

УДК 616.34-007.44:616-022.7]-053.2

УСАЧЕВА Е.В., СИЛИНА Е.А., ПАХОЛЬЧУК Т.Н., КОНАКОВА О.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА-ИНФЕКЦИОНИСТА

Резюме. От умения врача педиатра-инфекциониста правильно интерпретировать абдоминальную боль нередко зависит судьба пациента. В статье анализируется частота развития инвагинации у детей, возникшей на фоне диспептических проявлений, отображены клинические особенности данной хирургической патологии.

Ключевые слова: дети, инвагинация, диагностика, боль.

*Существуют проблемы,
никогда не теряющие своей актуальности.*

В практике детского инфекциониста достаточно часто возникают ситуации, когда больные, поступившие в стационар по поводу различных инфекционных заболеваний, оказываются хирургическими пациентами [1, 8, 12]. Чаще это происходит с детьми, госпитализированными в кишечное отделение. За диспептическим синдромом у детей раннего возраста может скрываться острая хирургическая патология, чаще всего — инвагинация кишечника, которая составляет 80 % среди приобретенной кишечной непроходимости [4, 5, 11]. Возможность допустить ошибку подстерегает врача на всех этапах диагностического поиска. В раннем возрасте (особенно до одного года), когда ребенок не может охарактеризовать боль в животе и ее локализацию, другие симптомы (интоксикация, диарея, лихорадка) выходят на первый план и приводят к диагностической ошибке. Каждый врач, курирующий больного с подозрением на кишечную инфекцию или токсикоинфекцию, обязан проводить дифференциальную диагностику с острым животом или любой другой абдоминальной патологией, представляющей угрозу для жизни [3, 8]. Нет проблемы, наиболее объединяющей хирурга и педиатра, чем боли в животе. Сталкиваясь с жалобами пациентов и их родителей на боли в животе, каждый из нас в первую очередь решает вопрос: к хирургу или педиатру? В связи с этим врачу необходимо четко осознавать ответственность при решении вопроса о госпитализации детей в инфекционное отделение без осмотра хирурга. И очень часто груз ответственности ложится на плечи педиатра: от его решения зависит, как быстро больной с хирургической проблемой попадет к специалисту [4, 10].

Боль — основной отличительный симптом острого живота. Она наблюдается практически во всех случаях и может быть единственным симптомом, особенно на ранней стадии болезни. Боль — субъективное ощущение

человека, поэтому ее оценка бывает затруднительной и зависит от опыта врача. Способность к адекватной интерпретации боли — одно из основных требований, предъявляемых к врачу, особенно педиатру. Дети младшего возраста не в состоянии охарактеризовать боль, поскольку не в состоянии оценить свое самочувствие и недостаточно хорошо локализируют боль. Необходимо помнить, что малыши своим поведением передают состояние дискомфорта и боли, которая у детей раннего возраста проявляется беспокойством. Беспокойство может проявляться интенсивным плачем, сучением и подтягиванием ножек к животу, отказом от еды. Если ребенок умеет говорить, очень важно не ограничиваться рассказом родителей: дети старше 3 лет довольно четко могут рассказать, что и где у них болит [7, 9, 11].

Клиническое обследование больного с острым животом требует большого опыта. Важно уметь отличать угрожающее жизни состояние, требующее немедленного оперативного лечения, от заболеваний, требующих дополнительного обследования и наблюдения. За подробным сбором анамнеза следует клиническое обследование, включающее осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию больного [6, 14].

К диагностическим проблемам на догоспитальном этапе и в первые часы госпитализации больного в клинику относятся недооценка тяжести состояния, несвоевременность консультации, поздняя госпитализация (как результат низкого общеобразовательного и культурного уровня некоторых родителей). Когда врач сталкивается с новым больным, он должен быть готов ко всему — не только к типичному, но и к индивиду-

Адрес для переписки с авторами:

Усачева Е.В.

