© Коллектив авторов, 2016 УДК 616.34-007.44-036.65-053.2-089

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

■ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии с курсом анестезиологии и реанимации (зав. — д-р мед. наук А.В.Каган), ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова»

Ключевые слова: инвагинация, рецидив, лечение

Введение. Инвагинация кишечника — одна из наиболее частых причин приобретенной кишечной непроходимости у детей раннего возраста [1, 2, 5, 6, 9]. В большинстве случаев основной метод лечения кишечной инвагинации у детей — консервативный, так как наиболее часто инвагинация у детей раннего возраста является идиопатической и связана с дискоординацией перистальтики, а анатомические причины встречаются редко и, как правило, в значительно более старшем возрасте. Основными показаниями к оперативному лечению являются: наличие клинической картины осложнений инвагинации (перитонит) и тяжелое состояние ребенка, а именно, симптомы интоксикации и дегидратации (даже при отсутствии признаков перитонита), что может свидетельствовать об осложнениях инвагинации.

Вместе с тем, остаются важные вопросы, касающиеся выбора хирургической тактики [10] при рецидиве инвагинации, который встречается, по разным литературным данным, с частотой от 1,5 до 12% [6,7] от общего числа больных с этим заболеванием.

В течение долгого времени сторонники активной хирургической тактики считали, что рецидив инвагинации чаще возникает при наличии анатомической причины, а поэтому является показанием к оперативному лечению. Однако в связи с тем, что анатомические причины при повторных эпизодах

инвагинации описываются крайне редко, в последнее время появилась тенденция к консервативному подходу в лечении рецидивирующей инвагинации. Тем не менее, решение этого вопроса остается крайне спорной проблемой. В отечественной литературе встречаются лишь единичные сообщения о тактике лечения при повторных эпизодах инвагинации [2–4]. Мнения зарубежных коллег также различны. Так, одни авторы считают, что в возрасте от 2 мес до 2 лет инвагинация в большинстве случаев является идиопатической, и оперативное вмешательство в этом возрасте показано лишь при неэффективности консервативного лечения, а также при неоднократных рецидивах (наличие больше трех эпизодов инвагинации), а в возрасте старше 2 лет показано оперативное лечение при первом рецидиве [7]. Другие авторы считают показанием к операции лишь неэффективность консервативного лечения независимо от возраста и количества эпизодов инвагинации [8]. Таким образом, до сих пор остаются не до конца решенными вопросы: рационально ли консервативно лечить рецидив инвагинации и если придерживаться такой тактики, то следует ли ограничиваться одной попыткой или можно предпринимать несколько попыток. Пытаясь ответить на эти вопросы, мы проанализировали результаты лечения пациентов с инвагинацией кишечника и ее рецидивами за 15 лет.

Цель работы — обоснование выбора метода лечения рецидивирующей инвагинации на осно-

Сведения об авторах:

ве ретроспективного и проспективного анализа особенностей клинической картины, методов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей.

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

Результаты и обсуждение. Наиболее частым симптомом инвагинации являлось приступообразное беспокойство у 197 (91%) пациентов, также отмечалась рвота у 164 (75%), примесь крови в стуле — у 53 (24%), наличие опухолевидного образования в брюшной полости при пальпации у 103 (47%).

Консервативное лечение (пневмодезинвагинация) проведено у 168 детей, среди них 104 пациента были в возрасте до 1 года. 48 пациентов были прооперированы. Показаниями к оперативному лечению явились: подозрение на наличие осложнений и тяжелое состояние у 6 детей (у всех детей на операции был выявлен некроз кишки, что потребовало ее резекции), неэффективность консервативного лечения — в 10 случаях (в 7 случаях выявлены признаки самостоятельного расправления инвагината, в 3 — анатомические причины: 2 — дивертикула Меккеля, что потребовало клиновидной резекции и удвоение тонкой кишки), возраст старше 1 года и сроки заболевания более 12 ч (ранние сроки нашего исследования) в 27 случаях (выполнена оперативная дезинвагинация, признаков нежизнеспособности кишки не отмечалось). 4 пациента старшего возраста (7–15 лет) были взяты на операцию с подозрением на острый аппендицит и 1 пациент — с диагнозом опухоль тонкой кишки, выявленной на колоноскопии. У всех детей на операции выявлена тонкотонкокишечная инвагинация, причиной которой были различные опухоли тонкой кишки (лимфомы, лимфосаркомы), была выполнена резекция кишки с наложением анастомоза. 30 пациентам из 48 выполнена оперативная дезинвагинация, из них лапаротомия выполнена 12 пациентам, лапароскопическая дезинвагинация произведена 18 больным. У 7 пациентов во время ревизии брюшной полости сам инвагинат не был обнаружен, но

имелись признаки его самостоятельного расправления (изменение цвета кишки, кровоизлияния, что позволяет предположить, что инвагинат самостоятельно расправился). Резекция кишки с наложением анастомоза выполнена 11 пациентам.

Только у 8 детей из 216 были выявлены анатомические причины: дивертикул Меккеля — у 2, удвоение тонкой кишки — у 1, опухоли тонкой кишки — у 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 (24%) пациентов, вероятно, была реакция на введение прикорма. Кроме того, у 46 (21%) детей, по данным УЗИ, выявлен мезаденит. Однако с уверенностью говорить, что мезаденит является причиной инвагинации, а не ее следствием, не представляется возможным.

