

UŞAQLARDA KƏSKİN BAĞIRSAQ İNVAGİNASİYASININ MÜALİCƏSİNDƏ TƏCRÜBƏMİZ

AĞAYEV G.X

K.Y. Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu (Bakı, Azərbaycan).

Açar sözlər: *kəskin bağırsağ invaginasiyası, erkən yaşlı uşaqlar.*

GİRİŞ. Bağırsağ invaginasiyası əksərən erkən yaşlı uşaqlarda təsadüf edilən xəstəlikdir. Xəstəlik ən çox 4-12 aylar arasında olan uşaqlarda baş verir. Ağır pediatrik cərrahi xəstəlik olan bu patologiyanın müalicəsində son illərdə əhəmiyyətli uğurlar qazanılmışdır ki, bu da bəzi stereotiplərin aradan qaldırılması, xəstəyə individual yanaşma, müasir texnologiyanın tətbiqi ilə əlaqədardır. Təqdim edilən məqalədə məqsəd Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitutunun Erkən Yaşlı Uşaqların Cərrahiyyə Şöbəsinin (EYUCŞ) bu sahədə olan təcrübəsini təhlil etmək və onun nəticələrini təqdim etməkdir.

Material və üsullar. 2012–2015-ci illərdə bağırsağ keçməməzliyi əlamətləri ilə klinikaya müraciət etmiş 126 xəstədə kəskin bağırsağ vaginasiyası müəyyən edilmişdir. 2,4% xəstə yenidoğulan, 73,8% xəstə 1-12 aylıq, 23,8% xəstə 1-3 yaşında olmuşlar. Xəstələrdən 70,6% oğlan, 29,8% qız olmuşdur (2,3:1 nisbətində). Yalnız 28% hallarda xəstələr xəstəlik başlandıqdan 24 saat müddətində klinikaya daxil olmuşlar. Xəstəliyin diaqnostikası və müalicəsi müəllif tərəfindən təklif edilmiş alqoritm əsasında aparılmışdır [9]. Fizikal müayinə, rutin laborator müayinələrdən başqa qarın və döş boşluqlarının icmal rentgen müayinəsi, abdominal US, pnevmoirriqoskopiya icra edilmişdir və diaqnoz təsdiqlənmişdir. 24 saatlıq USM xidməti olmadığı üçün Rentgenoloji müayinə əsas müayinə üsulu olmuşdur. Diaqnoz

təsdiqləndikdən sonra xəstələrə pnevmopressiya ilə konservativ dezinvaginasiya, diaqnostik laparoskopiya və laparoskopik dezinvaginasiya, laparotomiya və dezinvaginasiya yaxud bağırsağın rezeksiyası kimi müalicə üsulları tətbiq edilmişdir. Peritonit, qarının çox köp olması, ürək və tənəffüs çatmazlığı zamanı olan yenidoğulanlarda pnevmoirriqoskopiya və laparoskopiyaya üsulları tətbiq edilməmişdir. Göstərilən müddət ərzində EYUCŞ-nə Kəskin bağırsağ invaginasiyası diaqnozu ilə hospitalizasiya olunan bütün xəstələr yaşından, cinsindən və xəstələnmə müddətindən asılı olmayaraq müayinə qrupuna daxil edilmişlər və müalicənin nəticələrinin retrospektiv təhlili aparılmışdır.

Müalicənin nəticələri.

Kəskin bağırsağ invaginasiyasına şübhə olan 126 xəstədən 119 nəfərinə digər müayinələrlə yanaşı diaqnostik pnevmoirriqoskopiya icra edilmişdir. Bu üsul ileosekal və kolonik invaginasiya diaqnozunu təsdiq etməyə yaxud inkar etməyə imkan verir. Diaqnoz təsdiq edilmiş xəstələrə pnevmopressiya (60-100 mmHg) aparılmışdır. Pnevmpressiya zamanı medikamentoz yuxu vəziyyətində olan xəstənin yoğun bağırsağına Riçardson balonu ilə hava vurularaq bağırsağ daxilində 100 mmHg sütununadək təzyiq yaradılırdı. İlk cəhd effektsiz olduqda 10-15 dəq fasilə ilə ikinci və üçüncü cəhdlər yerinə yetirilmişdir. Qazın nazik bağırsaqlara dolması dezinvaginasiyanın baş verdiyinin göstəricisi hesab edilmişdir. Pnevmpressiya nəticəsində 45 xəstədə

