

УДК 616.346.5-007.44-007.242-053.2-089.

© П. С. РУСАК^{1,2}, В. Ф. РИБАЛЬЧЕНКО¹, В. В. СТАХОВ²Кафедра дитячої хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика¹, Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня²**Оптимізація діагностики та лікування інвагінації кишечника у дітей**P. S. RUSAK^{1,2}, V. F. RYBALCHENKO¹, V. V. STAKHOV²Department of Pediatric Surgery of NMAPGE by P. L. Shupyk¹, Zhytomyr Regional Children's Clinical Hospital²**OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF BOWELS INVAGINATION IN CHILDREN**

Дослідження типовості клініки інвагінації кишечника у дітей та ефективності її діагностики загальноприйнятими методиками за 10 років.

Дослідження проводили на підставі ретроспективного аналізу лікування 170 пацієнтів з інвагінацією в хірургічному відділенні Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні за період з 1999 до 2009 року. Вік пацієнтів перебував у межах від 3-х місяців до 8 років. Основну групу склали діти у віці до 12 місяців – 121 (71,18 %), діти після року – 49 (28,82 %). Час від появи перших симптомів захворювання до госпіталізації у відділення коливався від 2-х год до 4-х діб. До 12 год після початку захворювання госпіталізовано 49 (28,82 %) хворих, з 12 до 24 год – 68 (40,0 %). Разом – 117 (68,82 %) дітей госпіталізовано в хірургічний стаціонар до доби. 43 (25,29 %) хворих звернулись за медичною допомогою в період 24–48 год після появи перших симптомів. 10 (5,89 %) пацієнтів госпіталізовано з тривалістю захворювання більше 48 год. У 37 (21,76 %) випадках встановлено відсутність чітких ехографічних симптомів інвагінації.

Після перевірки відповідності розвитку клінічної симптоматики виясненій з анамнезу тривалості захворювання встановлено, що клінічна стадія інвагінації кишечника не завжди співвідноситься з її тривалістю. Це свідчило у ряді випадків про безсимптомний початок захворювання або ж невідповідність між реальною тривалістю захворювання та зазначеною батьками в анамнезі.

Також встановлено, що атиповість клінічної картини інвагінації зустрічається у 15–35 %.

Про складність діагностики у 10 % випадків свідчить застосування таких методів обстеження, як ультразвукового, рентгенологічного та діагностичної лапароскопії. Остання дозволяє не лише виявити дану патологію, але й розправити інвагінат за допомогою маніпуляторів під візуальним контролем, а також визначити можливу причину занурення. Показаннями до лапароскопії були: неефективність консервативної дезінвагінації, з'ясування причини інвагінації у дітей старшого віку. Із 170 хворих в 112 (65,88 %) проведено розправлення інвагінату за допомогою ретроградної пневмоколонопресії, в 58 (34,12 %) випадках проведено операційні втручання: лапароскопічне втручання у 20 (34,48 %) пацієнтів, лапаротомне – у 38 (65,52 %) хворих (у 4 з них – конверсію після лапароскопії). За видом інвагінації прооперованих хворих розподілили таким чином: тонко-тонкокишкова інвагінація – 12 (20,69 %), товсто-товстокишкова – 4 (6,90 %), клубово-ободова – 42 (72,41 %). Серед лапароскопічно розправлених інвагінацій були: клубово-ободова – 15; тонко-тонкокишкова – 4; товсто-товстокишкова – 1.

Атиповість клініки інвагінації кишечника в 35 % випадків зумовлює необхідність розробки та впровадження в роботу нових досконаліших та достовірніших методів її діагностики – доплерографії та лапароскопії.

Отримано 15.03.13