

Морозов Д.А., Городков С.Ю., Филиппов Ю.В., Староверова Г.А.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА: МОЖНО ЛИ ПРОВОДИТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЗАВИСИМО ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России;
Кафедра хирургии детского возраста Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского

Morozov D.A., Gorodkov S.J., Filippov J.V., Staroverova G.A.

INTUSSUSCEPTION: WHETHER A CONSERVATIVE TREATMENT REGARDLESS OF THE DURATION OF THE DISEASE

Russian Children's Clinical Hospital, Moscow

Резюме

В 1981–2012 гг. в клинике находились на лечении 1064 ребенка в возрасте от 2-х суток до 15 лет с инвагинацией кишечника. Консервативное расправление было успешным у 86% пациентов без учета времени заболевания. 14% были оперированы. Авторы обсуждают возможность успешности консервативного расправления в качестве первой линии терапии всем детям.

Ключевые слова: инвагинация кишечника, консервативная дезинвагинация, дети

Abstract

1064 children with intussusceptions, aged 2 days to 15 years, have received treatment in the clinic during more than 30 years. Conservative disinvagination was performed in 86% patients without analysis of time of disease. 14% patients underwent laparotomy. The authors discuss possibilities of successful conservative treatment like first-line therapy all children.

Key words: intussusception, conservative disinvagination, children

В отношении выбора лечебной и хирургической тактики при инвагинации кишечника (ИК) позиции разных клиник в нашей стране и за рубежом остаются несогласованными. Спорными представляются вопросы показаний к консервативным процедурам, их варианты, диагностические меры, контроль эффективности дезинвагинации, объем оперативного вмешательства и многие другие [1–5]. В рамках Российского симпозиума детских хирургов «Приобретенная кишечная непроходимость у детей» (Ставрополь, 2009 г.) и VIII Московской ассамблеи «Здоровье столицы» (2009 г.) состоялись широкие дискуссии специалистов, показавшие необходимость детального и согласованного анализа опыта разных коллективов и выработки единого стандарта лечения детей с ИК.

Классическая медицина, основанная в первую очередь на клиническом анализе ситуации, переживает переход в новую формацию, богатую современными диагностическими методиками, дополнительными исследованиями. Меняются кадры, смещается парадигма принятия тактического решения в сторону

стандарта. Но всегда ли правомочен отказ от простых и эффективных схем лечения? Мы предлагаем анализ результатов лечения ИК в клинике более чем за 30 лет. За этот период времени диагностикой и лечением ИК в составе дежурных бригад и сотрудников отделения занимались 34 врача-хирурга и 14 врачей-анестезиологов различной квалификации. Принципиально считали, что существует прямая корреляция между степенью ущемления инвагината и сроком выделения крови из прямой кишки. В ходе исследования сотрудниками клиники Г.А. Староверовой (1982 г.) [6] был найден критерий жизнеспособности кишки – 10 ч от начала выделения крови. Консервативное лечение предпринималось только у пациентов до этого срока. В то же время опыт свидетельствовал о сравнительно легкой ручной оперативной дезинвагинации у ряда больных на поздних сроках, главным образом при слепоободочной инвагинации. Это стало основанием для пересмотра тактической схемы в 2009 г. – попытка консервативного расправления стала предприниматься у всех детей, не имеющих перитонита при поступлении.

Материал и методы исследования

Проведен сравнительный анализ двух групп 1064 пациентов: 941 ребенка, лечение которых проводилось с учетом срока появления крови в стуле, и 123 детей, которым при отсутствии перитонита всегда предпринималась попытка консервативной дезинвагинации.

С 1981 по 2008 г. в нашей клинике находился на лечении 941 ребенок с инвагинацией кишечника (1064 случаев). Возраст детей составил от 2-х суток до 15 лет. 77,4% – дети до года, средний возраст – 6 месяцев ($s=3,1$). Характеристика клиники у детей с ИК: приступообразное беспокойство – у 85%, рефлекторная рвота – у 73,3%, кал в виде малинового желе – у 61,5%.

Лечебно-диагностическая схема с 1974 г. всегда была следующей.

При поступлении всех детей с подозрением на ИК осматривали хирурги (минимум двое) и анестезиолог. Пальпацию инвагината считали возможной в операционной только под масочным фторотановым (севофлюрановым) наркозом, обеспечивающим хорошую релаксацию мышц передней брюшной стенки уже на первом уровне хирургической стадии наркоза. По нашему мнению, наркоз создает идеальные условия для осмотра живота и делает убедительными результаты пальпации. Во всех наблюдениях ответственный хирург контролировал дежурного. Если инвагинат не пальпировался, наркоз прекращали, выполняли очистительную клизму, назначали спазмолитики и продолжали наблюдение в условиях стационара. Если обнаруживали инвагинат при сроке появления крови в стуле свыше 10 ч, считали показанной операцию. Если обнаруживали инвагинат при сроке появления крови в стуле менее 10 ч (в том числе при осмотре *per rectum* в клинике), приступали к консервативной дезинвагинации. Никаких дополнительных методов диагностики ИК не использовали.

