Лечение инвагинации кишечника у детей старше одного года Беляев М.К., Федоров К.К.

Treatment of the intestinal invagination at children older than 1 year

Belyaev M.K., Fyodorov K.K.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

© Беляев М.К., Федоров К.К.

Цель исследования — показать возможность и эффективность консервативного лечения инвагинации кишечника у детей старше одного года, поскольку, во-первых, до сих пор не существует единой точки зрения на тактику лечения данного заболевания, а во-вторых, в последнее десятилетие отмечается рост числа больных с инвагинацией в этом возрасте, достигая 50%.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа с 1976 по 2001 г. находилось 183 ребенка с инвагинацией кишечника в возрасте старше одного года, что составило 49,7% от общего числа больных с данной патологией. Из 170 детей с правильно установленным диагнозом инвагинации консервативное лечение применялось к 166 (97,6%). Бескровный метод лечения оказался эффективным у 159 больных (95,8%). В 7 наблюдениях (4,2%) расправить инвагинат не удалось. Таким образом, убедительно показана возможность и эффективность консервативного лечения у детей старшего возраста.

Ключевые слова: инвагинация, дети старше года, консервативное лечение.

The aim of research is to show the possibility and efficiency of conservative treatment of intestinal intussusception at the children older than 1 year because on the one hand, there is no common opinion about the tactics of treatment of this disease. On the other hand, during the period of last 10 years the number of children with intussusception has been increasing, running up to 50%.

In the hospital from 1976 till 2001 there were 183 children older than 1 year with intestinal intussusception. It is 49.7% of all patients with this disease. The conservative treatment was used for 166 children with precisely determined diagnosis (97.6%). Exsanguinate method of treatment turned to be very effective at 159 patients (95.8%). The treatment failed only for 7 patients (4.2%). So, the possibility and efficiency of conservative treatment at children is demonstrated.

Key words: intussusception, children older than 1 year, conservative treatment.

УДК 616.34 - 002. 95-08 : 612. 6 - 053.2

Вопросы выбора тактики и лечения инвагинации кишечника у детей старше одного года остаются одной из актуальных проблем хирургии детского возраста. Это объясняется не только тем, что число больных с данной патологией в последние годы имеет тенденцию к росту, достигая 30—40% [5, 11], но и тем, что до сих пор не существует единой точки зрения на тактику лечения данного заболевания [1, 3, 7, 12—15].

Бескровный метод лечения инвагинации у грудных детей признан большинством детских хирургов и является методом выбора. Однако в отношении больных старше одного года выска-

зываются не только сомнения в целесообразности его применения, но даже предупреждения о недопустимости консервативной дезинвагинации, аргументируя это увеличением органических причин, связанных с возрастом ребенка [2, 3, 9]. Более того, в исследовании А.Г. Сафронова (1987) пропагандируется хирургический метод лечения инвагинации кишечника у детей старше одного года как единственно оправданный [8].

Между тем послеоперационная летальность остается еще достаточно высокой, составляя, по данным разных авторов, от 2,7 до 24% [3, 10], а 15,4% детей подвергаются повторным оператив-

Страничка практического врача

ным вмешательствам по поводу спаечной кишечной непроходимости, развивающейся после оперативного лечения инвагинации [4].

В этой связи считаем вполне обоснованным обсуждение следующих вопросов: действительно ли инвагинация кишок у детей старше одного года имеет органическую причину и хирургическое вмешательство неизбежно? Если это так, то какие операции выполняются?

Анализ многочисленных литературных данных хирургического лечения инвагинации свидетельствует, что дезинвагинация во время операции выполняется у 84—94% больных. Следовательно, сам факт возможности расправления во время хирургического вмешательства свидетельствует не только о благоприятном состоянии внедренного участка, позволяющего выполнить органосохраняющую операцию, но и об отсутствии причины, способствующей инвагинации у большинства больных. Поэтому неудивительно, что частота резекции не превышает 6% вследствие некроза инвагинированного участка кишки либо наличия органической причины инвагинации, в результате которой после консервативного лечения болезнь может рецидивировать. Это положение нашло подтверждение в анализе нашего материала.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИДУВа с 1976 по 2001 г. находилось 183 ребенка в возрасте старше одного года с инвагинацией кишечника, что составило 49,7% от общего числа больных с данной патологией. Мальчиков было 70,4%, дев Очербо-х29,6% от отметить, что в последнее десятилетие отмечается увеличение больных с инвагинацией кишок в возрасте старше одного года (диаграмма 1).

