

УДК 616.053.002

УСКЛАДНЕННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ КОНСЕРВАТИВНОГО І ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ІНВАГІНАЦІЇ У ДІТЕЙ

Ю.П. Кукуруза, В.В. Погорілий, В.А. Навроцький, Н.П. Солейко, В.С. Коноплицький, О.Г. Якименко, О.Ю. Антупіна, Ю.А. Димчина, Д.С. Солейко, С.С. Кіналь
 Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
 Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Резюме. Дослідження проведено з метою покращення діагностики інвагінації кишечника у дітей та своєчасного, адекватного та ефективного їх лікування. Здійснений ретроспективний аналіз ускладнень та результатів консервативного і оперативного лікування на основі спостережень за 154 пацієнтами клініки. Встановлено, що рання діагностика та рання госпіталізація дітей в стаціонар значно розширює застосування консервативного методу лікування і запобігає ускладненням та знижує летальність при даній патології.

Ключові слова. Інвагінація, діти, ускладнення.

Вступ. Серед набутої гострої хірургічної патології у дітей ранньої вікової групи інвагінації кишечника відводиться одне із провідних місць, оскільки остання посідає майже 80 % кишкової непрохідності і залишається важливою соціальною та медичною проблемою [2].

Для більш ефективного лікування дітей з інвагінацією кишечника необхідно, в першу чергу, глибоке знання цієї патології не лише лікарями, але й проведення великої роз'яснювальної роботи серед широких верст населення, особливо батьків, які мають дітей ранньої вікової групи. Завдяки зусиллям педіатрів, дитячих хірургів вдалося значно покращити діагностику захворювання та результати лікування інвагінації, знизити летальність від цієї патології. Ось чому саме своєчасна госпіталізація є важливою складовою профілактики можливих ускладнень як консервативного так і оперативного лікування інвагінації.

Мета роботи – вивчити ускладнення та результати консервативного та оперативного лікування інвагінації у дітей для підвищення ефективності діагностики та своєчасного, адекватного їх лікування.

Матеріали та методи дослідження. Ускладнення та результати консервативного і оперативного лікування здійснені на підставі ретроспективного аналізу лікування 154 пацієнтів з інвагінацією в клініці хірургії дитячого віку за період з 1994-2004 рр.

У клінічній картині виділяли три стадії інвагінації: початкову; стадію сформованого інвагінату; стадію ускладнень [1]. До першої початкової стадії, яка тривала 4-6 годин, з характерних симптомів тріади відносили дітей лише з переймоподібним болем в животі. До другої – сформованого інвагінату – дітей, у яких до першого симптому тріади приєднувалися ще два: кров'янисті випорожнення та наявність інвагінату при пальпації живота. Третя стадія інвагінації була характерна для дітей з клінікою перитоніту в залежності від його стадії, а саме – всі симптоми тріади відсутні: із-за парезу кишечника немає переймоподібного болю, змертвілий інвагінат м'язів черевної стінки при перитоніті не дають можливості пальпувати

інвагінат. Всі три симптоми можна знайти лише в анамнезі, з'ясувавши причину перитоніту.

Консервативне лікування проводили дітям з клінічною картиною інвагінації першої та другої стадій шляхом наскрізної ретропневоколонопресії під загальним знеболюванням, з тиском повітря в прямій кишці 40-60 мм рт.ст. Ефективність терапії оцінювали на підставі постійного виділення повітря через назогастральний зонд, кінець якого був занурений у посуд з рідиною. Рентген-контроль консервативних заходів, враховуючи радіаційний стан Подільського регіону України та переконливі позитивні докази методу, не проводили.

Оперативне лікування виконували у випадках неефективності наскрізного продування кишечника, без виключення дітям з третьою стадією розвитку інвагінації та пацієнтам після року життя, як правило, з правобічного парамедіального доступу. Втручання завершувалось в залежності від інтраопераційних знахідок.

Віддалені результати консервативного та оперативного лікування (від 6-ти місяців до 5-ти років) вивчені у 62,4 % дітей (96 пацієнтів).