Методика консервативной дезинвагинации воздухом, принятая в клинике: в прямую кишку вводили ректоскоп, соединенный с баллоном Ричардсона. Помощник сжимал ягодицы ребенка, обеспечивая определенный герметизм (подчеркнем, что закрытой система не была, опасное повышение давления воздуха не создавалось). Затем нагнетали воздух, в условиях хорошей релаксации брюшной стенки продвижение воздуха по толстой кишке и его приостановка перед инвагинатом всегда были хорошо видны через переднюю брюшную стенку. Возникал момент неко-

торой асимметрии живота, затем при продолжении нагнетания воздуха происходило расправление ИК, что сопровождалось характерным толчкообразным и симметричным вздутием живота в результате проникновения воздуха в тонкую кишку. После чего бригада хирургов повторно пальпировала брюшную полость, убеждаясь в исчезновении инвагината. Обычно пальпировали отечную стенку кишки. Процедура считалась завершенной. Средняя продолжительность дезинвагинации составляла 10–15 мин. При необходимости процедуру повторяли до 2–3-х раз. Если ИК сохранялась, определяли показания к операции. Если дезинвагинация была успешной, ребенку ставили очистительную клизму, кормление возобновляли через 3–4 ч, выписывая домой через сутки. Дополнительных методов контроля не использовали.

В лечебно-диагностическую тактику с 2009 г. были внесены изменения: после установки диагноза попытка пневматической дезинвагинации предпринималась всем детям при любом сроке выделения крови из ануса. Показаниями к лапаротомии были перитонит и безуспешность пневматической дезинвагинации. С мая 2009 г. по ноябрь 2012 г. всего было 123 ребенка с ИК (включая 4 рецидива ИК после пневматической дезинвагинации, в анализ вошли 127 случаев ИК).

Результаты исследования

1. Лечение инвагинации с учетом срока выделения крови из ануса

1. Консервативное лечение инвагинации кишечника

Раньше 10 ч от начала выделения крови из ануса поступили 845 (89,4%) пациентов. Была предпринята попытка дезинвагинации воздухом, которая оказалась успешной у 772 (91,4%) детей. В последующем у 53 детей возник рецидив ИК в срок от нескольких месяцев до 5 лет: у 12 пациентов – однократно, у 29 – дважды, у 6 – трижды, у 6 – 5–7 раз. Таким образом, всего было 132 повторных эпизода ИК. Следует подчеркнуть, что при рецидиве ИК лечебно-диагностическая тактика не менялась, за исключением более детального обследования. У этих детей пневматическая дезинвагинация оказалась эффективной в 128 (96,9%) случаях. Никаких осложнений не было. В последние годы всем детям с повторной ИК выполняли лапароскопию.

Таким образом, суммарно, с учетом дезинвагинации рецидивов ИК, консервативная процедура оказалась эффективной в 92,5% случаев.

2. Оперативное лечение инвагинации кишечника

Оперативному лечению было подвергнуто 173 ребенка, что составило 18% от общего числа детей. У 96 детей показанием к операции стал срок выделения крови из ануса более 10 ч. У 77 детей показания к операции были определены после безуспешности пневматической дезинвагинации.

При анализе характера операций и оперативных приемов выяснили, что резекции кишки потребовал только 41 (23,6%) ребенок, а почти в 80% наблюдений операция заключалась в ручном расправлении ИК. Более того, при безуспешности консервативной дезинвагинации лишь 6,5% потребовали резекции кишки. Складывалось впечатление о возможном расширении показаний к консервативной процедуре.

В то же время определенный резерв для консервативного лечения ИК был очевиден в ходе анализа вариантов патологии: в группе пациентов, оперированных по первичным показаниям, при значительных сроках с момента выделения крови, преобладала слепоободочная ИК (65,6%), которая теоретически могла быть расправлена консервативно. В группе пациентов, оперированных после неудачной попытки консервативного лечения, слепоободочных ИК не было.

В ходе работы у 11 детей была установлена органическая природа ИК: дивертикул Меккеля (10), полип слепой кишки (1), что составило 1,16% от всех наблюдений ИК и 6,3% от всех оперированных больных. Представляется важным, что 4 детей из 77 были оперированы при рецидивной ИК после безуспешной попытки дезинвагинации воздухом. При этом органическая причина внедрения была выявлена у 2-х детей.

В целом резекцию кишечника, выполненную у 41 пациента, завершили наложением анастомоза односторонним непрерывным швом – у 38. Энтеростомия потребовалась 3-м детям (7% от всех операций).

Умерло 3 больных после операции в 1980-е гг. (летальность – 0,3%). Их возраст составил 1, 3 и 4 месяца соответственно. Двое из них поступили в стационар через 3-е суток от начала заболевания с клиникой перитонита – они были оперированы с резекцией кишки и формированием стом. Причиной их смерти послужил тяжелый сепсис с полиорганной недостаточностью. В одном случае при-

чиной смерти стала прогрессирующая печеночная недостаточность на фоне врожденного гепатита и цирроза печени.

