

УДК: 616.34-007.44-053.2-08

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Жамшид Азаматович, Тогаев Илхом Улашевич, Махмудов Зафар Мамаджанович,
Шамсиев Шохзод Жамшидович, Шамсиев Баходир Мухитдинович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯСИНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Шамсиев Жамшид Азаматович, Тогаев Илхом Улашевич, Махмудов Зафар Мамаджанович,
Шамсиев Шохзод Жамшидович, Шамсиев Баходир Мухитдинович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT METHODS INTESTINAL INVAGINATION IN CHILDREN

Shamsiev Jamshid, Togaev Ilkhom Ulashevich, Makhmudov Zafar Mamadzhanovich, Shamsiev Shokhzod, Shamsiev Bakhodir
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Инвагинация ёш болаларда орттирилган ичак тутилишининг энг кенг тарқалган сабабидир. Инвагинация ҳаётнинг биринчи йилидаги болаларда тез-тез учрайди, лекин ҳар қандай ёшда пайдо бўлиши мумкин. Мақолада Самарқанд давлат тиббиёт университетининг ихтисослаштирилган болалар хирургияси клиникасига инвагинация ташҳиси билан ётқизилган 3 ойликдан 12 ёшгача бўлган 112 нафар боланинг ташҳис ва даволаш натижалари келтирилган. Маълумотлар таҳлили шуни кўрсатдики, ултратовуш текшируви ичак инвагинациясини ташҳислашнинг асосий ва хавфсиз усули бўлиб, бу мураккаб диагностика самарадорлигини тахмин қилиш имконини беради ва даволаш тактикасини танлашда катта аҳамиятга эга.

Калит сўзлар: инвагинация, болалар, диагностика, даволаш.

Abstract. Intussusception is the most common cause of acquired intestinal obstruction in young children. Intussusception is more common in children in their first year of life, but can occur at any age. The paper presents the results of diagnosis and treatment of 112 children aged 3 months to 12 years who were admitted to the specialized children's surgical clinic of Samarkand State Medical University with a diagnosis of intestinal intussusception. Data analysis showed that ultrasound is the main and safe method for diagnosing intestinal intussusception, which makes it possible to approximate the effectiveness of complex diagnostics and is of great importance in the choice of treatment tactics.

Keywords: invagination, children, diagnosis, treatment.

Актуальность. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей острая кишечная непроходимость составляет 1,2 - 9,4%, занимая второе место после острого аппендицита, но, в то же время, частота неблагоприятных исходов намного выше, чем при других формах острой абдоминальной патологии [1, 2, 6].

Инвагинация кишечника (ИК) является наиболее частым видом приобретенной кишечной непроходимости у детей, занимая второе место среди ургентной патологии органов брюшной полости после острого аппендицита [2, 3, 5]. Актуальность проблемы определяется также высокой частотой диагностических ошибок, как на догоспитальном, так и стационарном этапах, не имеющих тенденции к снижению. На догоспитальном этапе частота диагностических ошибок достигает 75-85%. В настоящее время летальность при инвагинации колеблется в пределах от 0,5 до 1%, достигая при осложненных формах от 6 до 14,5 % [1, 4].

Объективные сложности диагностики и лечения ИК во многом связаны с противоречивостью анамнестических данных, наличием интеркуррентных заболеваний, ограниченностью возможностей традиционной рентгенодиагностики, а также сохранением разногласий в вопросах выбора консервативного или оперативного способов лечения и их сроков.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения инвагинации кишечника у детей путём совершенствования диагностики и оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. За последние 20 лет в отделение экстренной хирургии, Специализированной детской хирургической клиники СамГМУ, были госпитализированы 237 детей в возрасте от 3 мес до 12 лет с диагнозом «инвагинация кишечника», из них в процессе клинического обследования данный диагноз подтвержден у 112. Остальным 125 пациентам при обследовании ИК была исключена. Мальчиков – 168 (70,9%), девочек – 69 (29,1%). До 6 мес 21(8,9%), от 6мес до 1 года было 112 (47,2%) пациента, в возрасте от 1 года до 3 лет – 83 пациентов (35%), 3-5 лет – 13 (5,5%), 5-7 лет-5 (2,1%), старше 7 лет-3(1,3%).

Наиболее часто инвагинация встречалась в возрасте от 6 месяцев до 1 года –80 человека (71,4%).

