 29 хворих кишкової непрохідності не виявлено, у 126 дітей явища непрохідності вдалося ліквідувати консервативно. Решта 38 дітей були оперовані. Вони поділені на 2 групи: гр. А - діти, які мали в анамнезі операції – 29 хворих, та гр. В - діти, які не були оперовані раніше - 9 хворих (причиною непрохідності була інвагінація), консервативну дезінвагінацію було проведено 3 хворим. 29 хворих групи А після короткої передопераційної підготовки оперовані. Всі оперативні втручання ми починали з діагностичної лапароскопії враховуючи можливий перехід на конверсію; лапаротомію з резекцією некротизованої ділянки кишки і накладанням анастомозу проведено у 5 випадках.

Висновки:

1. Враховуючи першочергову роль травматизації очеревини у виникненні спайок та розвитку спайкової непрохідності, можна стверджувати, що умовно «чисті» операції потребують обережного поводження з тканинами та їх мінімальної травматизації.

2. Батьки (родичі) оперованої дитини повинні максимально бути обізнані з можливими ускладненнями у післяопераційному періоді. При виникненні болю у животі в їхньої дитини необхідно відразу звернутися до хірурга.

3. Вчасно встановлений діагноз кишкової непрохідності дозволяє хворому уникнути розвитку важких ускладнень та травматичних операцій і тривалої висококоштованої реабілітації.

4. Упровадження ендоскопічної хірургії для покращення процесу діагностики та вибору оптимальної тактики оперативного лікування дає можливість уникнути високої травматизації органів черевної порожнини, скорочує час проведення операції та зменшує ризик післяопераційних ускладнень, що, в свою чергу, зменшує термін перебування хворого у стаціонарі.

Ключові слова: непрохідність, діагностика, операція, лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Гостра кишкова непрохідність – одна з найбільш складних патологій в дитячій абдомінальній хірургії, яка вимагає від лікаря швидкої постановки діагнозу та вибору оптимального методу лікування. Оперативне втручання необхідно проводити адекватно, з мінімальною травматизацією органів черевної порожнини з метою попередження виникнення післяопераційних ускладнень і повторних оперативних маніпуляцій. Подальше ведення хворого вимагає тісної співпраці багатьох спеціалізованих відділень лікарні з метою збереження належної якості життя пацієнта.

Мета дослідження: аналіз власного досвіду діагностики і лікування хворих з гострою кишковою непрохідністю. Оптимізація методів ранньої діагностики і оптимального лікування. Профілактика виникнення післяопераційних ускладнень.

Матеріали і методи дослідження

Аналіз історій хвороб пацієнтів відділення ургентної хірургії КМДКЛ м. Львова які перебували на лікуванні з діагнозом «гостра кишкова непрохідність» в період з 2011 по 2015 рік.

Результати дослідження

В період 2011–2015 роки на лікуванні в ургентному відділенні КМДКЛ м. Львова з попереднім діагнозом «гостра кишкова непрохідність» перебувало 193 дитини. Після проведених обстежень у 29 хворих кишкової непрохідності клінічно та параклінічно не виявлено. У 126 дітей явища непрохідності кишківника вдалося ліквідувати після призначеної адекватної полікомпонентної консервативної терапії. Решта 38 дітей були оперовані. У нашому дослідженні вони поділені на 2 групи - А і В. Група А склала 29 хворих. Це діти, які в анамнезі мали оперативні втручання (20 хлопчиків і 9 дівчаток). Група В – діти, які не були оперовані раніше: 9 хворих. З них хлопчиків – 6, дівчаток – 3.

У групі А в анамнезі були операції з приводу: гострого апендициту - 12 дітей, апендикулярного перитоніту - 15 дітей, омфалоцеле – 1 дитина, ембріональної кири – 1 дитина. Як бачимо, майже половина операцій були умовно чистими. У групі В непрохідність кишківника виникла внаслідок інвагінації, причому у 3 дітей під час операції виявлено дивертикул Меккеля.

