

amongst all malformation of the development.

Aim. Study results of the diagnostics and treatments children with reduplication kidney and ureters for motivation of need of the change tacticians conduct of the sick early age and more active use minorinvasive methods of the treatment.

Material and methods. The leading methods of the diagnostics are ultrasonic diagnostics with dopplergraphy, excretory urography and micturating cystography. For revision of the functional condition both segment duplicated kidney diagnostic value has renal dynamic scintigraphy, computer tomography and retrograde ureteropyelography.

Results. In regional child hospital of treatment are 199 children with pathology of the duplicated kidney age from 0 before 18 years. For previous years the most multiple group sick make children adult 6 years. The reveal changes to 40% events were inconvertible that has served as a reference for undertaking heminephrurerectomy (16) and nephrectomy (5). The basic group sick, which got the treatment at the last years, have formed the children from 0 before 3 years. Changed the tactics of conduct and treatments, in 31% events at treatment sick is used endoscopic methods treatments.

Conclusions. The Early diagnostics to pathology of the duplicated kidney have allowed to warn the development of the inconvertible change. Decreased the amount nephrurerectomy and heminephrurerectomy. Use minorinvasive technology – endoscopy of the methods of the treatment vesicoureteral reflux and ureterocele has reduced traumatic interference and enabled reconstruction an urodynamics beside children of the first months and years of life's.

Key word: children, duplicated kidney, treatment.

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2013

В.А. Дігтяр, О.М. Барсук, М.В. Савенко, С.В. Інюшин,
С.В. Коваль

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ІНВАГНАЦІЇ КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ»,

КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР»

Вступ. З усіх видів кишкової непрохідності інвагінація досі складає 70-80%, а по даним деяких авторів займає друге місце серед хірургічної патології органів черевної порожнини у дітей.

Мета. Виробити оптимальну тактику в лікуванні інвагінації кишечника у дітей із застосуванням малоінвазивної хірургії.

Методи. В статті проведений аналіз результатів консервативного та хірургічного лікування 208 дітей з діагнозом гостра інвагінація кишечника, які перебували на лікуванні в ОДКЛ м. Дніпропетровська з 2008 по 2012 роки. Консервативна дезинвагінація була ефективна у 173 дітей (83,2%).

Результати. У 35 (16,8%) дітей після безуспішного консервативного лікування проводилася лапароскопічно асистована дезинвагінація. У 8 (22,9%) випадках після розправлення інвагінату та лапароскопічної оцінки кишечник визнаний нежиттєздатним. У 5 (14,3%) випадках причиною інвагінації був дивертикул Меккеля. У всіх цих 13 випадках, що потребували резекції кишки, проводилася лапароскопічно асистована резекція дивертикула Меккеля або нежиттєздатної кишки з накладенням кишкового анастомозу

шляхом мінілапаротомії. В 22 (57,1%) випадках було проведене роздування інвагінату під ендотрахеальним наркозом з обов'язковим лапароскопічним контролем. Усі діти одужали. Висновки. Застосування лапароскопічного контролю в поєднанні з накладанням пневмоколона в умовах міорелаксації та ендотрахеального наркозу є оптимальним у випадках неефективності консервативної дезінвагінації і дозволяє зменшити не тільки травматичність оперативного лікування, а й кількість класичних лапаротомій.

Ключові слова: діти, інвагінація, кишечник, малоінвазивна хірургія.

ВСТУП

З усіх видів кишкової непрохідності інвагінація досі складає 70-80%, а по даним деяких авторів займає друге місце серед хірургічної патології органів черевної порожнини у дітей [4,6,7].

Гостра інвагінація кишечнику зустрічається переважно у дітей до одного року, серед них пік захворюваності приходиться на вік від 3 до 8-12 місяців. У дітей до 3-х місяців інвагінація зустрічається дуже рідко. На вік від 1 року до 3 років приходиться до 10% усіх випадків та стільки ж з 3-х років і старше [4,5,6,7].

Головна особливість інвагінації кишечнику, на відміну від інших видів механічної непрохідності – це відсутність повної непрохідності кишкової трубки, особливо у перші часи захворювання, що обумовлює своєрідну клінічну картину. Загальноприйнятним методом лікування гострої інвагінації кишечнику залишається консервативний [5,6,7]. Але в багатьох країнах до сих пір нема чітких показань до проведення консервативного чи оперативного лікування, і, в першу чергу, це стосується строків захворювання та віку хворих.