В сроки до 12 часов от начала заболевания поступили 34 детей (30,4 %), от 12 до 24 часов – 29 (25,9 %), от 25 до 48 часов – 37 (33 %) и в сроки более 48 часов – 12 человек (10,7%) (табл. 1).

Комплекс обследования включал сбор анамнеза, осмотр, пальпация живота под медикаментозным сном, пальцевое ректальное исследование лабораторное обследование, рентгенография, пневмоирригоскопия и ультразвуковое исследование (УЗИ).

Таблица 1. Сроки поступления больных в стационар

| Сроки госпитализации | Кол-во больных | % |
|------------------------|----------------|-------|
| До 12 часов | 34 | 30,4% |
| От 12 до 24 часов | 29 | 25,9% |
| От 24 часа до 48 часов | 37 | 33% |
| От 48 часа и более | 12 | 10,7% |
| Итого | 112 | 100 % |

Таблица 2. Частота симптомов при ИК у исследуемых больных

| Симптомы | Кол-во больных (%) |
|--|--------------------|
| Боли в животе приступообразного характера со светлыми промежутками | 112(100%) |
| Рвота | 100 (89,2%) |
| Пальпируемое образование в брюшной полости | 112(100%) |
| Симптом "Обуховской больницы" и «малиновое желе» | 99 (88,3%) |

Таблица 3. Клинические признаки осложненного течения ИК

| Симптомы | Кол-во больных (%) |
|-------------------------------------|--------------------|
| Гипертермия свыше 38 ⁰ С | 15(13,4%) |
| Множественная рвота желчью | 18(16,1%) |
| Перитонеальные симптомы | 10(8,9%) |
| «Рождения» инвагината | 2(1,8%) |
| Всего: | 20 (17,9%) |

В зависимости от примененных лечебно-тактических подходов все обследованные больные с ИК разделены на 2 группы. В **первой группе** (группа сравнения) диагностика основывалась на обзорной рентгенографии и пневмоирригоскопии под рентгеноскопией. Во **второй группе** (основная группа) диагностика и лечение основывалась на методике гидроэхоколонографической дезинвагинации (ГЭК) под УЗ-контролем.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее частыми факторами в развитии заболевания были кишечные расстройства 35(31,3%), введение в рацион новых продуктов 44(39,2%), погрешности в питании 27(24,1%) и врожденные пороки развития 2 (1,8%). На фоне острой респираторной инфекции ИК возникла у 4 (3,6%) детей.

Основными клиническими проявлениями типичной илеоцекальной инвагинации являлась т.н. классическая **триада Мондора**:

- ✓ появление у ребенка внезапных приступов беспокойства со «светлыми промежутками» за счет ишемических схваткообразных болей в животе;
- ✓ кровянистые выделения из ануса в виде малинового желе;
- ✓ пальпируемое образование в брюшной полости.

В таблице 2, представлена частота клинических симптомов при ИК: главными симптомами были схваткообразные боли в животе (100%), рвота (89%) и пальпируемый инвагинат в брюшной полости (100%).

Клинические признаки осложненного течения ИК наблюдали у больных со сроком поступления свыше 3 суток – это гипертермия свыше 38⁰С - у 15 (13,4%) больных, множественная рвота с примесью желчи и явления гиповолемического шока 18(16,1%), у 10 (8,9%) - перитонеальные симптомы. В 2 (1,8%) случаях при поступлении наблюдали феномен «рождения» инвагината из ануса, очень похожее на выпадение прямой кишки (табл. 3).

На основании клинико-инструментальных и интраоперационных данных выявлены следующие виды ИК:

- подвздошноободочная ИК– 90 (80,4%)
- Слепоободочная – у 15(13,4%)
- тонко-тонкокишечная – 6 (5,4%)
- толсто-толстокишечная – 1 (8,9%)

В диагностике ИК до 2012 года основным методом исследования была пневмоирригоскопия под рентгенологическим контролем. Инвагинат визуализировался в виде гомогенной тени овальной формы с ровными контурами – головка инвагината (рис. 1).

Значительные перспективы связаны с внедрением в клиническую практику ультразвуковой диагностики ИК. С 2012 г в качестве основного метода диагностики ИК внедрена ультрасонография. На УЗИ выявляли классические эхо-симптомы ИК – симптом «мишени» и «псевдопочки» (рис. 2).

Поздние УЗ-признаки: локализация головки в левой половине брюшной полости, скопление жидкости между слоями и в головке инвагината, отсутствие перистальтики, наличие увеличенных лимфоузлов. Исследование в режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК) позволяет оценить степень жизнеспособности кишки (рис. 3).

