

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНЫХ ИНВАГИНАЦИЙ У ДЕТЕЙ

А.В. Николаев, Г.А. Староверова, С.А. Карпов

Саратовский государственный медицинский университет

Авторы провели анализ результатов лечения 903 детей с диагнозом «илеоцекальная инвагинация кишечника» по принятой в клинике лечебно-диагностической схеме. Применение 10-часового критерия выделения крови из ануса дало возможность определить пневматическую дезинвагинацию как приоритетный метод лечения илеоцекальной инвагинации у детей.

The authors present the result of analysis of treated 903 children with ileocecal intussusception and suggest medical-diagnostic regimen. The priority method of treated ileocecal intussusception in children is pneumatically disinvagination during 10 hours after beginning anal bleeding.

Илеоцекальные инвагинации кишечника у детей младшего возраста составляют до 93,7% (2) всех видов кишечных внедрений. Смертность при данной патологии остается достаточно высокая – около 5% (2,3).

Илеоцекальная инвагинация кишечника – одно из немногих заболеваний, при лечении которого детские хирурги применяют консервативные методы. Их применение позволяет избежать оперативного вмешательства и сократить сроки пребывания больного в стационаре. Для консервативного расправления илеоцекального внедрения наибольшее распространение получил метод пневматической дезинвагинации (2,3).

С 1980 года в клинике хирургии детского возраста Саратовского государственного медицинского университета в качестве решающего тактического критерия при выборе способа лечения больных с инвагинацией кишечника был принят срок с момента выделения крови из ануса. Именно этот срок, на наш взгляд, косвенно отражает степень микроциркуляторных нарушений в кишечной стенке и позволяет судить о жизнеспособности кишечника.

При сроке выделения крови из ануса менее 10 часов предпринимается консервативное лечение. Срок более 10 часов свидетельствует о выраженных ишемических изменениях в стенке инвагинированной кишки, что расценивается как показание к оперативному лечению.

Мы провели анализ результатов лечения по принятой в клинике лечебно-диагностической схеме при илеоцекальных инвагинациях за последние 26 лет.

Материалы и методы исследования

С 1980 по 2006 гг. в клинике находились на лечении 903 ребенка с диагнозом «илеоцекальная инвагинация кишечника» в возрасте от 2 суток до 6 лет. Детей в возрасте до 1 года было 710 (78,7%), средний возраст составил 5 месяцев. Детей старше 1 года – 193 (21,3%): от 1 до 3 лет – 157 (17,4%) больных, старше 3 лет – 36 (3,9%).

Диагноз инвагинации ставился на основании жалоб, анамнеза, данных клинического осмотра. Наиболее часто заболевание проявлялось беспокойством ребенка (82,4%), рвотой (76,1%). В последующем отмечался кал в виде «малинового желе» (64,7%). С целью достоверной пальпации инвагината проводился осмотр под масочным фторостановым наркозом всех детей, поступивших в клинику с подозрением на инвагинацию кишечника. У 2 детей

(0,2%) возникла необходимость в выполнении пневмоирригографии.

660 (73%) детей поступили в стационар спустя 12 часов от момента внедрения, при этом почти треть (264 человек) – более чем через 24 часа с момента первых клинических проявлений заболевания. В качестве основного критерия при выборе способа лечения илеоцекальной инвагинации кишечника мы использовали 10-часовой срок выделения крови из ануса без учета возраста ребенка. Ранее этого срока поступили 807 (89,4%) пациентов. По отношению к ним была предпринята попытка дезинвагинации воздухом. Спустя 10 часов с момента кровянистых выделений поступили 96 (10,6%) детей – они составили группу детей, которым «первично» было показано оперативное лечение.

Пневматическая дезинвагинация производилась по стандартной методике. Критериями успеха служили прохождение воздуха в тонкий кишечник и отсутствие пальпируемого инвагината при повторном осмотре.

Если дезинвагинация воздухом была безуспешной, ставились показания к оперативному лечению. В ходе операции выполнялись стандартные приемы: дезинвагинация, при необходимости – резекция кишечника, энтеростомия, наложение анастомоза.

Результаты и их обсуждение

Консервативное расправление илеоцекальных инвагинаций было предпринято у 807 больных. Все они поступили в первые 10 часов с момента выделения крови из ануса; из них 576 (71,3%) детей поступили при общем сроке заболевания, превышающем 12 часов, а 231 (28,7%) ребенок – позднее 24 часов от начала заболевания. Из 807 больных пневматическая дезинвагинация была успешной у 728 (90,2%). Среди этих детей 590 (81,1%) были в возрасте до 1 года, 138 (18,9%) – старше года.

У 13 (1,2%) детей в течение первых часов отмечено появление симптомокомплекса инвагинации кишечника, что было расценено нами как «недоразправленная инвагинация». Повторная пневматическая дезинвагинация была успешна у всех этих детей.

У 49 (6,7%) детей после дезинвагинации воздухом возник рецидив заболевания в срок от 7 дней до нескольких лет. При этом у 39 (5,3%) из них инвагинация повторялась дважды, у 9 (1,2%) – три раза, у 1 (0,1%) больного – пятикратный рецидив, у 2 (0,2%) – 6 раз, еще у 2 (0,2%) – семикратный рецидив внедрения. В отношении этих пациентов вопрос опера-

тивного лечения решался также с использованием 10-часового критерия выделения крови из ануса.