Провідну роль у виникненні гострої кишкової непрохідності в оперованих хворих відіграють очеревинні зрости. Ризик виникнення гострої спайкової кишкової непрохідності значною мірою залежить від травматизації очеревини під час операції та від її реакції на запалення, що виникає після втручання. У хворих з гострою абдомінальною патологією, ускладненою перитонітом, ситуація погіршується парезом кишківника і нашаруваннями фібрину на його стінках. Ми, як і наші колеги, бачимо поліморфізм симптомів кишкової непрохідності, і переконалися, що вже саме припущення про можливу непрохідність у хворого має бути підставою для його негайної госпіталізації [1]. Жоден метод діагностики не є абсолютно інформативним і точним у перші години після виникнення гострої спайкової непрохідності. На етапі діагностики всім хворим проводяться як загальноклінічні, лабораторні дослідження, так і використовується оглядова рентгенографія черевної порожнини. Маємо досвід сонографічного обстеження таких хворих, при якому відзначаємо адинамічні, перерозтягнуті петлі кишківника з рівнями рідини та гіперперистальгуючі ділянки у перші години, а на пізніх стадіях - перитонеальний ексудат у відлогих місцях черевної порожнини. При інвагінації бачимо типові ознаки інвагінації – «футляри» з кількома стінками. У сумнівних випадках для верифікації діагнозу використовуємо рентгенографію черевної порожнини з контрастом.

Термін звертання хворих з кишковою непрохідністю був дуже різним: від кількох годин до 2,5 -3 діб. При пізньому звертанні інтенсивні втрати рідини призводять до зниження ОЦК, зниження артеріального тиску, зменшення клубочкової фільтрації, зменшення діурезу, зростання креатиніну (що свідчить про прогресування ішемії стінки кишки і можливий її некроз) [3], що впливає на час та об'єм передопераційної підготовки. Як правило, всі оперативні втручання ми починали з діагностичної лапароскопії, враховуючи можливий перехід на конверсію. Зазвичай, об'єм операції включав роз'єднання зростів або дезінвагінацію і усунення непрохідності [2, 3]. На жаль, у 5 хворих з групи А після діагностичної лапароскопії була проведена лапаротомія з резекцією

некротизованої ділянки кишківника з накладанням анастомозу. Причина некрозу - пізні звертання хворих (4 дитини - більше 24 годин, а в 1-ї дитини - більше 72 годин). Враховуючи втрати води, білків та електролітів у результаті блювання та секвестрації в просвіт кишківника і черевну порожнину, операційну травму оперовані хворі переводилися у відділення інтенсивної терапії. Після корекції порушень гомеостазу діти продовжували комплексне полікомпонентне лікування у хірургічному відділенні. Усім хворим в комплексному лікуванні ми застосовували гіпербаричну оксигенацію. Слід відзначити, що за досліджуваній період у згаданих хворих оперативне усунення непрохідності проводилось один раз, повторних операцій не було. Подальша реабілітація та диспансеризація після виписки хворого проводиться в умовах поліклініки.

Висновки

1. Враховуючи першочергову роль травматизації очередини у виникненні спайок та розвитку спайкової непрохідності можна стверджувати, що умовно "чисті" операції потребують обережного поводження з тканинами та їх мінімальної травматизації.
2. Батьки (родичі) оперованої дитини повинні максимально бути обізнані з можливими ускладненнями у післяопераційному періоді. При виникненні болю у животі в їхньої дитини необхідно відразу звернутися до хірурга.
3. Вчасно встановлений діагноз кишкової непрохідності дозволяє хворому уникнути розвитку важких ускладнень та травматичних операцій і тривалої висококоштованої реабілітації.
4. Упровадження ендоскопічної хірургії для покращення процесу діагностики та вибору оптимальної тактики оперативного лікування дає можливість уникнути високої травматизації органів черевної порожнини, скорочує час проведення операції та зменшує ризик післяопераційних ускладнень, що, в свою чергу, зменшує термін перебування хворого у стаціонарі.