konservativ dezinvasiya baş vermişdir (bütün xəstələrin 35,7%, konservativ müalicə cəhdi aparılmış xəstələrin 37,8%). Digər 74 xəstədə isə pnevmopressiya invaginatın ölçülərinin kiçilməsinə, onun sağ qalça nahiyəsində yerdəyişməsinə səbəb olmuşdur. Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən, pnevmopressiya zamanı havanın 25-30 sm məsafədə nazik bağırsaqlara dolması konservativ ileosekal invaginatın açıldığını göstərir. Praktikada isə dezinvasiya baş verən hallarda hava demək olar ki, bütün nazik bağırsaqlara dolur. Qeyd etmək lazımdır ki, bütün xəstələrdə ilk olaraq vertikal AP abdominal icmal rentgen müayinəsi aparılmalıdır. Bu rentgenoqramma pnevmopressiyadan sonrakı rentgenoqramma ilə müqayisə ediləndə üsulun effektivliyi haqqında daha dəqiq fikir yürütmək olur. Qeyd etmək lazımdır ki, həkimlərin təcrübəsi artdıqca, konservativ müalicənin effektivliyi də artır. Belə ki, əgər 2011-ci ildə konservativ dezinvasiya cəmi 12,5% xəstədə mümkün olmuşdusa, 2015-ci ildə bu göstərici 52,9%-ə çatmışdır.

Konservativ müalicə üsulu effektiv olmayan 74 xəstədən 14 (18,9%) nəfərində laparoskopiyaya icra edilmişdir. Laparoskopik manipulyasiyalar 5 mm-lik laparoskopun nəzarəti altında 3 mm-lik alətlərlə icra edilmişdir. Qarındaxili təzyiq 8 mmHg. 11 xəstədə (bütün xəstələrin 8,7%, laparoskopiyaya olunanlardan 78,6%) laparoskopik dezinvasiya uğurlu olmuşdur. 2 xəstədə laparoskopik dezinvasiya mümkün olmadığı üçün konversiya olunaraq açıq əməliyyat aparılmışdır. 1 xəstədə isə laparoskopiyaya zamanı invaginatın nekroza uğradığı aşkar edilmiş və dezinvasiyaya cəhd edilməmişdir. Konservativ dezinvasiyadan sonra xəstələr 24-48 saat müddətində klinikada

müşahidə üçün saxlanılır. Xəstə tam enteral qidalandıqdan və normal defekasiya bərpa olduqdan sonra ambulator müşahidəyə yazılır. Nəzarət altında saxlanan xəstələrdən birində (9 aylıq) 2 gün sonra bağırsağın invaginasiyası əlamətləri təkrarlandığı üçün təkrar müayinə olundu və invaginasianın residivi aşkarlandı. Xəstəyə laparoskopik dezinvasiyaya icra edildi və bu zaman mexaniki səbəb aşkar edilmədi.

126 xəstədən 70 nəfəri (55,5%) açıq cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır. Əməliyyat olunanlardan 7 nəfərində konservativ və minimal invaziv müalicə üsulları tətbiq edilməmişdir. Onlardan 3 nəfəri yenidən istifadə edilən idi, 4 xəstədə isə əməliyyatdan əvvəl peritonit, tənəffüsürək çatmamazlığı müəyyən edilmişdi.

Pnevmopressiya nəticəsində invaginatın ölçülərinin kiçilməsi və qarının sağ tərəfinə yerdəyişməsi əməliyyatın sağ qalça nahiyəsindəki kiçik köndələn kəsikdən icra edilməsinə, qarın boşluğunda manipulyasiyaların minimallaşmasına, əməliyyatın az travmatik olmasına və əməliyyatdan sonrakı dövrün daha yüngül keçməsinə, xəstənin daha tez bərpa olunmasına imkan vermişdir. Dezinvasiyaya olunmuş xəstələrin orta hospitalizasiya müddəti 3 gün olmuşdur.