E-mail: redact@i.ua

© Усачева Е.В., Силина Е.А., Пахольчук Т.Н.,
Конакова О.В., 2016

© «Актуальная инфектология», 2016

© Заславский А.Ю., 2016

альному проявлению болезни. Врач во все времена был и должен оставаться очень внимательным человеком, наблюдать за пациентом и «боковым зрением», стараясь получить не только словесную, но и невербальную информацию. Важное значение имеют вегетативные нарушения, поза, жесты, взгляд, мимика больного ребенка [4].

Трудности диагностики у детей раннего возраста заключаются в том, что нозологические особенности хирургической патологии стираются, и на первое место выступает диспептический синдром. Особое место в педиатрической практике по сложности, характеру и тяжести развития осложнений занимают диагностические ошибки у детей раннего возраста с острой патологией органов брюшной полости, в частности инвагинацией кишечника [6, 13].

Анализ недооценки тяжести состояния свидетельствует, что молодые врачи часто ошибаются из-за отсутствия опыта, а более опытные — из-за переоценки своих знаний, своего опыта. Анализ историй болезни детей с инвагинацией показал, что практически всегда ошибались дежурившие ночью молодые врачи. А правильный диагноз ставился во время осмотра заведующего отделением, консультанта, то есть более опытных врачей. Однако справедливости ради надо отметить, что к этому времени клиническая картина инвагинации была уже более типичной, более информативной: нарастание симптомов интоксикации, четкая периодичность возбуждения ребенка, отсутствие стула или скудный стул с кровью, кровь при пальцевом исследовании прямой кишки, нормальная или сниженная температура тела [2, 7].

Таким образом, дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций и инвагинации кишечника у детей грудного возраста продолжает оставаться одной из актуальных проблем педиатрии.

Целью нашей работы было проведение сравнительного анализа клинических данных у детей грудного возраста с проявлениями диспептического синдрома, которые были госпитализированы в последние 3 года в городскую детскую многопрофильную больницу № 5 г. Запорожья с ранними симптомами инвагинации кишечника.

Материалы и методы

На первичном этапе работы нами проведен анализ 102 историй болезни детей раннего возраста, госпитализированных в клинику с проявлениями диспептического синдрома и болей в животе. У всех детей заболевание началось остро — с рвоты, двигательного беспокойства, нарушения стула. Большинство детей (66 пациентов) были первого года жизни, из них до 6 мес. — 17. В 92 % случаев дети направлялись врачами-педиатрами из поликлиник на стационарное лечение, остальные были переведены из детских больниц города, преимущественно в летне-осенний период. Преобладали мальчики — 68 %.

Всем детям при поступлении было проведено бактериологическое исследование кала на кишечную

группу: патогенная микрофлора ни у кого не была выделена, а условно-патогенная флора выделена у 26 % пациентов.

Из наблюдаемых детей у 36 диагностирован синдром функциональных абдоминальных болей (с преобладанием у мальчиков — 23 ребенка, девочек — 13; $p < 0,05$), у 2 детей выявлен копростаз. У 32 детей диагностирована острая кишечная инфекция, хирургическая патология исключена. Только у 32 больных методом ультразвукового и рентгенологического обследования органов брюшной полости был подтвержден диагноз инвагинации кишечника. У 14 детей дезинвагинация проведена консервативно, а у 16 — хирургическим путем.

В дальнейшем нами проанализирована клиническая картина инвагинации кишечника у 32 детей грудного возраста, из них 24 пациента были в возрасте 3—12 месяцев. Работа проведена на базе городской детской многопрофильной больницы № 5.

Результаты и их обсуждение

Все дети находились на смешанном или искусственном вскармливании. Причиной ухудшения состояния был перевод на новое питание или введение прикорма. У основной же массы детей были выявлены грубые нарушения режима питания — быстрое, неправильное или не соответствующее возрасту введение прикорма. У грудных детей с еще не законченным развитием центральной нервной системы нервно-рефлекторная регуляция несовершенна и легко нарушается. Поэтому даже незначительные отклонения от нормы в отношении количества и качества пищи, изменения питания могут вызывать нарушения перистальтики, и часто возникновение инвагинации совпадает с указанными моментами. Этот факт приобретает особое значение в наше время, когда недостаточный интеллектуальный и общекультурный уровень некоторых родителей на фоне назойливой рекламы провоцирует их к необдуманным поступкам: детей первых лет жизни кормят копченой колбасой, жареным мясом со специями, супом на утином бульоне, кукурузными палочками, хот-догами, сметаной и даже поят пивом для улучшения аппетита и прибавки массы тела.