Результати досліджень та їх обговорення. Результати представлених матеріалів свідчать про те, що в першу стадію розвитку інвагінації в стаціонар госпіталізовано лише 34 дитини (22,07 %). На стадії сформованого інвагінату поступило 83 пацієнта (53,9 %), на стадії ускладнень – 37 (24,03 %). Серед госпіталізованих хлопчиків було 100 (64,9 %), дівчаток – 54 (35,1 %). З дитячої інфекційної лікарні в хірургічний стаціонар переведено 8 дітей (5,2 %). В залежності від пори року на інвагінацію страждали: весною – 46 дітей (29,8 %); влітку – 38 (24,7 %), восени – 36 (23,4 %); взимку – 34 (22,1 %). 75 % хворих на інвагінацію були діти першого року життя, а серед них найбільш вразливий вік від 2-х до 10 місяців складав 89,6 % (138 дітей). У віці після року інвагінація виникала у 16 дітей (10,4 %). Проліковано консервативно за методикою ретроградної пневмоколонопресії з наскрізним продуванням кишечника 106 пацієнтів (68,85 %), у 48 (31,2 %) – виконана оперативна дезінвагінація. Із них: дезінвагінація і апендиктомія у 6 (12,5 %), дезінвагінація – у 28 (58,3 %), дезінвагінація з резекцією некротизованої кишки – у 8 (16,7 %),

дезинвагінація з резекцією дивертикула Меккеля – у 4 (8,3 %), резекція некротизованого інвагінату – у 2 (4,2 %). Ускладнення, пов'язані з перфорацією кишки виникли у 2 дітей при консервативній дезинвагінації. У однієї дитини, яка була доставлена в стаціонар через 18 годин від початку захворювання, в момент проведення консервативної дезинвагінації виникла спонтанна перфорація кишки, яку діагностовано одразу та виконано невідкладну спонтанну перфорацію кишки, яка діагностована одразу та виконана невідкладна лапаротомія. Ускладнення, пов'язані із загоєнням рани (інфільтрат, нагноєння, евентрація) відмічені у 6 дітей; внутрішньочеревні (абсцеси, інфільтрати) – у одного хлопчика. Підшкірна евентрація – у однієї дитини, яка лікувалася в подальшому консервативно шляхом накладання липких пластирних полосок на шкіру. Неспроможність кишкових анастомозів та перитоніт виникли у 2 дітей. У двох пацієнтів клініки, у зв'язку з недооцінкою життєздатності кишки, після операції виник некроз її стінки. Оперативне втручання завершилося виведенням стоми. При консервативній дезинвагінації летальних випадків не було. Після доби від початку захворювання поступило 48 дітей. У зв'язку з клінічною картиною перитоніту всі вони були прооперовані. Під час втручання виявлені некротичні зміни [4] та перфорація [6] на рівні шийки інвагінату. Операція в усіх випадках завершилася виведенням стоми з наступними реконструктивними анастомозами. Із прооперованих дітей від ускладнень померло 2 дітей.

Зазвичай причиною смерті при інвагінації при інвагінації кишечника, особливо при ілеоцекальних зануреннях, вважають перитоніт, який у своїй термінальній фазі призводить до летальності. Однак, на наш погляд, хворі не завжди помирають від цього ускладнення. Інколи смерть настає при повній відсутності явищ перитоніту. У хворих, померлих в нашій клініці в результаті інвагінації, у однієї дитини не були встановлені ознаки перитоніту. Виходячи з цього, вірогідніше всього, слід враховувати, що причину смерті при інвагінації можна вважати не лише перитоніт. В своїх дослідженнях М.Д. Ковалевич (1960) довів, що у тварин з обтураційною непрохідністю настають такі зміни в організмі, як при експериментальному травматичному шоці: різке сповільнення циркуляції крові, падає артеріальний тиск, відбувається пригнічення функції дихального і судинно-рухового центру. Саме це дало йому можливість врахувати, що причиною смерті тварин при необхідності є рефлекторний шок, який і є причиною смерті. Наші спостереження вивчення стану дітей з клінічною картиною інвагінації дають припущення, що «спокій» та «сон» дитини, який настає після різкого занепокоєння, є не що інше, як торпідна фаза шоку, що поглиблюється з кожним перистальтичним защемленням брижі кишечника і призводить до відсутності переймоподібного болю, тобто еректильної фази, та підтверджує факт появи

рефлекторного шоку одразу після виникнення непрохідності, ще до того, як наступають інші важкі ускладнення. Ось чому у комплексну терапію інвагінації на госпітальному етапі слід включати, в тому числі, і наркотичні анальгетики, а передопераційна підготовка повинна бути мінімальною в часі, адже застій крові, який відбувається в мезентеріальних судинах та пропотіває в просвіт кишки, спроможний вмістити велику кількість крові дитини, що викликає розлади загального кровообігу і приводить до збіднення киснем головного мозку, порушенню діяльності судинно-рухового центру з послідовним різким зниженням артеріального тиску та смерті дитини.