На думку окремих авторів, при виборі лікувальної тактики має значення не стільки час, що минув від початку захворювання, скільки час появи кров'янистих виділень із прямої кишки. За іншими даними, головним критерієм у виборі методу лікування є зміна тону анального сфинктера прямої кишки. Крім того, основним протипоказанням для консервативної дезінвагінації є клініка перитоніту, непрохідність та стан шоку [1,2,4,5].

Мета. Виробити оптимальну тактику в лікуванні інвагінації кишечнику у дітей із застосуванням малоінвазивної хірургії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період з 2008 по 2012 роки під нашим спостереженням в клініці лікувалося 208 дітей з діагнозом гостра інвагінація кишечнику. Всі діти були госпіталізовані в хірургічне відділення в ургентному порядку, а діагноз ставився на підставі скарг, анамнезу захворювання та об'єктивних даних, при цьому, в обов'язковому порядку проводилося пальцеве дослідження прямої кишки. Із додаткових методів дослідження обов'язково використовували сонографію та метод пневмоколонографії. Потім, при відсутності протипоказання, дітям проводилося консервативне розправлення інвагінату повітрям під тиском 80-120 мм.рт.ст. з попередньою премедикацією. У випадках, коли консервативна дезінвагінація не ефективна ми застосували метод консервативної дезінвагінації під ендотрахеальним наркозом з використанням лапароскопічного контролю (патент України №58202). Так, на операційному столі під контролем лапароскопа проводилася консервативна дезінвагінація шляхом трансанального нагнітання повітря під тиском 90 - 110 мм.рт.ст. Якщо розправлення інвагінату не вдавалося досягти, то створення пневмоколона супроводжувалося

щадною тракцією за дистальний кінець кишки при інструментальній фіксації інвагінату. Після розправлення інвагінату проводилася ревзія ділянки інвагінованої кишки та «блюдцеподібного» вдавнення. Для більш якісної ревізії, з метою перешкоджання попадання повітря під тиском в проксимальні відділи кишківника, на ділянку здорової кишки проксимальніше інвагінату накладався короткочасно м'який затискач без кремал'єри. У випадках неможливості розправлення інвагінату поєднанням лапароскопічної тракції та створенням пневмоколона і, якщо вона визнана не життєздатною після розправлення - проводилася мінілапаротомія з подальшою мануальною дезінвагінацією або резекцією ділянки інвагінату в межах здорових тканин і накладенням кишкового анастомозу.

Показаннями для хірургічного лікування інвагінації кишечника у дітей були: термін захворювання більше 24 годин, неефективність консервативної дезінвагінації, наявність ознак перитоніту та стан шоку.

З 2008 по 2012 роки на лікуванні знаходилось 208 дітей з гострою інвагінацією кишечника. Консервативна дезінвагінація була ефективна у 173 дітей, що складає 83,2%. У решті 35 дітей (19 хлопчиків і 16 дівчат), що складає 16,8% від загальної кількості госпіталізованих, після безуспішного консервативного лікування проводилось лікування по вище згаданій тактиці.

Розподіл прооперованих дітей за віком відбувався наступним чином: 24 дитини до року 68,6%; від року до шести років - 9 дітей (25,7%); старше шести років - 2 дітей (5,7%).

При надходженні дитини в стаціонар питома вага основних скарг і симптомів, таких як: неспокій, блювота і виділення з прямої кишки у вигляді «малинового желе», розподіляються так: неспокій зазначався у 27 дітей (77,1%); блювання у 21 - (60%); с-м «малинового желе» у 19 дитини (54,3%). Крім цього були відзначені й інші симптоми: відмова від їжі (8 дітей - 22,9%), підвищення температури тіла (6 дітей - 17,1%), відсутність випорожнень 7 - 20% (табл. 1).

Таблиця 1

Основні скарги хворих дітей з інвагінацією кишечника

Симптоми	п	%
Занепокоєння (неспокій)	62	88,6
Блювання	57	81,4
С-м «малинового желе»	51	72,9
Підвищення температури тіла	21	30
Відмова від їжі	15	21,4
Відсутність акту дефекації	7	20

При огляді хворих, що надходили до лікарні, інвагінат під час пальпації передньої черевної стінки знаходився в різних зонах черевної порожнини. Найчастіше інвагінат розташовувався у правому фланку (48,6%) та в області пупка (20%), рідше в ілеоцекальному куту (17,1%) та у лівому фланку (2,9%). В інших випадках утворення неможливо було виявити через занепокоєння дитини.