Кроме того, можно выявить дополнительные симптомы ИК. Симптом «щипцов» - визуализация головки инвагината при продольном сканировании (рис. 4).

Симптом «избыточной складчатости кишки» - складчатость стенки наружного цилиндра инвагината (рис. 5).

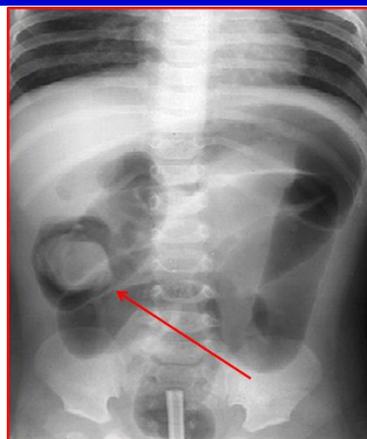


Рис. 1. Пневмоирригоскопия

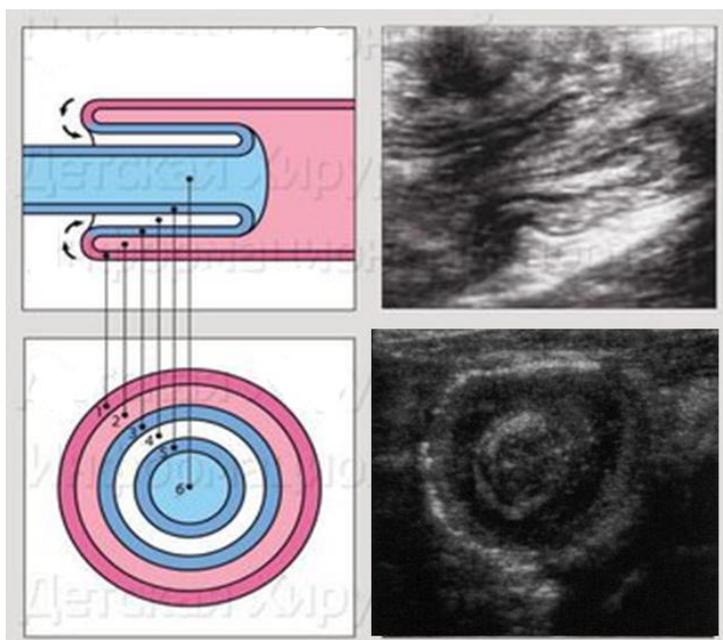


Рис. 2. Визуализация инвагината на УЗИ (симптом «мишени»)

В таблице 4, приведена частота выявления эхографических симптомов ИК. Наибольшей диагностической информативностью характеризовались симптомы «мишени» - 100% и «псевдопочки» - 97%. Таким образом, применение УЗИ в диагностике инвагинации кишечника как скринингового метода позволяет приблизить эффективность комплексной диагностики заболевания ИК к 100%.

УЗИ в большинстве случаев помогла определить вовлеченные в структуру инвагината дополнительные анатомические образования – дивертикул, полип, лимфоузлы, являющихся причиной инвагинации. УЗИ-признаки при поздней стадии инвагинации осложнений позволяли выявить следующие признаки: локализация головки инвагината в левой половине брюшной полости, отсутствие концентричности по периферии, скопление жидкости между слоями инвагината, наличие свободного выпота между кишечными петлями и увеличенные мезентериальные

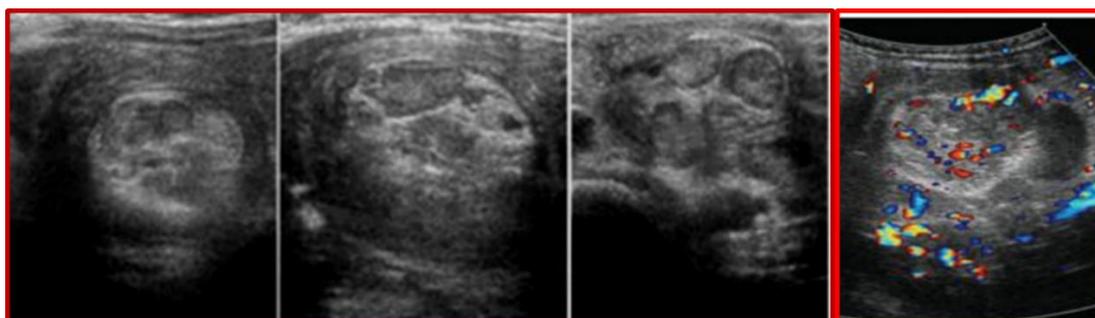


Рис. 3. Визуализация инвагината на ЦДК

лимфоузлы. Исследование в режиме ЦДК позволяет оценить степень жизнеспособности кишки.