Література

1. Tunc Eren, Salih Boluk, Baris Bayraktar and ol / Urgical indicators for the operative treatment of acute mechanical intestinal obstruction due to adhesions// World J Gastroenterol. - 2014. - V. 14. - № 21. - P. 3568 - 3573.
2. Zhen C, Xia Z, Long L and ol / Laparoscopic excision versus open excision for the treatment of choledochal cysts: a systematic review and meta-analysis / Int Surg. - 2015. - V. 14 - № 1 - P. 322 - 331.
3. Sallinen V, Wikström H, Victorzon M, and ol /Laparoscopic versus open adhesiolysis for small bowel obstruction - a multicenter, prospective, randomized, controlled trial // BMC Surg. 2014. - V. 13. - № 11 - P. 414 - 421.

Шевченко Л.П. *, Кулик Е.Н. **, Гоменюк І.С. *, Мандзюк Р.В. *, Борчаковская В.С. **, Шевченко М.С. *

Наш опыт диагностики и лечения острой кишечной непроходимости у детей

Львовская коммунальная городская детская клиническая больница.*

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого.**

Резюме. Острая кишечная непроходимость – одна из наиболее сложных патологий в детской абдоминальной хирургии, которая требует от врача быстрой постановки диагноза и выбора оптимального метода лечения. Операцию необходимо проводить адекватно, с минимальной травматизацией органов с целью предупреждения возникновения послеоперационных осложнений и повторных операций. Дальнейшее лечение - это тесное сотрудничество многих специализированных отделений больницы с целью сохранения качества жизни пациента.

Цель исследования: анализ опыта диагностики и лечения больных с острой кишечной непроходимостью. Оптимизация методов ранней диагностики и лечения. Профилактика возникновения послеоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования. Анализ историй болез-

ни пациентов отделения ургентной хирургии КГДКБ г. Львова, которые находились на лечении с диагнозом «острая кишечная непроходимость» в период 2011 – 2015 годы.

Результаты исследования. В период 2001-2015 года на лечении в ургентном отделении КГДКБ г. Львова с первичным диагнозом «острая кишечная непроходимость» находилось 193 ребенка. После проведения обследований у 29 больных кишечной непроходимости не найдено, у 126 детей явления непроходимости удалось ликвидировать консервативной терапией. Остальные 38 детей были оперированы. Они разделены на группы: гр А – дети, которые в анамнезе перенесли операции – 29 больных; гр В – дети, ранее не оперированные – 9 больных (причиной непроходимости была инвагинация), консервативную дезинвагинацию было проведено 3 больным. 29 больных группы А после короткой передоперационной подготовки были оперированы. Все оперативные вмешательства мы начинали с диагностической лапароскопии с возможностью перехода на конверсию; лапаротомию с резекцией некротизированного участка кишки и наложением анастомоза проведено в 5 случаях. Причиной некроза было позднее обращение больных.

Выводы:

1. Учитывая первоочередную роль травматизации брюшины в возникновении спаек и развитии печной непроходимости, можно утверждать, что условно «чистые» операции требуют бережного отношения к тканям и их минимальной травматизации.
 2. Родители (родственники) оперированного ребенка должны быть максимально ознакомлены с возможными осложнениями в послеоперационном периоде. При возникновении болей в животе у ребенка необходимо сразу обратиться к хирургу.
 3. Своевременно установленный диагноз кишечной непроходимости позволяет больному избежать развития тяжелых осложнений и травматичных операций, а также избежать дорогостоящей реабилитации.
 4. Использование эндоскопической хирургии для улучшения процессов диагностики и выбора оптимальной тактики оперативного лечения дает возможность избежать высокой травматизации органов брюшной полости, сокращает время проведения операции и уменьшает риск послеоперационных осложнений, что, в свою очередь, сокращает время пребывания больного в стационаре.
- Ключевые слова:** непроходимость, диагностика, операция, лечение.