Дуже велику роль для вибору тактики лікування та прогнозу відіграє і такий фактор, як час до госпіталізації. Діти, які були прооперовані, надходили в клініку з наступними термінами захворювання: до 12 годин від моменту захворювання - 4 дитини (11,4%); 13-24 години - 9 дітей (25,7%); строком захворювання до госпіталізації понад 24 годин - 22 дітей (62,9,9%).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

При проведенні діагностичної пневмоколонографії в 91% випадків були отримані прямі ознаки підтверджуючі діагноз інвагінації кишечника, це свідчить про високу інформативність даного методу. Сонографічна діагностика була ефективна у 89% випадків.

Класична консервативна дезінвагінація повітрям була ефективна у 173 дітей, що становить 83,2% хворих.

У 35 дітей консервативна дезінвагінація неефективна та була використана вищенаведена тактика – дезінвагінація з лапароскопічним контролем. З 35 дітей у 22 (57,1%) випадках кишечник визнаний життєздатним і на цьому етапі лікування закінчувалося. У 8 (22,9%) випадках після розправлення інвагінату та після лапароскопічної оцінки відмічався некроз кишкової стінки. У 5 (14,3%) випадках причиною інвагінації був дивертикул Меккеля. У всіх цих 13 випадках, що потребували резекції кишечника, проводилася лапароскопічно асистована резекція дивертикула Меккеля або нежиттєздатної кишки з накладенням кишкового анастомозу шляхом мінілапаротомії.

Основним фактором для розправлення інвагінату є підвищений тиск (80-120мм. рт.ст.) в кишечнику, який діє в умовах міорелаксації та ендотрахеального наркозу. При цьому лапароскопічний контроль дає змогу контролювати процес дезінвагінації та оцінити життєздатність кишкової стінки, щоб не залишити нежиттєздатну кишку в черевній порожнині.

Виходячи з аналізу результатів пролікованих дітей, наші погляди на вибір лікувальної тактики при інвагінації кишечника дещо змінилися. Так вважаємо, що терміни захворювання не грають вирішальної ролі в можливості застосування консервативного методу лікування інвагінації кишечника. Основну роль відіграє загальний стан дитини, клінічні прояви, присутність явищ перитоніту та ступінь кишкової непрохідності.

ВИСНОВКИ

- Основними методами додаткової діагностики гострої інвагінації кишечника ультразвуковий та пневмоколонографія.
- Консервативний метод лікування інвагінації кишечника у дітей шляхом розправлення інвагінату повітрям є методом вибору та ефективний у 86,6% випадків.
- Протипоказанням до консервативної дезінвагінації мають бути: перитоніт, виражена кишкова непрохідність, стан шоку.
- Застосування лапароскопічного контролю в поєднанні з накладанням пневмоколона в умовах міорелаксації та ендотрахеального наркозу є оптимальним у випадках неефективності консервативної дезінвагінації і дозволяє зменшити не тільки травматичність оперативного лікування, а й кількість класичних лапаротомій.

Література

1. Pediatric surgery. 6th ed./edited Jay L. Grosfeld M.D. [et al.]. 2006.
2. Pediatric surgery P.Puri, M.E. H.IIwarth (Eds.). 2006.
3. Эндоскопическая хирургия у детей. Под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. М: ГЭОТАР-МЕД. 2002. (Серия «Высокотехнологии в медицине»).
4. Ashcraft's pediatric surgery / [edited by] George Whitfield Holcomb III. J. Patrick Murphy; associate editor, Daniel J. Ostlie. 5th ed.
5. Pediatric surgery. Diagnosis and Management P.Puri, M.E. H.IIwarth (Eds.). Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2009.
6. Фельдман Х.И. Инвагинация кишок в детском возрасте. М.: Медгиз. 1977.
7. Баиров Г. А. Срочная хирургия детей. Руководство для врачей. СПб.: Питер Пресс. 1997.

В.А. Дегтярь, А.М. Барсук, М.В. Савенко, С.В. Инюшин, С.В. Коваль

Современные методы лечения инвагинации кишечника у детей

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

КУ «Днепропетровская областная детская клиническая больница»

Введение. Из всех видов кишечной непроходимости инвагинация составляет 70-80%, а по данным некоторых авторов занимает второе место среди хирургической патологии органов брюшной полости у детей.