В 130 случаях рецидивные инвагинации были успешно расправлены консервативно. 6 детей с рецидивом инвагинации были оперированы из-за неудавшегося консервативного расправления. У 2 детей причиной рецидива был механический фактор.

Принимая за 100% количество попыток консервативного расправления илеоцекальных инвагинаций (956 попыток) с учетом рецидивов и «недорасправленных» внедрений, общий процент успешных пневматических дезинвагинаций составил 91,1%.

В 79 (8,7%) случаях, несмотря на срок выделения крови из ануса менее 10 часов, консервативная терапия была безуспешной. Дети были оперированы. Среди этих пациентов 72 (91,1%) были в возрасте до 1 года, 7 (8,9%) – в возрасте старше года. У 74 пациентов оперативное лечение ограничилось дезинвагинацией, у 3 детей выполнена резекция некротизированного участка кишки с наложением анастомоза, у 2 – удаление дивертикула Меккеля. Важно отметить, что в этой группе в ходе оперативного вмешательства в 65 (82,2%) случаях была диагностирована подвздошно-ободочная инвагинация, которая, как известно, отличается выраженным ущемлением инвагината в баугиниевой заслонке.

По первичным показаниям (срок с момента выделения крови из ануса более 10 часов) были оперированы 96 детей (10,6%). Среди них в возрасте до 1 года были 48 (50%), столько же в возрасте старше 1 года. Средний срок начала заболевания составил 48,5 часа, срок от момента выделения крови – 24,5 часа. Интраоперационно у 88 (91,6%) пациентов диагностирована слепоободочная инвагинация, у 8 (8,4%) – подвздошно-ободочная. Вмешательство ограничилось дезинвагинацией у 57 больных. Необходимость резекции некротизированного участка кишки возникла у 38 пациентов. Резекция некротизированного участка подвздошной кишки с наложением анастомоза была выполнена у 29 детей, резекция илеоцекального угла с наложением анастомоза конец в бок – у 6, энтеростомия – в 3 случаях. У 7 человек причиной внедрения являлся дивертикул Меккеля, у одного ребенка обнаружен полип слепой кишки. В одном случае были обнаружены лишь следы существовавшей инвагинации.

Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что применяемая схема обследования и лечения больных с илеоцекальной инвагинацией кишечника, во-первых, позволила практически полно-

стью отказаться от R-логического обследования, а во-вторых, в большинстве случаев (91,1%) добиться консервативного расправления илеоцекальной инвагинации. Ни в одном случае пневматическая дезинвагинация не сопровождалась осложнениями.

В тех случаях, когда попытка консервативного лечения оказывалась безуспешной, речь чаще всего шла о «жестком» подвздошно-ободочном внедрении, что доказано интраоперационными находками. Так, у детей, оперативное лечение которых было продиктовано безуспешностью консервативной терапии, подвздошно-ободочный тип внедрения отмечался в 8 раз чаще, чем у детей, оперированных по первичным показаниям.

Применяемый нами 10-часовой критерий выделения крови из ануса был использован нами у детей в возрасте старше года, что дало положительный результат при проведении пневматической дезинвагинации в 71,5% случаев. При сроке заболевания, превышающем 24 часа, поступил 231 ребенок, из них у 138 (59,7%) была успешно выполнена дезинвагинация воздухом.

Анализ свидетельствовал о том, что у больных с рецидивом инвагинации кишечника процент органической патологии был низок (4,1%), что дало нам возможность использовать пневматическую дезинвагинацию у этих пациентов, добившись успешного расправления внедрения при его рецидиве в 95,5 % случаев.

Умерли 3 больных (общая летальность составила 0,33%, послеоперационная – 1,7%). Причинами смерти являлись полиорганное перинатальное поражение у 1 ребенка в возрасте 2 суток, сопутствующая кишечная инфекция – у 1, перитонит вследствие несостоятельности анастомоза – у 1 пациента.

Таким образом, применение 1-часового критерия выделения крови из ануса дало нам возможность определить пневматическую дезинвагинацию как приоритетный метод лечения илеоцекальной инвагинации у детей. В целом из 1052 наблюдений инвагинации консервативное лечение оказалось возможным в 90,8% случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григович И.Н., Пятотоев Ю.Г., Савчук О.Б. // Дет. хир. 1998. – №1. – С 18 – 20.
2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей: Руководство. – М., 1988.
3. Подкаменев В.В., Урусов В.А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей. – Иркутск, 1986.
4. Старовойтова Г.А. Выбор метода лечения илеоцекальных инвагинаций у детей: Автореф. дис. канд.мед.наук. – М., 1982.

УДК 618.341-007.22-053.31]-07-089

ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛТОЧНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**Ю.В. Филиппов, В.Б. Турковский, С.А. Карпов, В.Г. Масевкин,
А.В. Николаев, В.Е. Юлаев**

Саратовский государственный медицинский университет

В данной статье представлен 30 летний (1976–2006 гг.) опыт лечения 103 детей с различной патологией желточного протока (мальчиков – 74%, девочек – 26%), находившихся в клинике детской хирургии СГМУ. Проведен анализ всех аспектов клиники, диагностической тактики и способов лечения.