Консервативное расправление при ИК выполнены 56 (50%) больным. Методика пневматической дезинвагинации под рентгеноскопическим контролем с целью консервативного расправления ИК выполнена 30 (24,1%) больным. При этом успешное расправление ИК достигнуто у 27 больного.

ГЭК с целью консервативного расправления ИК нами выполнена 32 пациентам, при этом удалось расправить инвагинат у 29 (25,9%) больных, причем у 4 больных с давностью заболевания свыше 24 часов. После расправления ИК таким методом пассаж ЖКТ бариевой взвесью практически не применяем, а проводим УЗИ – контроль в динамике.

Лечение по данной методике начинаем всем поступившим детям после УЗИ подтверждения наличия ИК независимо от давности заболевания и возраста ребенка при отсутствии перитонеальных явлений, шока и эхопризнаков тонкокишечной инвагинации.

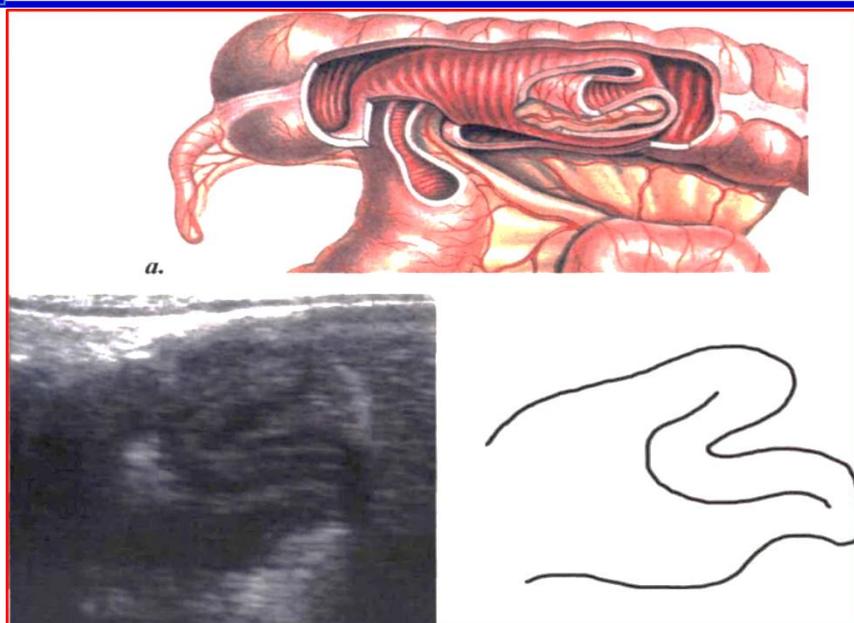


Рис. 4. Схема и УЗИ снимок с симптомом «щипцов» при ИК

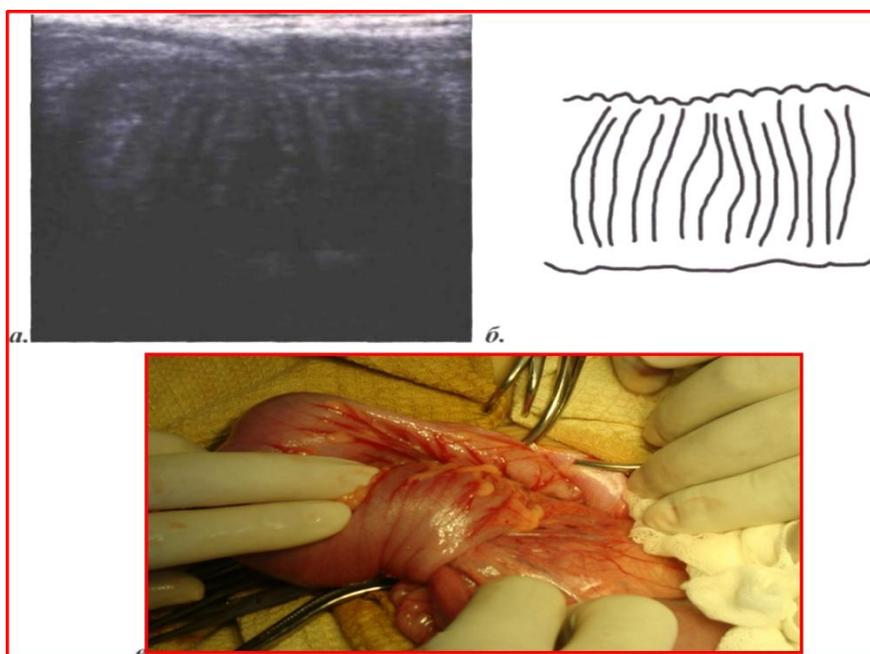


Рис. 5. Схема и УЗИ снимок с симптомом «избыточной складчатости кишки»

Оперативные вмешательства при ИК выполнены 56 (50%) больным. Ручная дезинвагинация 41(36,6%), дезинвагинация и резекция с последующим наложением анастомоза 12(10,7%), резекция кишечника с последующим созданием илеостомы 3(2,7%).

Сравнительная оценка методов лечения инвагинации кишечника показал, что внедрение ГЭК под УЗ-контролем в диагностику и лечение ИК позволило значительно улучшить результаты лечения:

- увеличилось количество консервативно излеченных больных;
- сократились средние сроки пребывания больного в стационаре;
- уменьшилась лучевая нагрузка.

Выводы:

1. Ультрасонография является основным и безопасным методом диагностики ИК, позволяющим приблизить эффективность комплексной диагностики к 100% и имеющее важную значимость в выборе тактики лечения.

2. Сроки заболевания при ИК у детей не являются противопоказанием к попытке применения консервативной тактики лечения. Единственным противопоказанием к применению консервативного лечения – это клинические признаки перитонита.

3. Метод ГЭК под УЗ-контролем позволяет успешно произвести дезинвагинацию, резко снизить количество рентгенологических исследований и, тем самым, уменьшить общую лучевую нагрузку на пациента и персонал, а также значительно повышает процент консервативно излеченных больных.

Таблица 4. Частота эхопризнаков при ИК

