

© Н. С. Бондаренко, А. В. Каган, Т. К. Немилова, 2015 г.
УДК 616.34-007.44-053-08

**Н. С. Бондаренко, А. В. Каган,
Т. К. Немилова**

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра детской хирургии с курсом анестезиологии и реанимации
Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского уни-
верситета имени академика И. П. Павлова

ВВЕДЕНИЕ

Инвагинация кишечника — наиболее частый вид приобретенной кишечной непроходимости у детей раннего возраста [1, 2, 5]. В большинстве случаев основной метод лечения кишечной инвагинации у детей — консервативный. Основными показаниями к оперативной дезинвагинации являются наличие клинической картины осложнений инвагинации, выявление анатомической причины, тонко-тонкокишечная инвагинация, тяжелое состояние ребенка.

Несмотря на достаточно большое количество публикаций, некоторые проблемы инвагинации все еще не утратили своей актуальности. До сих пор не существует единой точки зрения на тактику лечения данной патологии. В течение долгого времени показаниями к оперативному лечению считались возраст пациента старше 1 года, сроки от начала заболевания более 24 часов и рецидив инвагинации [1, 2]. Многие детские хирурги считали, что рецидив инвагинации и инвагинация у детей старше 1 года чаще возникают при наличии анатомической причины. А при значительной длительности заболевания велика вероятность нарушения кровообращения инвагината, вплоть до его некроза. В последнее время изменился подход к выбору метода лечения при инвагинации. Это связано, прежде всего, с тем, что анатомические причины инвагинации встречались крайне редко, в том числе у детей в возрасте старше 1 года и при рецидиве инвагинации. Кроме того, степень нарушений кровообращения в инвагинате не всегда соответствовала срокам, прошедшим от начала заболевания, что подтверждено большим количеством наблюдений, когда при больших сроках (более 24 ч) не было нарушений кровообращения. Тем не менее остаются не до конца решенными вопросы: в какой степени выбор тактики лечения может определяться длительностью заболевания, возрастом ребенка, а также — всегда ли рецидив инвагинации связан с анатомической причиной. С целью поиска ответов на поставленные выше вопросы прове-

ден анализ результатов лечения пациентов с инвагинацией кишечника за 15 лет. Основываясь на большом клиническом материале, мы попытались впервые обосновать рациональный выбор сроков и методов лечения пациентов с инвагинацией.

Цель работы — обоснование выбора метода лечения инвагинации, в частности, выделение абсолютных показаний к оперативному лечению на основе ретроспективного и проспективного анализа особенностей клинических симптомов, методов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ДГБ № 1 Санкт-Петербурга с 2000 по 2015 г. находились на лечении 216 детей с инвагинацией кишечника в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, мальчиков — 146 (67 %), девочек — 70 (33 %). До 1 года было 134 (62 %) пациента, старше года — 82 (38 %). В возрасте от 1 года до 2 лет — 60 пациентов (28 %), старше 2 лет — 22 (10 %). Наиболее часто инвагинация встречалась в возрасте от 5 до 11 месяцев — 123 человека (57 %). В сроки до 12 часов от начала заболевания поступили 108 детей (50 %), от 12 до 24 часов — 55 (25,5 %), от 25 до 48 часов — 45 (20,5 %) и в сроки более 48 часов — 8 человек (4 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основными симптомами инвагинации являлись приступообразное беспокойство — у 197 пациентов (91 %), рвота — у 164 (75 %), примесь крови в стуле — у 53 (24 %), наличие опухолевидного образования в брюшной полости при пальпации — у 103 (47 %).

У 113 человек провести тщательную пальпацию живота и определить инвагинат оказалось невозможным из-за беспокойства ребенка, поэтому дети были осмотрены под масочным наркозом.

В ряде случаев произведена обзорная рентгенография брюшной полости, показаниями к которой были клиническая картина кишечной непроходимости, подозрение на наличие осложнений (перфорация), возраст менее 3 месяцев, поскольку у детей раннего грудного возраста клиническая картина, сходная с инвагинацией, может быть вызвана рядом других причин, в том числе пороками развития.

УЗИ брюшной полости выполнялось всем детям. Эффективность данного метода диагностики отмечена в 97 % случаев. По данным УЗИ у 46 детей выявлен мезаденит.

Только у 8 детей были выявлены анатомические причины: дивертикул Меккеля — 2, удвоение тонкой кишки — 1, опухоли тонкой кишки — 5. У остальных детей отчетливой причины инвагинации не выявлено, что позволяет расценивать ее как идиопатическую, которая, по всей видимости, связана

с дискоординацией перистальтики кишечника. Причиной дискоординации кишечника у 52 пациентов (24 %), вероятно, была реакция на введение прикорма. Кроме того, у 46 детей (21 %) по данным УЗИ выявлен мезаденит. Однако с уверенностью говорить, что мезаденит является причиной инвагинации, а не ее следствием, не представляется возможным.

