

3. Superina R. Correction of extrahepatic portal vein thrombosis by the mesenteric to left portal vein bypass // R. Superina, D.A. Bambini, J. Locar et al. // Ann. Surg. – 2006, Apr. – Vol/ 243, N4. – P. 515–521.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОНОГРАФИИ**

**Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Казаков А.Н.,  
Бревдо Ю.Ф., Марченко А.А.**

*ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь*

Инвагинация кишечника является самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей (1,5–4% на 1000 детей) и может возникать в любом возрасте [1]. Чаше инвагинация кишечника встречается в возрасте от 4 до 9 месяцев (85–90% случаев). Этиопатогенез данного заболевания по-прежнему изучен недостаточно. Среди вероятных факторов риска предполагается нарушение вскармливания, мезаденопатия, бактериальная и вирусная инфекция. У детей старше года сравнительно часто наблюдают механические причины инвагинации (полипы, дивертикулы, опухоли кишечной стенки) [2]. Диагностика типичной илеоцекальной инвагинации кишечника как правило не вызывает затруднений. Основными симптомами являются приступообразные боли в животе, рвота, пальпируемое образование в животе и кровянистые выделения из прямой кишки. Г. Мондор (1937) утверждал, что у ребенка с инвагинацией кишечника «диагноз можно поставить по телефону» [3]. Наиболее безопасным и специфичным методом является УЗИ, т.к. практически в 100% случаев диагноз подтверждается сонографически при визуализации типичных признаков – симптома «мишени» и «псевдопочки» [5].

**Цель** – выявить предрасполагающие факторы возникновения инвагинации кишечника (ИК) у детей, выбрать наиболее безопасный вид консервативной дезинвагинации.

**Материал и методы исследования.** С 2005 г. по 2015 г. на базе ГБУЗ ДОКБ Тверской области пролечено 96 детей с ИК в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. До 2013 года диагноз устанавливался на основании жалоб, данных анамнеза, клинической картины и пневмоколоноскопии, рентгенологического метода, который помогает распознать инвагинацию и ликвидировать ее одновременно. Пневмоколоноскопия (пневмодезинвагинация) выполнялась с использованием рентгеноскопии. Данный метод имеет существенные недостатки: сопряжен с лучевой нагрузкой для ребенка и медицинского персонала, участвующего в процессе диагностики и лечения; лишен возможности визуализации состояния инвагината и ор-

ганических причин его вызвавших; отсутствуют достоверные критерии расправления кишечного внедрения; требует после дезинвагинации дополнительного рентгенологического контроля за пассажем бариевой взвеси по кишечнику. С 2014 г. в практику ДОКБ внедрена круглосуточная сонография и гидростатическая дезинвагинация под контролем УЗИ, которое позволяет установить диагноз кишечного внедрения практически в 100 % случаев. При этом имеется возможность определить с помощью доплерографии нарушение кровотока инвагината, наличие свободной жидкости в брюшной полости и выявить органические причины заболевания (образования, лимфоаденопатию). Гидрэхоколоноскопию (ГЭС) проводим всем детям с подтвержденным сонографически диагнозом ИК. Метод эффективен, безопасен и позволяет контролировать все этапы дезинвагинации в режиме реального времени и проводить мониторинг состояния кишечника и брыжеечных лимфатических узлов после расправления кишечного внедрения [4].

**Результаты и их обсуждение.** В группе пролеченных детей с 2005 по 2013 г. (n=71) дезинвагинация с помощью пневмоколоноскопии была эффективной у 42 детей (54%). Лапароскопическая дезинвагинация выполнена 7 (9%) пациентам, лапаротомия – 22 (37%) детям, при этом у 13 (18%) из них отсутствовали признаки некроза кишки, выявлена мезаденопатия и пневмоколоноскопия оказалась безуспешной после нескольких попыток.

В другой группе детей (n=25), где с 2014 года использовалась ГЭС, консервативное расправление кишечного внедрения успешно выполнено 21 (84)% пациенту, при этом у всех детей сонографически визуализирована мезаденопатия. Лапароскопическая дезинвагинация произведена 1 ребенку, у которого при УЗИ с доплерографией отсутствовал кровоток в инвагинате. Лапаротомия осуществлена 3 (12%) пациентам; обнаружены органические факторы (полипы, аденомы), вызвавшие инвагинацию. После консервативной дезинвагинации с помощью пневмоколоноскопии было 1 осложнение в виде перфорации поперечно-ободочной кишки. При использовании гидроэхоколоноскопии осложнений не отмечено.

До 2014 г. в послеоперационном периоде наблюдалось 2 смертельных исхода, причины которых не были связаны с основным заболеванием.

**Выводы.** Мезаденопатия является основным предрасполагающим фактором возникновения кишечного внедрения. ГЭС должна стать методом выбора в лечении детей с ИК в связи с эффективностью, высокой информативностью и безопасностью для ребенка и персонала. При необходимости хирургического вмешательства показана лапароскопия, при перитоните – лапаротомия.

## Литература:

1. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. – М.: ГОЭТАР–Мед, В 2–х томах. 2004; Т.1; 341 с.
2. Подкаменев В.В. Новая концепция патогенеза инвагинации кишок у детей. Детская хирургия. 2011; 1: 45–47.
3. Подкаменев В.В., Урусов В.А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей. – Иркутск: Изд–во Иркут. ун–та, 1986; 57 с.
4. Яницкая М.Ю., Голованов Я.С. Распирвление инвагинации кишечника у детей методом гидроэхоколоноскопии. Детская хирургия. 2013; 1: 28–30.
5. Lee H.C., Yeh H.J., Leu Y J. Intussusception: the sonographic diagnosis and its clinical value. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1989; Apr; 8(3): 343–347.

## АТИПИЧНОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

**Русак П.С., Рыбальченко В.Ф., Стахов В.В., Шевчук Д.В.**

*Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика, Киев*

*Житомирская областная детская клиническая больница, Житомир*

**Введение.** Многообразие клинических проявлений инвагинации кишечника (ИК), а иногда и ее атипичное течение приводят к высокому проценту диагностических ошибок. Поэтому вопросы диагностики и лечения ИК у детей всех возрастных групп до сих пор остаются одними из самых актуальных в детской хирургии.

**Цель** – исследование типичности клиники инвагинации кишечника у детей.

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось на основании ретроспективного анализа лечения 170 пациентов с инвагинацией в хирургическом отделении Житомирской областной детской клинической больницы за десятилетний период времени. Возраст пациентов колебался от 3-х месяцев до 8 лет. Основную группу составляли дети в возрасте до 12 месяцев – 121 (71,18%), дети после года – 49 (28,82%). Среди больных было: мальчиков – 101 (59,41%), девочек – 69 (40,59%). До 12 часов после начала заболевания госпитализированы 49 (28,82%) пациентов, с 12 до 24 часов – 68 (40,0%). 43 (25,29%) пациента обратились за медицинской помощью в период 24–48 часов после появления первых симптомов. 10 (5,89%) пациентов госпитализированы с длительностью заболевания более 48 часов.

Пациентам с подозрением на инвагинацию кишечника проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Однако отсутствие четких эхографических симптомов отмечено в 37 (21,76%) случаях.