Следует отметить, что только 18 детей поступило в первые сутки заболевания. Большинство пациентов с инвагинацией поступали с незначительными симптомами интоксикации без повышения температуры тела. Основным симптомом у 29 детей было беспокойство приступообразного характера продолжительностью до 1 минуты, которое сопровождалось тревожным криком с интервалами успокоения в 20—30 минут. Во время приступа беспокойный ребенок кричал, сучил ножками. У 28 пациентов одновременно с болями в животе или после них наблюдалась рвота пищевыми массами в первые 2—3 часа, а в последующие — с примесью желчи. У 15 детей повторная рвота желудочным содержимым не сопровождалась схваткообразной болью. В начале заболевания практически у всех детей стул сохранял каловый характер, примесь крови выявлялась позднее

и часто при пальцевом исследовании прямой кишки. При пальпации живот был мягкий, и только у 8 детей определялось опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, безболезненное, умеренно смещаемое, чаще в правой половине, реже — в левой половине живота и эпигастрии. У 12 детей отмечалась задержка стула и газов.

С выраженной клинической картиной поступило 10 детей уже на вторые сутки от начала заболевания. Общее состояние этих пациентов расценивалось как средней тяжести или тяжелое. Умеренные проявления дегидратации и токсикоза сопровождались тахикардией и одышкой. У 7 детей сохранялся абдоминальный синдром с резким двигательным беспокойством на протяжении нескольких минут, светлые промежутки были более короткими (10–15 минут). Рвота с примесью желчи наблюдалась у всех детей и приобретала многократный характер. У 5 детей отмечалась задержка стула и газов. Выделение крови из заднего прохода было у 6 детей, и у них при пальпации живота удалось определить «опухоль» в брюшной полости, при этом возрастало заметное усиление болей, что сопровождалось беспокойством ребенка, без убедительных данных о перитонеальном раздражении.

У 4 детей, длительность заболевания которых была более 2 суток, выявлены признаки начинающихся осложнений со стороны органов брюшной полости. Общее состояние тяжелое, с выраженными нарушениями гемодинамики и метаболизма. Рвота носила постоянный характер с дуоденальным и энтеральным содержанием. Нарастали вялость, адинамия, исчезало двигательное беспокойство, снижалась перистальтическая деятельность, развивался парез кишечника. Болевой синдром был менее выражен. Появлялись вздутие живота и напряжение мышц передней брюшной стенки, что затрудняло определение инвагината в брюшной полости. Ведущим симптомом, позволяющим правильно поставить диагноз, был стул в виде малинового желе.

Таким образом, следует отметить, что не всегда у детей первого года жизни были все основные симптомы клинической картины инвагинации, а именно: боль приступообразного характера, пальпируемое опухолевидное образование в животе, рвота, а также наличие крови в испражнениях или при ректальном исследовании (у 14 пациентов). Чаще (у 18 детей) заболевание манифестировалось двумя или тремя из вышеуказанных симптомов: боль и рвота или беспокойство и жидкий стул, что требовало использования дополнительных методов исследования для уточнения диагноза. Все указанные затруднения приводили к позднему обращению родителей за медицинской помощью, задержкой в направлении детей к хирургу, и 43,8 % пациентов поступали после 24 часов болезни.

Выводы

Анализ собственных наблюдений и литературных данных позволил сделать вывод, что, несмотря на значительное усовершенствование методов диагностики,

инвагинация остается серьезной проблемой в педиатрии, в частности в детской инфектологии, и требует от врача максимального внимания, наблюдательности и грамотного анализа всех клинико-лабораторных показателей для своевременной диагностики и оказания квалифицированной медицинской помощи детям в случае ее развития.