| Эхопризнаки ИК | Количество больных (n=29) | |
|---|---------------------------|-------|
| | Абс. | % |
| Симптом «мишени» | 29 | 100,0 |
| Симптом «псевдопочки» | 28 | 97,0 |
| Симптом «щипцов» | 20 | 70,0 |
| Симптом «избыточной складчатости кишки» | 18 | 62,0 |

Литература:

1. Барская М.А., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Зеброва Т.А., Терехина М.И., Устинова Т.К. Наш опыт диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - 2.; URL: <http://www.scienceeducation.ru/ru/article/view?id=27453>.
2. Беляев М.К. Расширение показаний к консервативному лечению инвагинации кишечника у детей //Детская хирургия, 2010. №4.С.25-28.
3. Морозов Д.А. Федеральные клинические рекомендации «Инвагинация кишечника у детей». 2014.

4. Темнова В.А. Клинико-эхографические критерии обоснования лечебной тактики у детей с инвагинацией кишечника 2010. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. Москва. 2010. 28с.
5. Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Шодиева Н.Э., Зайниев С.С. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей // The scientific heritage. № 48 (2020). P. 58-60.
5. Яницкая М.Ю., Голованов Я.С. Расправление инвагинации у детей методом гидроэхоколонографии // Детская хирургия. 2013 №1. С.28-30.
6. Heontak Ha, Jayun Cho and Jinyoung Park. Risk Factors Associated with the Need for Operative Treatment of Intussusception in Children // J.Korean Assoc. Pediatr.Surg., 2014. Jun. Vol.20. No.1.P. 17-22.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Тогаев И.У., Махмудов З.М., Шамсиев Ш.Ж., Шамсиев Б.М.

Резюме. *Инвагинация кишечника - наиболее частая причина приобретенной кишечной непроходимости у детей раннего возраста. Инвагинация встречается чаще у детей первого года жизни, но может быть в любом возрасте. В работе представлены результаты диагностики и лечения 112 детей в возрасте от 3 мес до 12 лет, поступивших в специализированную детскую хирургическую клинику Самаркандского государственного медицинского университета с диагнозом «инвагинация кишечника». Анализ данных показал, что ультразвуковое исследование является основным и безопасным методом диагностики инвагинации кишечника, позволяющим приблизить эффективность комплексной диагностики и имеющее важную значимость в выборе тактики лечения.*

Ключевые слова: *инвагинация, дети, диагностика, лечение.*