Аналіз ускладнень при лікуванні дітей, хворих на інвагінацію, свідчить про прямопропорційну їх залежність від терміну госпіталізації в дитячій хірургічній стаціонар. Адже лише 22,07 % батьків звернулися за допомогою до лікарів в перші 6 годин з моменту появи переймоподібного болю у дітей і майже 80 % в другу та третю стадію розвитку інвагінації, коли у випорожненнях з'явилась кров. У всіх 34 дітей першої стадії розвитку інвагінації була виконана консервативна дезинвагінація шляхом наскрізної пневмоколонопресії. Слід відзначити її велику ефективність та інформативність, адже в більшості випадків нами не виконувався додатково рентгенконтроль результатів дезинвагінації. Ускладнень у пацієнтів в першу стадію розвитку патології не було. У випадках неефективності консервативної терапії розправлення інвагінату виконувалося оперативне втручання. На наш погляд під час виконання лапаротомії хірургу необхідно звертати особливу увагу на характер випоту в черевній порожнині. У 12-ти пацієнтів із 48 прооперованих він був геморагічним, що свідчило про розвиток тромбозу судин та крововиливів у стінку кишки. Саме у таких пацієнтів й відмічалися ускладнення з боку стінки кишечника. За нашими даними, при інвагінації у 9 випадках випоту взагалі не було, що залежить, вірогідніше усього, від ступеню важкості інвагінації. Можна враховувати, що наявність випоту, а також його характер пов'язані з формою непрохідності та тривалістю патології. Нами відмічено, що кров'янистий випіт спостерігається в основному при ілеоцекальних інвагінаціях, у той час як серозний – більш характерний для сліпоободочних занурень товстої кишки. Віддалені результати оперативного та консервативного лікування інвагінацій дітей мають важливе значення для проведення реабілітаційних заходів. Хорошими вони були у більшості пацієнтів (87,3 %), однак у 13,7 % дітей відмічалися періодичні болі в животі, які супроводжувалися блювотою та затримкою випорожнень. Злукова непрохідність виникла у двох пацієнтів, причому одна із них через п'ять років після втручання.

Таким чином, результати аналізу ускладнень, результатів консервативного та оперативного лікування залежить від своєчасної діагностики та госпіталізації хворої дитини до

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

спеціаліста – дитячого хірурга. Якщо це відбувається на початку захворювання, то для його успішного лікування, можливо, навіть не потрібна операція. Якщо захворювання давніше, операція може закінчитись резекцією великої частини кишечнику, включаючи видалення його

функціонально важливих відділів. Ось чому педіатри поліклініки або швидкої допомоги, до якого вперше звертаються батьки з дитиною, зобов'язані чітко знати діагностику цього захворювання і тактику лікування.

Висновки

1. Рання діагностика та раннє поступлення дітей в хірургічний стаціонар є важливою складовою профілактики можливих ускладнень та розширює застосування консервативного методу лікування – ретроградної наскрізної пневмоколонопресії.
2. На госпітальному етапі перебування дитини з інвагінацією з метою профілактики і лікування еректильної та торпідної фази шоку комплексна терапія зобов'язана включати наркотичні анальгетики.
3. Реабілітаційні заходи у дітей, які перенесли інвагінацію, незалежно від способу лікування повинні бути направлені на профілактику злукової хвороби.

Література

1. Кудрявцев В.А. Детская хирургия в лекциях: Учебник для медвузов. – Архангельск: Издательский центр АГМА, – 1999; – 460 с.
2. Фельдман Х.И. Инвагинация и эвагинация кишок в детском возрасте. М.: Медицина. – 1977; – 153 с.

ОСЛОЖНЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Кукоруза Ю.П., Погорельый В.В., Навроцкий В.А.,
Солейко Н.П., Коноплицкий В.С., Якименко А.Г.,
Антипина О.Ю., Дымчина Ю.А., Солейко Д.С.,
Киналь С.С.

Винницкий национальный медицинский университет
им. Н.И. Пирогова

Резюме. Исследования проведены с целью повышения эффективности диагностики инвагинации кишечника у детей, своевременного адекватного и эффективного их лечения. Проведен ретроспективный анализ осложнений и результатов консервативного и оперативного лечения на основе наблюдений 154 пациентов клиники. Установлено, что ранняя диагностика, ранняя госпитализация детей в стационар расширяет применение консервативного метода лечения и предупреждает осложнения и снижает летальность при данной патологии.