Əməliyyat olunan xəstələrdən 11 (15,7%) nəfərində invaginat nekroza uğradığı üçün bağırsağın rezeksiyası olunmuşdur, digər 59 xəstədə isə dezinvasiyaya əməliyyatı icra edilmişdir. Yalnız 6 xəstədə, həmçinin, appendektomiya olunmuşdur. 1 xəstədə invaginasianın səbəbi Mekkel divertikulu olduğundan divertikulektomiya olunmuşdur. Kəskin bağırsağın invaginasiyası diaqnozu ilə klinikaya daxil olmuş 4 aylıq xəstədə diaqnostik laparoskopiyaya zamanı qalça bağırsağın distal hissəsinin anadangəlmə bağla

stranqulyasiyası aşkar edilmiş və stranqulyasion bağ laparoskopik olaraq kəsilərək keçməməlik aradan qaldırılmışdır.

2 xəstədə ölüm qeyd edilmişdir. Bir xəstədə əməliyyatdan sonra inkişaf edən supraventrikulyar taxikardiya qısa müddətdə ürək çatmamazlığına və ölümə səbəb olmuşdur. Xəstələnmə müddəti 4 gün olan digər xəstədə isə ağır intoksikasiya fonunda inkişaf edən poliorqan çatmamazlığı səbəbindən əməliyyatdan 12 saat sonra ölüm qeyd edilmişdir. Letallıq 1,6% olmuşdur.

3 yenidoğulanda nazik bağırsağ invaginasiyası diaqnozu müəyyən edilmişdir. Ən kiçik xəstə 8 günlük idi, çəkisi 1500 qr. Onlardan birində invaginasiya başqa səbəbdən icra edilmiş, laparotomiya və kolostomiya əməliyyatından 6 gün sonra baş vermişdir. 2 xəstə bağırsağ keçməməzliyi diaqnozu ilə əməliyyat edilmişdir və əməliyyat zamanı acı bağırsağ invaginasiyası aşkar edilmişdir. 1 xəstədə bağırsağ invaginasiyası diaqnozu isə əməliyyatdan əvvəl müəyyənləşdirilmişdir. Hər 3 xəstədə invaginat nekroza uğradığından bağırsağın rezeksiyası, enteroenterostomiya əməliyyatı icra edilmişdir.

Beləliklə, 126 xəstədən 119 (94,4%) nəfərində konservativ müalicə üsulu pnevmopressiya tətbiq edilmişdir. 45 (37,8%) xəstədə konservativ dezinvasiyaya mümkün olmuşdur. 14 xəstədə laparoskopiya icra edilmişdir. Onlardan 13 nəfərində laparoskopik dezinvasiyaya cəhd edilmişdir və 11(8,7%) xəstədə bu mümkün olmuşdur.

Müzakirə.

Uşaqlarda qazanılma bağırsağ keçməməzliyinin ən çox təsadüf edilən formasının –bağırsağ invaginasiyasının (Bİ) diaqnostika və müalicəsi uşaq

cərrahiyyəsinin aktual problemlərindən biridir. İlk dəfə 1674-cü ildə Paul Barbette tərəfindən təsvir edilmiş, 1899-cu ildə Treves tərəfindən, 1893-cü ildə John Hutchinson tərəfindən ilk uğurlu cərrahi əməliyyat icra edilmişdir.

Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə, bəzi ölkələrdə bu xəstəlikdən letallıq hələ də yüksək olaraq qalır [1-4]. Gec diaqnostika və cərrahi müalicəyə üstünlük verilməsi nəticəsində bəzi inkişaf etməkdə olan ölkələrdə Bİ-dən ölüm faizi 12-35,1% təşkil edir [4,10]. Həmçinin, erkən diaqnostika, konservativ, minimal invaziv və açıq cərrahi üsulların tətbiqinə göstərişlərin optimallaşdırılması, adekvat əməliyyat-önü hazırlıq nəticəsində letallığı minimuma (<1%) endirmək mümkün olmuşdur [6, 7]. Azərbaycan Tibb Universitetinin uşaq cərrahiyyəsi kafedrasının əməkdaşlarının məlumatına əsasən Bİ-dən letallıq son 20 ildə (1985-2006) 13,3% - 17,7% olmuşdur [1- 3, 5, 8. 9]. Xəstəliyin diaqnostika və müalicəsi məsələlərinə ədəbiyyatda geniş yer ayrılmasına baxmayaraq, bu günkü günədək tətbiq edilən üsulların seçimi və tətbiqinə göstərişlər, texniki cəhətdən icrası, nəticələrin interpretasiyası qızğın diskussiya mövzuları olaraq qalır. Məsələn, bir sıra müəlliflər hesab edirlər ki, ileosekal invaginasiya zamanı konservativ müalicə xəstəliyin başladığı andan 12-24 saat müddətində tətbiq edilə bilər [2, 3]. Bəzi müəlliflər bu müddəti 36-48 saatadək artırırlar [8, 9], digərləri konservativ müalicənin tətbiqini invaginatın qarın boşluğunda lokalizasiyası yaxud düz bağırsaqdan qanlı ifrazarın xaric olma müddətilə əlaqələndirirlər [10]. Son illər isə konservativ dezinvasiyanın xəstələnmə müddətindən yox, xəstənin ümumi vəziyyətinin ağırlığından asılı olaraq

tətbiq edilməsi taktikası daha geniş yayılmaqdadır [4-6, 7]. 2012-ci ildə ETPİ Karl Storz firmasının minimal invaziv cərrahiyyə avadanlığı ilə təhciz edildi və bu, bağırsağ invaginasiyasının diaqnostika və müalicəsində müəllif tərəfindən təklif edilmiş alqoritmin [5, 9] praktik tətbiqinə imkan verdi. Alqoritmin tətbiqi nəticəsində 37,8% xəstə konservativ, 8,7% xəstə isə minimal invaziv üsulla müalicə olunmuşlar. Digər 52,9% xəstədə isə pnevmoirriqoskopiya və pnevmopressiyanın tətbiqi invaginatın ölçülərinin kiçilməsinə, bu isə öz növbəsində kiçik (3-4 sm) laparotom kəsiklə invaginatın yaraya çıxarılması və müvafiq əməliyyatın icra edilməsinə imkan vermişdir. Əməliyyatın travmatikliyinə azalması postoperasion dövrün daha yüngül keçməsinə, xəstələrin ümumi vəziyyətlərinin tez bərpa olunmasına, əməliyyat sonrası fəsadların azalmasına və müalicənin nəticələrinin əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşmasına səbəb olmuşdur.

Nəticə.

1. Uşaqlarda bağırsağ invaginasiyasının müxtəlif diaqnostika və müalicə üsullarının tətbiqinin ardıcılığı təklif edilmiş alqoritm əsasında müəyyənləşdirilməlidir. Xəstəliyin erkən diaqnostikası konservativ və minimal invaziv müalicə üsullarının daha geniş tətbiqinə və effektivliyinə imkan verir ki, bu da müalicənin nəticələrinə yaxşılaşmasına səbəb olur.

2. İleosekal və yoğun bağırsağ invaginasiyasının müalicəsində konservativ müalicə cəhdi peritonit, ürək-damar və tənəffüs çatmamazlığı əlamətləri olmayan xəstə uşaqlarda yaşından, invaginatın ölçüsündən və lokalizasiya-

sından asılı olmayaraq bütün hallarda tətbiq edilməlidir.

3. Açıq pnevmopressiya zamanı bağırsaqdaxili təzyiq 100 mm Hg -dən çox olmadığı üçün təhlükəsizdir.

4. Xəstənin ümumi vəziyyəti stabil olduqda pnevmopressiya 15-20 dəq fasilə ilə 2-3 dəfə təkrar oluna bilər. Pnevmpressiyanın optimal müddəti 1-2 dəqiqədir.

5. Pnevmoirriqoskopiya zamanı havanın nazik bağırsağ ilgəklərini doldurması konservativ üsulun müvəffəqiyyətli olduğunu göstərir. Şübhəli hallarda diaqnostik laparoskopiyaya pnevmopressiyanın nəticəsinə tam nəzarət etməyə imkan verir.

