

АТИПИЧНОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Русак П.С., Рыбальченко В.Ф., Стахов В.В., Шевчук Д.В.

*Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика, Киев*

Житомирская областная детская клиническая больница, Житомир

Введение. Многообразие клинических проявлений инвагинации кишечника (ИК), а иногда и ее атипичное течение приводят к высокому проценту диагностических ошибок. Поэтому вопросы диагностики и лечения ИК у детей всех возрастных групп до сих пор остаются одними из самых актуальных в детской хирургии.

Цель – исследование типичности клиники инвагинации кишечника у детей.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на основании ретроспективного анализа лечения 170 пациентов с инвагинацией в хирургическом отделении Житомирской областной детской клинической больницы за десятилетний период времени. Возраст пациентов колебался от 3-х месяцев до 8 лет. Основную группу составляли дети в возрасте до 12 месяцев – 121 (71,18%), дети после года – 49 (28,82%). Среди больных было: мальчиков – 101 (59,41%), девочек – 69 (40,59%). До 12 часов после начала заболевания госпитализированы 49 (28,82%) пациентов, с 12 до 24 часов – 68 (40,0%). 43 (25,29%) пациента обратились за медицинской помощью в период 24–48 часов после появления первых симптомов. 10 (5,89%) пациентов госпитализированы с длительностью заболевания более 48 часов.

Пациентам с подозрением на инвагинацию кишечника проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Однако отсутствие четких эхографических симптомов отмечено в 37 (21,76%) случаях.

Результаты и их обсуждение. После проверки развития клинической симптоматики и установленной из анамнеза длительности заболевания обнаружено, что они не всегда соответствуют между собой. Это может свидетельствовать в ряде случаев о бессимптомном начале заболевания, или несоответствии между реальной длительностью заболевания и указанной родителями в анамнезе. Также выявлено, что атипичность клинической картины инвагинации встречается в 15–35% (без одного из симптомов) исследованных случаев, что может быть обусловлено особенностями этиологии (анатомическая или функциональная причина), патогенеза (преобладание явлений обтурации или странгуляции кишки), локализацией или обширностью процесса. Это приводит к усложнению диагностики данного заболевания и неадекватной трактовке степени патологических изменений.

О сложности диагностики в 10% случаев свидетельствует применение таких методов обследования, как УЗИ, рентгенологического и диагностической лапароскопии. Последняя позволяет не только выявить данную патологию, но и расправить инвагинат с помощью манипуляторов под визуальным контролем, а также определить возможную причину внедрения.

Показаниями к лапароскопии были: невозможность установления диагноза после проведения консервативных методов обследования, неэффективность консервативной дезинвагинации, определение причины инвагинации у детей старшего возраста.

Выводы. Атипичность клиники инвагинации кишечника в 35% случаев вызывает необходимость разработки и внедрения в работу новых совершенных и достоверных методов ее диагностики. Применение ультразвуковой доплерографии в оценке кровотока в сосудах петель кишечника в комплексе с лапароскопией позволяет не только дифференцировать инвагинацию кишечника от других патологий, но и определять степень гемодинамических нарушений в стенках пораженной кишки, выявлять возможную причину внедрения, расправлять инвагинат, а в сложных случаях в послеоперационном периоде проводить визуальный контроль состояния кишечника.

Литература:

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия. / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. – СПб, 1997. – 385 с.
2. Беляев М. К. Лечебная тактика при инвагинации кишок у детей в поздние сроки госпитализации / М. К. Беляев, К. К. Федоров // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – № 2. – С. 72–77.
3. Катько В.А. Диагностика и лечение инвагинации у детей. Минск, 2006 г., 116 с.
4. Лапароскопия в лечении инвагинации кишок у детей / А.Ф. Дронов и др. // Хирургия – Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2003. – № 11. – С. 28–32.

5. Montes P., Soto G., Codoceo A. et al. Medical–surgical experience of intestinal intussusception. Experience of a university institution // Rev. Med. Chil. 2000 Mar.; 128 (3). P. 309–314.