II. Лечение инвагинации без учета срока выделения крови из ануса

Из 127 пациентов с ИК у 1 (0,8%) ребенка было первичное показание к лапаротомии – перитонит при поступлении (на операции – подвздошно-ободочная ИК с некрозом кишки – резекция и анастомоз). Пневматическая дезинвагинация была принята в 126 случаях.

Пневматическая дезинвагинация была эффективной в 109 (86%) случаях. Важно, что 24 (19%) ребенка имели срок с момента появления крови из ануса более 10 ч, то есть в прежнее время были бы оперированы.

Пневматическая дезинвагинация оказалась неэффективной у 18 (14%) детей. Очень важно, что у 3-х (2,4%) пациентов в ходе пневматической дезинвагинации возникла перфорация подвздошной кишки выше места инвагинации.

Все 18 детей были оперированы.

Интраоперационно:

- тонко-тонкокишечная ИК – у 7 детей. Ситуация, практически исключающая возможность пневматической дезинвагинации. Ручное расправление – 3, резекция кишки и анастомоз – 4;
- подвздошно-ободочная ИК – 11. Ручное расправление удалось у 9 детей (включая 3, дополненные ушиванием ятрогенной перфорации кишки), резекция илеоцекального угла и анастомоз были выполнены 2-м детям.

Таким образом, ручное расправление оказалось возможно у 12 детей, резекция кишечника потребовалась 6 детям. Причины неудач пневматической дезинвагинации установить не удалось.

Обсуждение результатов исследования и заключение

Схема лечения детей с ИК, используемая в клинике, доказала свою эффективность в течение многих лет. Анализ включал сравнение лечения 1064 пациентов, в том числе 53 (5%), поступавших несколько раз.

При выборе тактики с учетом сроков появления крови удалось обеспечить выздоровление консервативно 82% детей. Из оперированных больных больше половины не были подвергнуты пневматической дезинвагинации только из-за опасений некроза

кишки (по первичным показаниям). Но оказалось, что 2/3 из них не потребовалось резекции кишки, то есть теоретически они могли быть излечены консервативно. В тех же случаях, когда попытка консервативной терапии была безуспешной, речь чаще всего шла о «жестокое» подвздошно-ободочном внедрении, что доказывали операционные находки. Некроз кишки в большинстве случаев коррелировал со сроком выделения крови из ануса, а не с технической неудачей пневматической дезинвагинации. Таким образом, после комплексного анализа ситуации сложилось впечатление о возможности расширения показаний к выполнению пневматической дезинвагинации. Такая тактика, выбранная при лечении 127 детей с 2009 г., позволила увеличить долю консервативно излеченных пациентов до 86%. Полученные осложнения (3 перфорации кишки в ходе пневма-

тической дезинвагинации) не ухудшили ситуацию в целом, поскольку эти дети в любом случае требовали операции.

Выводы

1. Использование клинической диагностики ИК в сочетании с пальпацией брюшной полости и выполнением пневматической дезинвагинации под наркозом обеспечивает возможность консервативного лечения у 86% детей с ИК.

2. Необходимо расширять показания к консервативной дезинвагинации, ориентируясь в большей степени на осложнения, а не на сроки.

3. В случаях повторной, рецидивной ИК можно использовать стандартную схему выбора лечебно-диагностической тактики, что обеспечивает успех консервативных мер у 97% пациентов.

Список литературы

1. Гераськин А.В., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Залхин Д.В., Маннов А.Г., Чундакова М.А., Аль-Машат Н.А., Холстова В.В. Инвагинация кишечника у детей // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2009. № 1. С. 25.
2. Аксельров М.А., Иванов В.В., Чевжик В.П., Смоленцев М.М. Лечебная тактика при инвагинации кишечника у детей // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2009. № 1. С. 26.
3. Кистенева А.А., Коновалов А.К., Петлах В.И., Сергеев А.В., Константинова И.Н., Иванов И.И. Двухэтапное хирургическое лечение детей младшего возраста с осложненной кишечной инвагинацией // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2009. № 1. С. 37.
4. Котляров А.Н., Абушкин И.А., Ершова Н.Г., Ростовцев Н.М. Инвагинация кишечника у детей, пути улучшения диагностики и результатов лечения // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2009. № 1. С. 39.
5. Макаров П.А., Чукаев В.И., Сорокина В.Н., Короткова В.Ю. Рациональная лечебно-диагностическая тактика при инвагинации кишечника // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2009. № 1. С. 41.
6. Старовойтова Г.А. Выбор метода лечения илеоцекальных инвагинаций у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1982. – 15 с.

Авторы

КОНТАКТНОЕ лицо: МОРОЗОВ Дмитрий Анатольевич	Доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России. E-mail: damorozov@list.ru
ГОРОДКОВ Сергей Юрьевич	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии детского возраста Саратовского ГМУ.
ФИЛИППОВ Юрий Владимирович	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии детского возраста Саратовского ГМУ.
СТАРОВОЕРОВА Галина Андреевна	Кандидат медицинских наук, врач детский хирург Клинической больницы имени С.Р. Миротворцева. Адрес для переписки: 410600, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112.