

**УДК 616.34 007.44 053 08**

**Мамажанов Умиджон Шокирович, старший преподаватель.,**

**Халилов Шукурилло Кучкарбаевич, ассистент**

**Кафедра детской хирургии**

**Андижанский государственный медицинский институт**

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

**Резюме:** Инвагинация кишечника является самым частым видом приобретенной кишечной непроходимости у детей, при этом в абсолютном большинстве данная патология встречается у пациентов грудного возраста. Инвагинация кишечника относится к смешанной форме механической непроходимости (сочетание обтурации и странгуляции).

К данной патологии приводит дискоординация кишечной перистальтики с образованием участков спазма, что способствует внедрению одного участка кишечника в другой, при этом чаще внедрение происходит по ходу перистальтики.

У детей грудного возраста эта патология развивается на фоне анатомо-физиологических особенностей, к которым относятся подвижность подвздошной и слепой кишки, незрелость Баугиниевой заслонки. Именно с этими особенностями связано то, что инвагинация у детей до года чаще всего развивается в области илеоцекального угла. Кроме того, развитию данной патологии способствует возрастная физиологическая незрелость ферментативного аппарата кишечника.

Значительная роль в возникновении инвагинации принадлежит нарушению режима вскармливания ребенка и факторам, способствующим изменению перистальтики кишечника – кишечным инфекциям.

**Ключевые слова:** инвагинация кишечника, хирургическая лечения, детской возраст.

# DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN

*Mamazhanov Umidjon Shokovich, senior lecturer.,*

*Khalilov Shukurillo Kuchkarbaevich, assistant*

*Department of Pediatric Surgery*

*Andijan State Medical Institute*

**Resume:** Intestinal intussusception is the most common type of acquired intestinal obstruction in children, while in the absolute majority this pathology occurs in infants. Intestinal intussusception refers to a mixed form of mechanical obstruction (a combination of obturation and strangulation).

This pathology is caused by discoordination of intestinal peristalsis with the formation of spasm sites, which contributes to the introduction of one part of the intestine into another, while more often the introduction occurs during peristalsis.

In infants, this pathology develops against the background of anatomical and physiological features, which include mobility of the ileum and cecum, immaturity of the Bauginia flap. It is due to these features that invagination in children under one year of age most often develops in the area of the ileocecal angle. In addition, age-related physiological immaturity of the intestinal enzymatic apparatus contributes to the development of this pathology.

A significant role in the occurrence of intussusception belongs to the violation of the feeding regime of the child and factors contributing to changes in intestinal peristalsis - intestinal infections.

**Keywords:** intestinal intussusception, surgical treatment, children's age.

**Актуальность.** Ещё в начале 20 века инвагинация у детей считалась редкой и настолько опасной патологией, что некоторые хирурги предлагали воздержаться от операции и дождаться отторжения омертвевшего инвагината через прямую кишку[2]. Консервативное

лечение было примитивным и заключалось в нагнетании в прямую кишку воздуха, введении газообразующих порошков и даже бужей вне зависимости от возраста больного и давности заболевания[5].

В последующие годы интерес к данной патологии у детей естественно возрастал. В публикациях зарубежных и отечественных хирургов проводился анализ результатов лечения значительного количества больных. Во всех работах отечественных и зарубежных авторов обращалось внимание на более частое возникновение инвагинации у детей грудного возраста[1].

В связи с этим многие анатомы, физиологи и патофизиологи досконально изучили особенности строения и функции всех отделов пищеварительного тракта ребёнка, изложив свои данные в монографиях, диссертациях и статьях[3].

Они показали многогранность этиологии и патогенеза инвагинации у детей различного возраста. Эти источники информации, их количество и объём не реально предлагать студентам для подготовки к занятиям по теме инвагинация кишечника у детей. В тоже время знакомство с их сутью и выводами необходимо педиатрам, а иногда и взрослым хирургам для первичной диагностики данного вида кишечной непроходимости, так как эти специалисты нередко являются врачами первого контакта с заболевшим ребёнком[2].

От них зависит своевременное направление больного в специализированное детское хирургическое отделение для постановки окончательного диагноза и определения способа лечения данной патологии. Учитывая это, считаем целесообразным изложить в одном учебном пособии, в доступной для студентов форме возрастные, анатомические и физиологические особенности кишечника у детей, способствующие внедрению проксимального участка кишки в дистальный,

обратив особое внимание на строение и функцию илеоцекального угла, в котором чаще всего и возникают различные виды инвагинации[4].

Взяв за основу краткое изложение данных об инвагинации в учебнике и методических рекомендациях ассоциации детских хирургов, дополнить их сведениями о клинических особенностях проявления и диагностике атипичных форм инвагинации[3].

Для клинических ординаторов и детских хирургов предложить разработанные в нашей клинике методики лечения тяжёлых, запущенных форм инвагинации у детей[5].

**Цель исследования.** Цель настоящего исследования – анализ результатов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей.

**Материал и методы исследования.** В основу работы включен анализ наблюдений за 38 детьми с инвагинацией кишечника в возрасте от 4 месяцев до 7 лет включительно, находящихся на лечении в хирургическом отделении АОМПДБ с 2020 по 2021 год. Мальчиков было 21, девочек – 17. Наиболее часто инвагинация развивалась у детей до 1 года (24 человека, 58,0%).