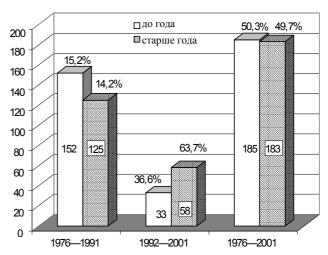


Рис. 1. Распределение больных разных возрастных групп по временным периодам

Так, если с 1976 по 1991 г. детей старше одного года находилось на лечении в нашей клинике 45,2%, то с 1992 по 2001 г. их число увеличилось на 18,5%, а за весь период с 1976 по 2001 г. дети старше года составили практически 50%.

По возрастному составу больные распределились следующим образом: от 1 года до 2 лет — 87 (47,6%), от 2 до 3 лет — 46 (25,1%), от 3 до 5 лет — 35 (19,1%), от 5 до 10 лет — 13 (7,1%), от 10 до 15 лет — 2 (1,1%).

Изучение клинико-рентгенологических симптомов позволило нам выделить следующие формы кишечной инвагинации (табл. 1).

Таблица 1 Распределение больных по формам инвагинации

Форма инвагинации	Число больных	%
Тонко-тонкокишечная	6	3,3
Толсто-толстокишечная	2	1,1
Подвздошно-ободочная	145	79,2
Слепо-ободочная	30	16,4
Всего	183	100

Ведущую роль в диагностике инвагинации кишечника занимает правильная оценка клинических симптомов в динамике при различных ее видах. Однако патономоничным симптомом заболевания является наличие инвагината в брюшной полости, который определяется в виде цилиндрической формы, умеренно подвижного цилиндра плотно-эластической консистенции. Во время пальпации живота возникает усиление бо-

лей и беспокойства ребенка, поэтому исследование проводилось под масочным наркозом или медикаментозным сном. Выполненная в этих условиях пальпация позволяет всегда определить инвагинат. Именно этот симптом, с нашей точки зрения, должен быть решающим в принятии окончательного диагноза.

На основании анамнеза заболевания, объективного и лабораторного исследований в приемном покое диагноз инвагинации нами установлен у 170 больных (93%), в 13 случаях (7%) были допущены диагностические ошибки, из которых у 9 пациентов поставлен диагноз «острый аппендицит» и у 4 — «кишечная непроходимость». Необходимо отметить, что допущенные ошибки в диагностике относятся к периоду 1976—1982 гг., то есть к периоду организации и усовершенствования диагностического процесса. В последующем аналогичных ошибок при диагностике больных с инвагинацией кишок мы не отмечали, что можно объяснить четкой организацией и последовательностью работы хирургов, анестезиологов и рентгенологов.

В нашей клинике метод консервативного лечения кишечной инвагинации считается основным и применяется независимо от возраста больных, сроков поступления с момента возникновения инвагинации или ее рецидива при отсутствии осложнений со стороны органов брюшной полости (перитонита). В правильности выбранной убеждает нас И высказывание С.Я. Долецкого (1973), который необходимость применения бескровного метода лечения обосновывает тем, что «...причина инвагинации, кроме 5—7% документированных органических факторов (дивертикул Меккеля, полип, удвоение кишки и проч.), заключается во временной дискоординации перистальтики — дисфункции продольной и циркулярной мускулатуры. Трудно предположить, что лежит в основе временной патологической тенденции — эндокринная или нейрогуморальная диспропорция, но сам факт временности данного явления диктует принципиально консервативное отношение к данному заболеванию» [6]. Наши наблюдения убедительно свидетельствуют о справедливости данного высказывания, поскольку с увеличением возраста пациента значительно сокращается и число инвагинаций, что подтверждает функциональный характер заболевания (диаграмма 2).

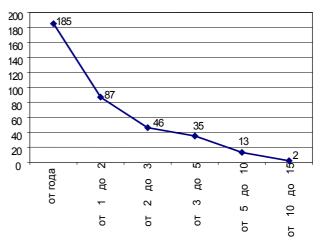


Диаграмма 2. Зависимость числа больных с инвагинацией от возраста

Вероятнее всего, это объясняется возрастными изменениями анатомических особенностей желудочно-кишечного тракта детского организма, которые являются предпосылками возникновения инвагинации (изменяются форма слепой кишки и угол впадения тонкой кишки в слепую, формируется баугиниевая заслонка и др.).