L. Shevchenko, O. Kulyk, I. Homeniuk, R. Mandzyuk, V. Borshakovska, M. Shevchenko

Our Experience in Diagnosis and Treatment of Acute Intestinal Obstruction in Children

Lviv City Community Children's Hospital, Lviv, Ukraine
Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine
dr.shevchenkolarysa@gmail.com

Abstract. Acute intestinal obstruction is one of the most difficult pathologies in pediatric abdominal surgery requiring doctor's quick diagnosis making and choice of optimal treatment. Surgery should be performed adequately, with a minimum of abdominal cavity traumas to prevent the occurrence of postoperative complications and repeated surgical procedures. Further patient management requires close cooperation of many specialized hospital departments in order to preserve adequate quality of life.

The objective of the research was to analyze our experience in diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction; to optimize methods for early diagnosis and optimal treatment; to prevent postoperative complications.

Materials and methods. Materials of the study involved the analysis of case histories of patients with acute intestinal obstruction who were treated at urgent surgery at City Community Children's Hospital in Lviv during the period from 2011 to 2015.

Research results. 193 children with acute intestinal obstruction were treated in urgent department of City Community Children's Hospital in Lviv during the period from 2011 to 2015. Among them, diagnosis of obstruction was eliminated in 29 children and the obstruction events were eliminated with conservative therapy in 126 patients after surveys and appropriate treatment. The remaining 38 children were divided into 2 groups, A and B. Group A included 29 children who had surgeries in their past medical history. Group B consisted of 9 children who were not previously operated. Non-operative reduction of intussusception was conducted in 6 patients of group B. Operative intervention was conducted to 29 patients of group A after short preoperative preparation. Intussusception was operatively

straightened in 3 patients of group B. All surgeries were started with diagnostic and therapeutic laparoscopy including a transition to conversion. Laparotomy with resection of necrotizing intestinal area with anastomosis application was performed in 5 patients of group A after diagnostic laparoscopy.

Conclusions:

1. Taking into account the primary role of peritoneal trauma in adhesions occurrence and development of adhesive obstruction, we may assume that conditionally "clean" operations require careful management of tissues and their minimal trauma.

2. Parents (relatives) of the operated child should be familiar with possible complications in the postoperative period. In case of any

abdominal pain, they should immediately consult a surgeon.

3. Timely diagnosis of intestinal obstruction allows the patient avoid the development of serious complications and traumatic operations and, in turn, long expensive rehabilitation.

4. Implementation of endoscopic surgery to improve the process of diagnosis and choice of optimal tactics of surgical treatment makes it possible to avoid high abdominal trauma, reduces the time of operations and reduces the risk of postoperative complications, which in turn reduce patient's stay in the hospital.

Keywords: *obstruction; diagnosis; treatment.*

Надійшла 28.07.2016 року.

УДК: 616-035.9+616-06+616-08-035+616-089.86+616-009.16+616-009.81

Шевчук Д.В.^{1,2,3}, Русак П.С.^{1,2}, Рибальченко В.Ф.²

Значення констипаційного синдрому у діагностиці та лікуванні нервово-м'язової дисфункції сечового міхура у дітей

Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня, Житомир, Україна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

Житомирський державний університет імені І. Франка, Житомир, Україна

Резюме. Встановлено, що у дітей існує тісний зв'язок між констипацією та проблемами сечового тракту, включаючи інфекції, нічне нетримання сечі (енурез), міхурово-сечовідний рефлекс та розширення верхніх сечових шляхів [Averbeck M.A., Madersbacher H., 2011; Muhammad S. et al, 2015]. J Pannek et al. (2009) описали випадки затримки сечопуску внаслідок масивної констипації, коли калові маси перекривали сечові шляхи. Erhun Kasirga et al. (2006) встановили значно більшу частоту інфекцій сечових шляхів у хворих дітей із констипаційним синдромом. Veiga ML et al. (2013) встановили, що діти із нейрогенною дисфункцією сечового міхура мають більші шанси на констипацію, ніж ті, у яких відсутні симптоми нижніх сечових шляхів.