Ключевые слова: инвагинация, дети, осложнения.

COMPLICATIONS AND RESULTS OF CONSERVATIVE AND OPERATIVE TREATMENT OF INVAGINATION FOR CHILDREN

Kukuruzha Yu.P., Pogorelyy V.V., Navrotsky V.A.,
Soleyko N.P., Konoplytsky V.S., Yakimenko A.G.,
Antipina O.Yu., Dymchina Yu.A., Soleyko D.S.,
Kinal' S.S.

Vinnits'kiy national medical university the name of N.I.
Pirogova

Summary. Researches are conducted with the purpose of increase of efficiency of diagnostics invagination of intestine for children, their adequate and effective timely treatment. The retrospective analysis of complications and results of conservative and operative treatment is conducted on the basis of supervisions of 154 patients of clinic. It is set that early diagnostics, early hospitalization of children in permanent establishment extends application of conservative method of treatment and warns complications and lowers lethality at this pathology.

Key words: invagination, children, complications.

Надійшла до редакції 10.12.2009 року.

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

МЕЗО-КАВАЛЬНЕ ШУНТУВАННЯ В ЛІКУВАННІ ДОПЕЧІНКОВОЇ ФОРМИ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ <i>Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Притула В.П., Яременко В.В., Годік О.С., Грішин О.О., Жежера Р.В.</i>	6
АМПУТАЦІЯ (ВІДРИВ) ОБОХ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК У ДИТИНИ (РІДКІСНЕ КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ) <i>Дольницький О.В., Фідельський В.В., Мойсеєнко О.Л., Бовкун В.М., Проноза А.В., Безверхий С.М.</i>	10
ВРОДЖЕНИЙ ГІГАНТСЬКИЙ НЕВУС – ДОСВІД ЛІКУВАННЯ В КЛІНІЦІ ХІРУРГІЇ ІНСТИТУТУ МАТЕРІ І ДИТИНИ. <i>Щигельський О., Дудкевич З., Савицька Е., Плоска Б., Пивовар В., Бочар М., Коваль А., Суровець З., Буднер М., Жак К., Офферт Б., Мидляк Д., Шуфліньська-Сидорович М., Вєтшовський Л.</i>	17
НЕРЕЗЕКЦІЙНИЙ СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КІЛЕПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ <i>Погорілий В.В., Лойко Є.Є., Шульга Д.І., Сасюк А.І., Зябченко І.С.</i>	20
ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ПРИ НЕОБХІДНОСТІ ВИДАЛЕННЯ ІЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ВІДДІЛУ КИШЕЧНИКА <i>Кривченя Д.Ю., Боднар О.Б., Джам О.П., Бочаров А.В.</i>	22
ТАКТИЧНІ ПОМИЛКИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРИ СТОРОННІХ ТІЛАХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ <i>Воронянський О.В., Білоус Д.Д., Овчар О.В., Волошин О.М.</i>	25

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ВАРІАНТИ МОДИФІКАЦІЇ ОПЕРАЦІЇ NUSS В КОРЕКЦІЇ ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ: ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ <i>Кривченя Д.Ю., Притула В.П., Кузик А.С., Заводій В.Г., Сільченко М.І., Дворакевич А.О.</i>	27
ОСОБЛИВОСТІ УСКЛАДНЕНЬ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНІТУ У ДІТЕЙ <i>Мельниченко М.Г.</i>	31
ЕВОЛЮЦІЯ ТЕХНІКИ ВИКОНАННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МІХУРОВО-СЕЧОВІДНОГО РЕФЛЮКСУ В УМОВАХ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ <i>Шевчук Д.В., Русак П.С., Волошин П.І.</i>	35
ФОНОЕНТЕРОДОПЛЕРОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ <i>Якименко О.Г., Погорілий В.В.</i>	38
МАЛОІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ КІСТОЗНИХ УТВОРЕНЬ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ. <i>Ксьонз І.В.</i>	44
УСКЛАДНЕННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ КОНСЕРВАТИВНОГО І ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ІНВАГІНАЦІЇ У ДІТЕЙ <i>Кукуруза Ю.П., Погорілий В.В., Навроцький В.А., Солейко Н.П., Коноплицький В.С., Якименко О.Г., Антипіна О.Ю., Димчина Ю.А., Солейко Д.С., Кіналь С.С.</i>	47