Из 170 детей с правильно установленным диагнозом инвагинации консервативное лечение применялось к 166 (97,6%). В зависимости от времени, прошедшего с момента возникновения заболевания, данных больных мы распределили по стадиям согласно классификации И.Н. Осипова (1967) в модификации В.В. Подкаменева, В.А. Урусова (1986). Распределение больных по стадиям заболевания представлено в табл. 2.

Таблица 2
Распределение больных старше одного года с инвагинацией кишок по стадиям заболевания при консервативном лечении

Стадия заболевания	Число больных	%
1 стадия (до 12 ч)	101	60,8
2 стадия (от 12 до 24 ч)	32	19,3
3 стадия (от 24 до 48 ч)	22	13,3
4 стадия (свыше 48 ч)	11	6,6
Всего	166	100

Эти пациенты не имели осложнений со стороны органов брюшной полости. Клинически это подтверждалось отсутствием напряжения мышц передней брюшной стенки и перитониальных симптомов.

О степени нарушения кровообращения при инвагинате свидетельствует выделение крови из прямой кишки, так как проявление данного симптома напрямую связано со степенью ущемления брыжейки и стенки инвагинированной кишки. Из 166 больных только у 15 (9%) при поступлении наблюдалось выделение крови из анального отверстия, что убедительно свидетельствует о невыраженности элементов странгуляции, а следовательно, при инвагинате медленно происходят трофические нарушения и внедренный участок кишечника длительное время сохраняет свою жизнеспособность даже при сроке более 48 часов от начала заболевания.

В то же время проявления «первичного шока» и тяжесть состояния диктовали нам необходимость проведения у 10 больных (6%) инфузионной терапии в течение 1-3 ч, которая была эффективна у всех пациентов, что выражалось в улучшении общего состояния и самочувствия детей, снижении температуры тела, восстановлении периферического кровообращения. Более того, данная терапия имела и диагностическое значение. Так, у 5 больных, у которых до назначения инфузионной терапии были выявлены сомнительные симптомы раздражения брюшины, перитониальные знаки не определялись по оконинфузии, и явилось показанием для успешного применения бескровного расправления инвагинации аэродинамическим способом.

Бескровный метод лечения оказался эффективным у 159 больных (95,8%). В 7 наблюдениях (4,2%) расправить инвагинат нам не удалось. Данным пациентам без особых трудностей была выполнена интраоперационная дезинвагинация воздухом, что указывает на реальную возможность расправления инвагинации бескровным способом. Очевидно, в этих случаях были допущены технические ошибки при расправлении. В 4 наблюдениях данные ошибки были допущены

в период 1976—1982 гг., то есть в первые годы нашей работы, и относятся к периоду отработки методики консервативной дезинвагинации. В последующем только у 3 пациентов инвагинация не была расправлена вследствие того, что манипуляция выполнялась врачами, не имеющими достаточного опыта консервативного лечения.

Нами была отмечена важная роль лапароскопического исследования при инвагинации, которое позволяет не только выявить данную патологию, и расправить инвагинат с помощью манипуляторов под визуальным контролем, а также определить возможную причину внедрения. Так, у 3 детей инвагинация кишок была выявлена как непредвиденная находка при выполнении им лапароскопии с целью исключения острого аппендицита, и двум пациентам выполнена лапароскопия при рецидивной инвагинации. При этом данное исследование оказалось методом эффективного контроля за расправлением инвагината при нагнетании воздуха в кишечник. Более того, эндоскопический метод обеспечил возможность объективно оценить состояние дезинвагинированного участка кишечника.

Впоследствии у 14 пациентов (8,4%) после консервативного лечения возник рецидив инвагинации с интервалом от 12 ч до 3,5 лет. У 13 из них повторное внедрение было расправлено бескровным способом, причем у одного пациента дезинвагинация проводилась дважды и у одного трижды. Одному больному выполнено оперативное вмешательство, так как при обследовании рецидивирующей инагинации был выявлен дивертикул Меккеля.

Хирургическое лечение применялось в отношении 23 больных (12,5%). Только у 3 пациентов имелся некроз кишки, что составило 1,6% от общего числа детей с инвагинацией в возрасте старше одного года (3 из 183). Это указывает на то, что инвагинация у старших детей протекает значительно легче, доброкачественней, а внедренный участок кишечника может длительное время оставаться жизнеспособным даже при сроках заболевания свыше 48 ч. Поэтому попытки его расправления (при отсутствии противопоказаний) необходимо считать оправданными.

