

УДК: 616.34-007.44-053.2(048.8)
DOI: 10.24061/2413-4260.VIII.1.27.2018.7

КИШКОВА ІНВАГІНАЦІЯ У ДІТЕЙ
(аналіз літературних даних і власних спостережень)

*О.М. Горбатюк, О.С. Міхнушева,
К.Г. Ужиська*

Національна академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика
Київська міська дитяча клінічна лікарня №1
(м. Київ, Україна)

Резюме. У статті наведені дані літератури щодо етіопатогенезу, клінічних проявів, діагностики та підходів до лікування дітей з кишковою інвагінацією. Наданий власний досвід лікування 53 дітей з кишковими інвагінаціями. Використовувались 2 методи лікування – консервативне і хірургічне. Показано, що більшість пацієнтів з кишковими інвагінаціями підлягають консервативному лікуванню. Зроблено висновок про те, що методом вибору діагностики кишкової інвагінації і методом вибору хірургічного втручання є ультразвукове обстеження органів черевної порожнини і лапароскопія відповідно.

Ключові слова: кишкова інвагінація; діти; діагностика; лікування.

Вступ

У вивчення етіології, патогенезу, клініки, діагностики і лікування кишкової інвагінації у дітей великі досягнення як вітчизняних, так і закордонних вчених (1,5,6, 7,8,18,20,35,43,47). З позицій літературних даних і власного досвіду діагностики і лікування дітей з кишковою інвагінацією спробуємо відповісти на ключові питання цієї проблеми. Які думки щодо етіопатогенезу, клінічного перебігу різних видів кишкової інвагінації у немовлят? Які ефективні діагностичні методики і методи лікування існують в сучасній хірургічній практиці? Який метод хірургічного втручання є оптимальним і ефективним для малеської дитини? Які покази до хірургічного втручання є адекватними? Який вид хірургічного втручання застосовувати в залежності від патології, що знайдена? На ці і багато інших питань можна відповісти вивчивши і проаналізувавши літературу останніх десятиріч і власний досвід лікування пацієнтів з кишковою інвагінацією. Тому метою цієї роботи є надання реальної і відчутної допомоги лікарям, які займаються діагностикою і лікуванням дітей з кишковою інвагінацією.

Історична довідка

Вперше кишкова інвагінація як вид кишкової непрохідності була описана P.Barbette (Амстердам) приблизно 300 років тому назад [12]. Вже у той час були намагання щодо розправлення кишкового занурення за допомогою клізм, повітря, що вводилось у пряму кишку, із застосуванням паличок. До середини XIX століття хвороба майже завжди мала летальні наслідки. Перша успішна операція з приводу кишкової інвагінації у дитини була здійснена J.Hutchinson у 1873 році [24]. Пим була запропонована методика «видювання» інвагігату, яка використовується і сьогодні. У 1905 році педіатр із Данії П.Гіршпрунг опублікував власний 33 - річний досвід консервативного розправлення кишкової інвагінації через пряму кишку під гідростатичним тиском [23]. У 1927 році низка лікарів поділилися досвідом успішного використання контрастної клізми для розправлення інвагігату [33, 38]. У 1948 році

M.Ravitch використав бар'єву клізму для дезінвагігатиї з наступним описанням і публікацією цього методу (37). З тих пір гідростатична бар'єва іригоскопія знайшла широке застосування у клінічній практиці і стала «золотим стандартом» в діагностиці і консервативному лікуванні інвагігатиї кишечника у дітей. Першу успішну операцію з резекцією нескротизованої ділянки кишки виконав австралійський хірург С.Clubbe у 1921 році [14]. Гідростатичне розправлення інвагігату під сонографічним контролем вперше було описано у 1982 році Y.Kim et al. [26]. Такі головні історичні віхи на довгому шляху удосконалення діагностики і лікування цієї тяжкої патології у немовлят і дітей раннього віку.

Етіологія

Інвагігатиія кишечника – занурення одного відділу кишечника у просвіт другого - найчастіша причина кишкової непрохідності у немовлят. Виникає вона переважно у віці 3 – 12 місяців. Частота її складає в середньому 1 – 4%. Менше 1% випадків інвагігатиія виникає у новонароджених і до 95% - протягом 2-х років життя [46]. Цей варіант кишкової непрохідності відноситься до змішаного або комбінованого виду механічної непрохідності, оскільки має сполучення елементів странгуляції (защемлення брижі зануреної кишки) і обтурації (закриття просвіту кишки інвагігатом). Хлопчики хворіють приблизно у 2 рази частіше, ніж дівчатка. Етіологія захворювання в більшості випадків є невідомою. Найчастішими причинами ідіопатичної інвагігатиії бувають розлади правильного ритму перистальтики, порушення координації роботи уздовжних і кругових м'язів з перевагою скорочувальної активності останніх. До некоординованого скорочення м'язових шарів можуть призвести зміни режиму харчування, неадекватне введення прикорму, вірусна інфекція. Існує думка багатьох дослідників, що в основі інвагігатиії лежить набряк Лайсрових бляшок і вірусний мезаденіт [3,19,32]. Великий інтерес мають дослідження брижових лімфовузлів на наявність вірусів при кишкової інвагігатиії. G.G.Thomas, R.B.Zachary (1976) опублікували дані про наявність аденові-