6. Qeyri-invaziv üsullarla diaqnoz müəyyənləşməsində çətinlik törəndiyi bütün hallar, konservativ üsulun müvəffəqiyyətsizliyi diaqnostik laparoskopiyaya göstərişdir. Bu zaman aşkar edilmiş invaginatın nekrozu olmayan bütün hallarda laparoskopik dezinvaginasiyaya cəhd edilməsi göstəridir.

7. Xəstədə peritonit, ürək və tənəffüs çatmamazlığı əlamətlərinin, qarının çox köp olması, laparoskopiyaya zamanı invaginatın nekrozunun müəyyən edilməsi, dezinvaginasiyadan sonra laparoskopik korreksiyası mümkün olmayan patologiyanın aşkar edilməsi açıq cərrahi əməliyyata göstərişdir.

8. Təklif edilmiş müalicə protokolu uşaqlarda bağırsağ invaginasiyası diaqnozu müəyyən edilmiş xəstələrin 35,7%-nin cərrahi əməliyyatsız müalicə etməyə və son 10 il müddətində letallığı 10 dəfə azaltmağa imkan vermişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Пашаев Н. А. Врачебная тактика при инвагинации кишечника у детей. // В кн. "Патологические процессы и методы их коррекции. Баку, 1998, с. 59-60.

2. Кулиев Ч. Б., Пашаев Н. А. Пути улучшения диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей. // Здоровье, Баку, 1999, 5, с.3-5.

3. Mammadov AM, Baghirova MG, Habibli RT. Invagination in children and its treatment. // Sixth world congress of pediatrics. Баку, 2006, р 97.

4. Meier D. E; Coln C. D; Rescorla F. J; Ola Olorun A; Tarpley J. L.. Intussusception in children: international perspective. // World. J.Surg. 1996 Oct; 20 (8), 1035-9;

5. Агаев Г.Х., Поладов Г.А. Инвагинация кишечника у детей. Баку, 2003

6. Arnold G. Coranetal. Pediatric surgery. 2012. 7th Ed, p.1093-1110.

7. George W. Holcomb III, J. Patrick Murphy, Daniel J. Ostlie, Ashcraft`s Pediatric surgery. 5th Ed. 2014. p. 531-538.

8. Бабашев Б.С., Мустафаев А.М., Кулиев Ч.Б., Фарзане Ф.Г., Салманов С.Г., Гасанов Ф.В., Улукханов А.Н.. Инвагинация кишечника у детей, пути улучшения диагностики и результатов лечения. // Вопросы кишечной непроходимости. Сборник научных трудов АМИ им. Н. Нариманова. Баку, 1985, с. 55-61.

9. Агаев Г.Х. «Инвагинация кишечника у детей». Дис. Д-ра мед. наук Г.Х.Агаев. Москва, 2000. - 213с.

10. Paediatric Surgery: A Comprehensive Text for Africa. Emmanuel A. Ameh et all. Seattle, WA, USA. 2011. p.404-411

SUMMARY

OUR EXPERIENCE IN MANAGEMENT OF THE INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN.

G. Kh. Aghayev.

Scientific Research Institute of Pediatrics (Baku, Azerbaijan).

Key words: *Idiopathic intussusception, children.*

The Idiopathic intussusception is one of the most common causes of bowel obstruction in infants and childhood. Choice of the treatment method of this disease is important factor influencing mortality rate ranges till 17.7%. Author analyzed a database of 126 patients managed for the intussusception. Different methods and approaches used for there treatment including non-operative, laparoscopic and surgical manners based on the diagnostic and treatment protokol. Early diaqnosis, wide application of noninvasive and minimally invasive methods in treatment of the patients with intussusception results in considerable reduction in mortality and morbidity. The aim of this paper is to review of the results of management in patients with intussusception, and the impact of these protocol on mortality and morbidity.

РЕЗЮМЕ.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.

Г.Х. Агаев.

Научно-Исследовательский Институт Педиатрии (Баку, Азербайджан)

В статье автор анализирует данные лечения 126 больных детей с инвагинацией кишечника. Анализ этих данных показал, что расширение показаний к применению метода консервативного расправления и внедрение малоинвазивного лапароскопического метода, основанное на предложенный протокол диагностики и лечения инвагинацией кишечника позволило существенно снизить летальность и улучшить результаты лечения.