В результате проведенного анализа лечения 183 больных с кишечным внедрением мы считаем, что консервативная дезинвагинация у детей старше одного года должна являться методом выбора. Опасения пропустить анатомическую причину заболевания у детей старше одного года значительно преувеличены. Так, по нашим данным, анатомические причины были выявлены только у 6 больных, что составило 3,2%. В свою очередь, в выявлении подобных причин неоценимую помощь может оказать применение как лапароскопии, так и ультразвукового исследования кишечника.

Осложнений, связанных с введением воздуха в прямую кишку, а также летальных исходов при консервативном лечении мы не наблюдали.

Таким образом, наши данные убедительно свидетельствуют не только о возможности применения консервативного лечения инвагинации кишечника у детей старше одного года, но и его безопасности и высокой эффективности, равной 95,8%. А за последние 15 лет нашей работы эффективность консервативного метода у детей старшей возрастной группы составила 98%.

Выводы

- 1. Консервативная дезинвагинация является методом выбора у детей старше одного года.
- 2. Показанием к консервативной дезинвагинации служит отсутствие осложнений со стороны органов брюшной полости (перитонита).
- 3. Патогенетическими предпосылками для широкого применения бескровного метода являются мягкое, доброкачественное течение инвагинации у детей старше одного года, а также малый удельный вес морфологических причин внедрения, составляющий 3,2%.
- 3. Время, прошедшее от начала заболевания, не может служить критерием в выборе способа лечения инвагинации кишок.
- 4. Рецидив инвагинации, а также тяжесть состояния больного не являются противопоказаниями к консервативному расправлению.

Литература

- 1. Амирбекова Р., Богданов Р. Эндовидеохирургия в неотложной абдоминальной хирургии у детей // Эндоскопическая хирургия детей: Тезисы научных работ симпозиума по эндоскопической хирургии у детей. Уфа, 2002. С. 13—14.
- Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. М., 1997. С. 165.
- 3. Библюк И.И., Фучко В.И., Матияш Я.В. и др. К вопросу диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей // Педиатрия, акушерство и гинекология. 1991. < 5. С. 24—25.
- 4. Горяинов В.Ф., Славкина Г.М., Староверова Г.А. и др. Отдаленные результаты лечения приобретенной непроходимости кишечника у детей // Тезисы 4-й Всероссийской научно-практической конф. детских хирургов. Саратов, 1978. С. 24—26.
- 5. Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г., Савчук О.Б. Выбор лечебной тактики при кишечной инвагинации у детей // Детская хирургия. 1998. < 1. С. 18 20.
- 6. Долецкий С.Я. Вопросы структуры и функции в педиатрической хирургии. М., 1973. 38 с.
- 7. Нейков Г.Н. Лечение инвагинации кишечника у детей // Хирургия. 1992. < 11, 12. C. 27—30.
- 8. Сафронов А.Г. Инвагинация кишечника у детей старше года: Дис. ... канд. мед. наук. Л:, 1987. 255 с.
- 9. Тихонов Ю.А., Дроно А.Ф., Мешко М.В. и др. Инвагинация кишечника у детей в возрасте старше одного года // Клиническая хирургия. 1991. < 6. С. 39—42.
- 10. Шарипов Н.А., Магомедова Т.М. Ошибки и осложнения при инвагинации кишечника у детей: Тезисы докл. // 11-й съезд хирургов Дагестана. Махачкала, 1987. С. 49—50.
- 11. Щитинин В.Е., Старыгин О.В., Столяров В.Ю., Сурикова О.А. Диагностика и хирургическое лечение инвагинации кишечника у детей // Хирургия. 1989. < 11. С. 65—68.
- 12. Щитинин В.Е., Тимощенко В.А., Ионов Д.В. и др. Эндоскопический способ лечения острой инвагинации кишечника у детей // Неотложные состояния у детей: Материалы шестого конгресса педиатров России. М., 6—9 февраля 2000 г. С. 326.
- 13. Юрков П.С., Стальмахович В.Н., Михайлов Н.И. Наш опыт лапароскопической дезинвагинации у детей // Неотложные состояния у детей: Материалы шестого конгресса педиатров России. М., 6—9 февраля 2000 г. С. 330.
- 14. Le-Masne A., Lortat-Jacob S., Sayegh N. et al. Intussusception in infants and children: feasibility of ambulatory management // Eur. J. Pediatr. 1999. Sep. 158 (9): 707 — 10.
- Montes P., Soto G., Codoceo A. et al. Medical-surgical experience of intestinal intussusception. Experience of a university institution // Rev. Med. Chil. 2000 Mar.; 128 (3). P. 309—314.

Поступила в редакцию 16.09.2001 г.

Страничка практического врача