Цель. Выработать оптимальную тактику в лечении инвагинации кишечника у детей с применением малоинвазивной хирургии.

Методы. В статье проведен анализ результатов консервативного и хирургического лечения 208 детей с диагнозом острая инвагинация кишечника, которые находились на лечении в ОДКБ г. Днепропетровска с 2008 по 2012 гг. Консервативная дезинвагинация была эффективна в 173 детей (83,2%).

Результаты. В 35 (16,8%) детей после безуспешного консервативного лечения проводилась лапароскопически ассистированная дезинвагинация. В 8 (22,9%) случаях после расправления инвагината и лапароскопической оценки кишечник признан нежизнеспособным. В 5 (14,3%) случаях причиной инвагинации был дивертикул Меккеля. Во всех этих 13 случаях, требующие резекции кишки, проводилась лапароскопически ассистированная резекция дивертикула Меккеля или нежизнеспособной кишки с наложением кишечного анастомоза путем минилапаротомии. В 22 (57,1%) случаях было проведено раздувание инвагината под эндотрахеальным наркозом с обязательным лапароскопическим контролем. Все дети выздоровели.

Выводы. Применение лапароскопического контроля в сочетании с наложением пневмоколona в условиях миорелаксации и эндотрахеального наркоза является оптимальным в случаях неэффективности консервативной дезинвагинации и позволяет уменьшить не только травматичность оперативного лечения, но и количество классических лапаротомий.

Ключевые слова: дети, инвагинация, кишечник, малоинвазивная хирургия.

V. A. Dihtiar, O. M. Barsuk, M. V. Savenko,
S. V. Iniushyn, S. V. Koval'

Modern methods of treating intussusception in children

Dnipropetrovs'k Medical Academy of MH of Ukraine,
Dnipropetrovs'k Regional Children's Clinical Hospital

Introduction. Among all the kinds of intussusception the invagination still remains to account for 70-80%, and according to some authors, it holds the second place among the abdominal surgical pathologies in children.

Purpose. To develop an optimal policy of treating intussusception in children by means of minimal invasive surgery.

Methods. The paper focuses on the results of the conservative and surgical treatment of 208 children with acute intussusception who received medical care at Dnipropetrovs'k Regional Children's Clinical Hospital in 2008-2012. The conservative intestinal desinvagination was effective for 173 (83.2%) children.

Results. 35 children underwent laparoscopic assisted intestinal desinvagination, not being successfully treated conservatively. In 8 cases (22.9%) after the reduction, the laparoscopic examination showed intestinal necrosis. In 5 cases (14.3%), the intussusception was caused by Meckel's diverticulum. In all the 13 cases that required the intestine resection there was performed laparoscopic assisted resection of Meckel's diverticulum or in case of nonviable intestine with end-to-end anastomosis it was conducted mini laparotomy. In 22 cases (57.1%) it was performed laparoscopic assisted reduction under the intratracheal anesthesia. All the children are recovered.

Conclusions. Using laparoscopic control combined with applying pneumocolon under myorelaxation and intratracheal anesthesia is optimal when conservative desinvagination is not efficient; it makes possible to decrease both the invasion of surgery and the number of classic laparotomies.

Key words: children's, invagination, intussusception, miniinvasive surgery.

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2013

В.А. Дігтяр, О.П. Гладкий, О.М. Барсук, Б.Г. Ашкіназі

ТРАНСАНАЛЬНЕ ЕНДОРЕКТАЛЬНЕ НИЗВЕДЕННЯ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ХВОРОБІ ГІРШПРУНГА У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ»,

КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча лікарня»

Вступ. Хвороба Гіршпрунга є одним з важких пороків розвитку товстої кишки у дітей. Частота ускладнень в ранньому післяопераційному періоді залишається ще високою (9,1% - 77%), в 4,9% - 13% випадків виникає необхідність в повторних реконструктивних операціях.

Мета. Провести аналіз результатів лікування дітей з хворобою Гіршпрунга, оперованих за методом трансанальної ендоректальної резекції.

Матеріали та методи. У період з 2010 по 2012 рік на базі ОДКЛ м.Дніпропетровськ одномоментне трансанальне низведення товстої кишки при хворобі Гіршпрунга виконано