Рецидив кишечной инвагинации наблюдался в 12 (5,5%) случаях из 216 (у 1 пациента рецидив инвагинации отмечался трижды) у детей в возрасте от 4 мес до 6 лет, в 9 случаях после консервативной пневмодезинвагинации и в 3 — после оперативной дезинвагинации. После резекции кишки рецидивов инвагинации, по нашим данным, не отмечалось. Временной интервал между первым и повторным эпизодами инвагинации составил от 3 дней до 2 лет. Трем пациентам после консервативного лечения при первом эпизоде инвагинации была проведена повторная успешная консервативная пневмодезинвагинация. В 9 случаях выполнено оперативное лечение (1 пациенту с неоднократными рецидивами оперативное лечение выполнялось 3 раза). Из 9 детей 4 ребенка после консервативного лечения при первом эпизоде инвагинации были прооперированы без попытки консервативного лечения. Во время операции выявлены признаки расправившегося инвагината. Трое детей были прооперированы после оперативного лечения (дезинвагинации) при первом эпизоде инвагинации, выполнена дезинвагинация, из них одному ребенку с неоднократно рецидивирующей инвагинацией оперативная дезинвагинация выполнена трижды.

Рецидив после оперативной дезинвагинации отмечался у 1 пациента через 1 год после первого вмешательства. При повторном поступлении клиническая картина расценена как проявление поздней спаечной кишечной непроходимости, что и явилось показанием к оперативному лечению. Во время операции обнаружен тонкотонкокишечный инвагинат, который удалось расправить.

У 1 пациента в возрасте 2 лет при первом эпизоде инвагинации выполнена попытка

H. С. Бондаренко и др. «Вестник хирургии» • 2016

консервативного лечения, которая расценена как неэффективная (при пальпации сохранялся инвагинат), выполнена диагностическая лапароскопия, при которой выявлены признаки расправившегося инвагината. На 3-и сутки у ребенка отмечался повторный эпизод инвагинации, выполнена диагностическаялапароскопия, выявленаподвздошнослепоободочная инвагинация. Выполнена инструментальная дезинвагинация.

Другому пациенту в возрасте 6 мес при первом эпизоде инвагинации выполнена успешная пневмодезинвагинация. Затем у него отмечалось еще 3 эпизода инвагинации в возрасте 4 и 6 лет. В последних трех случаях выполнены диагностическая лапароскопия, дезинвагинация. Анатомических причин не выявлено. Учитывая неоднократные рецидивы инвагинации, выполнены колоноскопия, ирригография. Анатомических причин также выявлено не было.

По литературным данным есть сообщения, что в патогенезе рецидивирующей инвагинации ведущую роль играют функциональные нарушения моторики кишечника, обусловленные временной незрелостью регуляторных механизмов и анатомическим строением илеоцекальной области [3].

Таким образом, анализ результатов нашего материала показал, что ни в одном случае при рецидиве инвагинации не выявлено анатомической причины, а оперативное лечение заключалось в дезинвагинации или к моменту операции были выявлены признаки расправившегося инвагината. Резекции кишки ни в одном случае не потребовалось.

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

- 2. Анатомические причины инвагинации, в том числе и ее рецидива, встречаются крайне редко и в основном у детей старшего возраста.
- 3. При рецидиве инвагинации, в случае отсутствия симптомов перитонита и тяжелого состояния ребенка допустимо предпринимать попытку консервативной дезинвагинации.

4. При рецидиве инвагинации у детей старшего возраста (6–7 лет и старше), даже после удачного консервативного лечения, показано дообследование (колоноскопия, ирригография) для прицельного поиска анатомической причины инвагинации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1. Баиров Г. А. Острая инвагинация кишок // Неотложная хирургия детей. Л.: Медицина, 1973. С. 196–221.
- 2. Беляев М.К. К вопросу о тактике при рецидивах инвагинации кишечника у детей к консервативному лечению инвагинации кишечника у детей //Детская хир. 2003. № 5. С. 20–22.
- 3. Бутакова Н.А. Рецидивирующая и самостоятельно расправляющаяся инвагинация кишечника у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ярославль, 2011 г. 13 с
- 4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина, 1988. 415 с.
- 5. Морозов Д.А. Федеральные клинические рекомендации «Инвагинация кишечника у детей». М., 2014. 22 с
- 6. Подкаменев В.В., Урусов В.А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей. Иркутск: изд. Иркутск. ут-та, 1986 г.
- 7. Ghribia Ali, Sahlia S., Sghairouna N. et al. Recurrent intussusception in infants // Int. J. Clin. Pediatr. 2014. Vol. 3, № 4. P. 105–107.
- 8. Fisher J.G., Sparks E.A., Turner C.G. et al. Operative indications in recurrent ileocolic intussusception // J. Pediatr. Surg. 2015. Vol. 50, № 1. P. 126–130.
- Niramis R., Watanatittan S., Kruatrachue A. et al. Management of recurrent intussusception: nonoperative or operative reduction? // J. Pediatr. Surg. 2010. Vol. 45, № 11. P. 2175–2180.
- Ong N.T., Beasley S.W. The lead point in intussusception // J. Pediatr. Surg. 1990. Vol. 25. P. 640–643.

Поступила в редакцию 10.02.2016 г.

N.S.Bondarenko, A.V.Kagan, T.K.Nemilova, A.N.Kotin

THERAPEUTIC APPROACH IN RECURRENT INTUSSUSCEPTION OF BOWELS IN CHILDREN

I.P.Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

An analysis of treatment results was made in 216 patients with intussusception of bowels at the period from 2000 to 2015. The authors showed that it would be reasonable to carry out a conservative therapy in the cases of recurrent intussusception in absence of peritonitis symptoms.

Key words: intussusception, recurrence, treatment