Консервативное лечение (пневмодезинвагинация) проведено у 168 детей, среди них 104 пациента были в возрасте до 1 года.

48 пациентов были прооперированы. Интраоперационно выявлены следующие формы инвагинации: подвздошно-ободочная — у 21 ребенка, подвздошно-слепоободочная — у 12, тонко-тонкокишечная — у 11 и толсто-толстокишечная — у 2. Лапаротомия и дезинвагинация выполнены 12 пациентам, резекция кишки с наложением анастомоза «конец в конец» — у 10 и «конец в бок» — у 1 пациента; лапароскопическая дезинвагинация произведена 20 больным. У 7 пациентов во время ревизии брюшной полости сам инвагинат не был обнаружен, но имелись признаки его существования (изменение цвета кишки, кровоизлияния, что позволяет предположить, что инвагинат самостоятельно расправился).

Рецидив кишечной инвагинации наблюдался в 7 случаях. В 6 случаях — после пневмодезинвагинации. 2 пациентам была проведена повторная успешная консервативная пневмодезинвагинация. 4 детей были прооперированы без попытки консервативного лечения. Однако во время операции выявлены признаки расправившегося инвагината.

Рецидив после оперативной дезинвагинации отмечался у 1 пациента через год после вмешательства. При повторном поступлении клиническая картина расценена как проявление поздней спаечной кишечной непроходимости, что и явилось показанием к оперативному лечению. Во время операции обнаружена тонко-тонкокишечная инвагинация, которую, однако, удалось расправить. Таким образом, ни у одного ребенка рецидив инвагинации не был вызван анатомической причиной.

В связи с сомнениями в целесообразности учета давности заболевания при инвагинации и возраста ребенка как критериев при выборе лечебной тактики, мы провели сравнение двух групп пациентов: 156 детей (ранние сроки нашего исследования), лечение которых проводилось с учетом давности заболевания и возраста ребенка. Вторую группу составили 60 детей, у которых абсолютными показаниями к оперативному лечению являлись симптомы перитонита, неэффективность консервативного лечения и тяжелое состояние ребенка.

В первой группе, среди 156 детей, консервативная дезинвагинация проведена у 114 (73 %). Прооперированы были 42 ребенка (27 %). У большин-

ства детей операция заключалась в оперативной дезинвагинации — 30 случаев (71 %), в 6 случаях (14,5 %) во время операции выявлены признаки расправившегося инвагината, резекция кишки потребовалась лишь у 6 детей (14,5 %).

Во второй группе, среди 60 детей, консервативное лечение проведено успешно у 54 (90 %), оперативное лечение — у 6 (10 %). Резекция кишки выполнена у 4 пациентов (7 %).

Изменение тактики способствовало существенному уменьшению (более чем в 2 раза) числа оперативных вмешательств, которые в настоящее время мы производим лишь при наличии абсолютных показаний.

ВЫВОДЫ

1. В большинстве случаев инвагинация кишечника у детей является идиопатической и возникает в возрасте до 1 года.

2. Анатомические причины инвагинации встречаются крайне редко и в основном у детей старшего возраста.

3. Длительность заболевания должна учитываться, но не может являться основным критерием для выбора тактики лечения.

4. Оперативное лечение целесообразно проводить по строгим абсолютным показаниям, которыми являются наличие клинической картины осложнений инвагинации (перитонит), неэффективность попытки консервативной дезинвагинации, тяжелое состояние ребенка.

5. При повторном эпизоде инвагинации, в случае отсутствия симптомов перитонита и тяжелого состояния ребенка, можно предпринимать попытку консервативной дезинвагинации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. Острая инвагинация кишок // Неотложная хирургия детей. — Л.: Медицина, 1973. — С. 196 — 221.
2. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Красовская Т. В. Абдоминальная хирургия у детей. — М.: Медицина, 1988. — С. 148 — 154.
3. Морозов Д. А. Инвагинация кишечника у детей: федеральные клин. реком. — 2014.
4. Беляев М. К. Расширение показаний к консервативному лечению инвагинации кишечника у детей // Детская хирургия. — 2010. — № 4. — С. 25 — 28.
5. Пури П., Гольварт М. Атлас детской оперативной хирургии. — М., 2009. — С. 327 — 337.
6. Ашкрафт К. У., Холгер Т. М. Детская хирургия. Т. 2. — СПб., 1997. — С. 93 — 98.
7. Young D. G. Intussusception // Pediatric Surgery / eds by O'Neill, J. A. Jr. et al. — 5th ed. — St. Louis: Mosby, 1998. — P. 1185 — 1198.
8. Ravitch M. M. Intussusception in infancy and childhood: an analysis of seventyseven cases treated by barium enema // N. Engl. J. Med. — 1958. — № 259. — P. 1058.
9. Sondheimer J. M. Intussusception // Current Pediatric Diagnosis and Treatment / eds by W. W. Hay, M. Levin, J. M. Sondheimer. — 16th ed. — N.-Y.: McGraw-Hill Company, 2003. — P. 616 — 617.