Список литературы

1. Исаков Ю.Ф. *Детская хирургия: национальное руководство* / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. — Львов: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1168 с.
2. Федуллова Э.Н. К вопросу о дифференциальной диагностике синдрома крови в кале у детей / Э.Н. Федуллова // *Мед. альманах*. — 2011. — № 4. — С. 191-194.
3. Парфелов А.И. Боль в животе / А.И. Парфелов // *РМЖ*. — 2011. — № 19(411). — С. 1047-2051.
4. Скородумова Н.П. *Врачебные ошибки при диагностике инвагинации в практике детского инфекциониста* / Н.П. Скородумова // *Здоровье ребенка*. — 2007. — № 3. — С. 56-59.
5. Соловьев А.Е. Стадии инвагинации кишечника у детей / А.Е. Соловьев, О.А. Никифоров // *Актуальные вопросы фармацевтической науки и практики*. — 2001. — № 7. — С. 273-275.
6. Соловьев А.Е. *Диагностика и лечение инвагинации у детей: Методические рекомендации* / А.Е. Соловьев, Г.В. Корниенко, О.А. Никифоров. — К., 2004. — 20 с.
7. Карасева О.В. *Острый живот в практике педиатра* / Карасева О.В. // *Педиатрическая фармакология*. — 2011. — Т. 8, № 5. — С. 21-26.
8. Бобровицкая А.И. *Актуальные вопросы острых кишечных инфекций в последние годы* / А.И. Бобровицкая, Т.А. Беломера, А.Н. Данилюк, Т.Ю. Думчева [и др.] // *Актуальная инфектология*. — 2014. — Т. 7, № 2. — С. 20-25.
9. American Academy of Pediatrics, Sub-committee on Chronic Abdominal Pain, North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Chronic abdominal pain in children* // *Pediatrics*. — 2005. — Vol. 115(Issue 3).
10. Arbizu R.A. Intussusception associated with adenovirus / R.A. Arbizu, G. Alijomah, R. Kozlinski et al. // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2014. — 59(5). — P. 41.
11. Di Lorenzo C. *Chronic Abdominal Pain in Children: a Technical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* / C. Di Lorenzo, R.B. Colletti, H.P. Lehmann et al. // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2005. — 40(3). — P. 49-61.
12. Lippincott W. *Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children: Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Clinical Practice Guideline* / W. Lippincott // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. — 2006. — 43(3). — P. 1-13.
13. Lorens S. *A multi-country study of intussusception in children under 2 years of age in Latin American: analysis of prospective surveillance data* / S. Lorens et al. // *BMC Gastroenterology*. — 2013. — P. 13-95.
14. Riera A. *Diagnosis of Intussusception by Physician Novice Sonographers in the Emergency Department* / A. Riera, A.L. Hsiao, M.L. Langhan, T.R. Goodman, L. Chen // *Ann. Emerg. Med.* — 2012. — 60(3). — P. 264-268.

Получено 22.04.16 ■

Усачова О.В., Сіліна Є.А., Пахольчук Т.М., Конакова О.В.
Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

ІНВАГІНАЦІЯ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ІНФЕКЦІОНІСТА

Резюме. Від уміння лікаря педіатра-інфекціоніста інтерпретувати абдомінальний біль часто залежить доля пацієнта. У статті аналізується частота розвитку інвагінації у дітей, що ви-

никла на тлі диспептичних явищ, відображені клінічні особливості цієї хірургічної патології.

Ключові слова: діти, інвагінація, діагностика, біль.

Usachova O.V., Silina Ye.A., Pakholchuk T.N., Konakova O.V.
Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhya, Ukraine

INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN IN THE PRACTICE OF THE PEDIATRICIAN INFECTIOUS DISEASE SPECIALIST

Summary. The patient's destiny often depends on the pediatrician infectious disease specialist's ability to appraise the abdominal pain. In this article we analyzed the incidence of development of the intus-

susception in children with dyspepsia, also we represented the clinical features of this surgical disease.

Key words: children, intussusception, diagnostics, pain.