На основі отриманих літературних даних та результатів власних спостережень, встановлено взаємозв'язок між констипаційним синдромом та нервово-м'язовою дисфункцією сечового міхура у дитячому віці.

Таким чином, порушення функції сечового міхура у контексті її кореляції із констипаційним синдромом, є актуальною проблемою, яка через свою багатовекторність потребує подальшого вивчення та розробки як новітніх діагностичних алгоритмів, так і комплексного лікування.

Ключові слова: *констипаційний синдром, нервово-м'язова дисфункція сечового міхура, діти.*

Вступ. Marcio A. Averbeck із Бразилії та Helmut Madersbacher із Австрії (2011) провели широкий літературний аналіз зв'язку констипації (закрепів) із симптомами нижніх сечових шляхів. Автори підсумували, що у дітей існує тісний зв'язок між констипацією та проблемами сечового тракту, включаючи інфекції, нічне нетримання сечі (енурез), міхурово-сечовідний рефлекс та розширення верхніх сечових шляхів [5]. Такі ж дані отримали й інші автори [8].

J Pannek, K Gucking and U Bersch із Швейцарії (2009) описали випадки затримки сечопуску внаслідок масивної констипації, коли калові маси перекривали сечові шляхи. Таким чином автори прийшли до висновку, що колоректальна дисфункція може призводити до інтенсифікації (посилення) нейрогенної дисфункції сечового тракту внаслідок простої механічної компресії. Лікування констипації може покращити функцію сечового міхура у цих пацієнтів [9].

Erhun Kasirga et al. (2006) провели дослідження щодо зв'язку між хронічною функціональною констипацією та

наявністю інфекцій сечових шляхів (ІСШ) і встановили значно більшу частоту ІСШ у хворих із констипаційним синдромом, ніж у контрольній групі дітей [6].

V Loening-Baucke (2007) провела аналіз звернень дітей за первинною допомогою у США і виявила, що даному випадку відзначається 22,6% констипацій, 4,4% нетримання калу і 10,5% нетримання сечі (3,3% - лише денне нетримання, 1,8% - денне та нічне і 5,4% - лише нічне нетримання сечі). Діти із констипацією мають вищий рівень калового та сечового нетримання, ніж діти без констипації [7].

Veiga ML et al. (2013) провели дослідження зв'язку між ізольованим гіперактивним сечовим міхуром у дітей та констипацією (із застосуванням критерію Rome III) і встановили, що діти із нейрогенною дисфункцією сечового міхура мають більші шанси на констипацію, ніж ті, у яких відсутні симптоми нижніх сечових шляхів [10].

За даними деяких авторів щороку народжується 1:1500-1:5000 новонароджених із важкими аномаліями сфінктерного апарату прямої кишки та 1:1000 із мієлодисплазією. Актуальність теми пов'язано із широким розповсюдженням даних вад, їх інвалідизацією, соціальною дезадаптацією хворих дітей та їх сімей [4]. Серед хворих із розладами сечопуску близько 10% мають аноректальні вади у комбінації із дисплазією крижових кісток та куприка. До 70% хворих із розладами сечопуску при мієлодисплазії страждають на закрепі [1].

Таким чином, порушення функції сечового міхура у контексті її кореляції із констипаційним синдромом є актуальною проблемою, яка через свою багатовекторність потребує подальшого вивчення та розробки як новітніх діагностичних алгоритмів, так і комплексного лікування.

Мета дослідження. На основі отриманих літературних даних та результатів власних спостережень встановити взаємозв'язок між констипаційним синдромом та нервово-м'язовою дисфункцією сечового міхура у дитячому віці.

Матеріали та методи дослідження

Згідно з розробленими Локальними протоколами, на базі Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні, вперше із констипаційним синдромом зіткнулися педіатри та гастроентерологи. Розроблено алгоритм, згідно з яким, навіть за відсутності