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ТРІАМЦЕНОЛОНУ ТА БЕТАМЕТАЗОНУ НА МОРФОЛОГІЮ ПЕРИФЕРІЙНИХ НЕРВІВ <i>Фомін О.О., Коноплицький Д.В., Фоміна Л.В.</i>	50
МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ЛЕЧЕННЯ ІНВАГІНАЦІЇ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ. <i>Дегтярь В.А., Запорожченко А.Г., Бондарюк Л.Н., Барсук А.М., Коваль С.В., Савенко М.В.</i>	52
24-РІЧНИЙ ДОСВІД РОБОТИ ДИТЯЧОГО ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ ОДНОГО ДНЯ <i>Биков О.К., Довгаль М.П., Андреев С.В.</i>	54

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНИХ
П.Л. ШУПИКА МОЗ УКРАЇНИ
БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД ДОПОМОГИ ДІТЯМ
З ТРАВМАМИ ТА ХІРУРГІЧНИМИ ХВОРОБАМИ "ХІТОД"
ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ДИТЯЧИХ ХІРУРГІВ



1-27809

ХІРУРГІЯ

ДИТЯЧОГО ВІКУ

Хирургия детского возраста Pediatric Surgery in Ukraine

Науково-практичний медичний журнал

Том VIII. № 1. (30) 2011.

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР ДАНИЛОВ О.А.

Рекомендовано

Вченою радою НМАПО ім. П.Л.Шупика.
Протокол № 2 від 16. 02. 2011 р.

Адреса редакції: 04209 м. Київ, вул.
Богатирська, 30, Київська міська дитяча
клінічна лікарня №1. Кафедра дитячої
хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика.

Завідувачу кафедри професору

О.А. Данилову.

Телефон/факс: (044) 412-04-87.

Виходить 4 рази на рік.

Видавець: Національна медична
академія післядипломної освіти імені
П.Л. Шупика МОЗ України

Віддруковано

СПД Красновид С.О.

Тираж 1000 примірників.

Підписний індекс

09537 - Каталог видань України.

Pedsurgery_ua@ukr.net

Секретаріат: Машуренко В.І., Пилипчук О.Р., Душкевич Ю.Л.

Редакційна колегія:

Белебесь'єв Г.І., Боднар Б.М., Вдовиченко Ю.П.,
Вороненко Ю.В., Герцен Г.І., Гончар В.В.,
Горбатюк О.М., Гош Р.І., Дзюрак В.С.,
Доманський О.Б., Косаковський А.Л., Кривченя
Д.Ю. (науковий редактор), Лазаретник Б.Ш.
(заступник головного редактора), Макаров А.В.,
Мамчич В.І., Полінкевич Б.С., Рибальченко В.Ф.
(відповідальний секретар), Русак П.С., Сокур П.П.
(заступник головного редактора), Сеймівський
Д.А., Слепов О.К., Стаховський Е.О., Шевнюк
М.М., Христенко В.В.

Редакційна рада:

Акмоллаєв Д.С. (АРК), Базик А. (Польща),
Бохосевич Я. (Польща), Бліхар В.Г. (Тернопіль),
Давиденко В.Б. (Харків), Дольницький О.В. (Київ),
Дігтярь В.А. (Дніпропетровськ), Дмитряков В.А.
(Запоріжжя), Гук Ю. М. (Київ), Грона В.М.
(Донецьк), Каррель Й. (Німеччина), Костев Ф.І.
(Одеса), Кукуруза Ю.П. (Вінниця), Куценюк Я.Б.
(Київ), Левіцький А.Ф. (Київ), Лосев О.О. (Одеса),
Лісовий В.М. (Харків), Люлько О.О. (Запоріжжя),
Момотов О.Г. (Луганськ), Немилова Т.К. (Росія),
Ніколаєва Н.Г. (Одеса), Переяслов А.А. (Львів),
Погорілий В.В. (Вінниця), Соловійов А.С.
(Запоріжжя), Сушко В.І. (Дніпропетровськ)

Дніпропетровська обласна
наукова медична бібліотека

Свідоцтво про державну реєстрацію видано 19.02.2003 року. Серія КВ №6993
Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у
цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

Журнал затверджений ВАК України – як фахове видання №3-05/7 від 30.06.2004 року