При сборе анамнеза выявлено наличие погрешности в питании у 5 детей (12,4%). В 2 (6%) наблюдениях инвагинация развилась на фоне острой респираторной инфекции, у 3 (7,5%) пациентов – на фоне кишечной инфекции.

Клинические проявления кишечной инвагинации практически во всех наблюдениях были ярко выраженными.

Приступообразные боли в животе, которые выражались периодическим беспокойством, отмечались у 37 (99%) пациентов. Приступы болей длились от 5 до 15 минут. Промежутки времени между приступами были равны 10–20 минутам. У 30 (83%) больных наблюдалась повторяющаяся рвота, в начале заболевания – содержимым желудка, затем – с примесью желчи, у 11 пациентов отмечалась рвота застойным

содержимым. В 8 наблюдениях (22%) отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных значений. У 6 (12%) больных наблюдалось выделение крови из заднего прохода, причем у большинства – в виде «малинового желе».

При поступлении в детское хирургическое отделение состояние 5 детей (11,7%) было расценено как удовлетворительное, у 29 (79,0%) – средней тяжести. 4 (10,1%) пациентов поступили в стационар в тяжелом состоянии. Тяжелое состояние отмечено у детей, поступивших в стационар в сроки от начала заболевания более 48 часов.

Вздутие живота определялось у 29,8%. Инвагинат пальпировался в виде опухолевидного подвижного, цилиндрической формы, умеренно болезненного образования в 57,8%. Наличие симптома Данса отмечено в истории болезни 89 детей (23%). У 90,6% больных живот при пальпации был мягким, у 9,4% детей определялось напряжение мышц передней брюшной стенки.

В общем анализе крови у 31 ребенка количество лейкоцитов не превышало  $10,0 \times 10^9/\text{л}$ , у 21 пациента отмечался лейкоцитоз от 12,0 до  $15,0 \times 10^9/\text{л}$ , в 4 наблюдениях – от 16,0 до  $25,0 \times 10^9/\text{л}$  (эти дети поступили в стационар позже 48 часов от начала заболевания, при этом 3 больных из них поступили позже 72 часов).

Всем наблюдаемым детям выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 31 пациентам (81%) ультразвуковое исследование было дополнено рентгенологическим – ирригографией.

Консервативная дезинвагинация проводится в операционной под общим обезболиванием. Перед манипуляцией необходимо произвести пальпацию живота для определения инвагината. Затем в прямую кишку пациента вводится интубационная трубка, после чего раздувается манжетка с целью создания герметизма во время нагнетания в кишку воздуха.

С помощью баллона Ричардсона начинается нагнетание воздуха, при этом отслеживается поступление воздуха в толстую кишку: в начале наблюдается асимметрия живота при прохождении воздуха до инвагината, при дальнейшем нагнетании воздуха при условии расправления инвагината живот становится симметричным в связи с прохождением воздуха в проксимальные отделы кишечника. В это время пальпаторно инвагинат перестает определяться. Затем от трубки отсоединяется баллон Ричардсона для удаления избыточного воздуха из кишечника. Ребенок помещается в палату. После полного пробуждения пациента выполняется обзорная рентгенография брюшной полости, на которой отмечается наличие газа как в толстой, так и в тонкой кишке.

Дезинвагинация из лапароскопического доступа выполнена в 8 наблюдениях: в 10 выполнена только дезинвагинация, а у 20 детей дезинвагинация сочеталась с аппендэктомией. У этих пациентов червеобразный отросток был вовлечен в инвагинат.

В 3 наблюдениях не удалось выполнить дезинвагинацию из лапароскопического доступа из протяженности инвагината и выраженного отека кишки. Этим больным произведена лапаротомия с последующей дезинвагинацией.

15 детей оперированы с использованием лапаротомного доступа (доступ Волковича-Дьяконова). У 11 пациентов из них произведена дезинвагинация и аппендэктомия, в 4 наблюдениях выполнена дезинвагинация.

4 детей, поступившие в сроки более 72 часов от начала заболевания в тяжелом состоянии, после предоперационной подготовки оперированы из лапароскопического доступа. Выявлена подвздошноободочная инвагинация. После дезинвагинации диагностирован некроз подвздошной кишки. Произведена конверсия в срединную лапаротомию, резекция подвздошной кишки с наложением анастомоза «конец в конец».

У двух пациентов после дезинвагинации, выполненной из разреза по Волковичу-Дьяконову, обнаружено, что причиной патологии являлся дивертикул Меккеля. Произведено удаление дивертикула посредством клиновидной резекции подвздошной кишки с наложением анастомоза.

Летальных исходов при инвагинации кишечника не наблюдалось. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

**Вывод..** В диагностике инвагинации кишечника у детей, кроме клинической картины, важное значение имеют ультразвуковое и рентгенологическое исследования.

Абсолютное большинство детей с данной патологией при своевременном поступлении в хирургический стационар могут быть вылечены консервативно.

Органическая патология кишечника является достаточно редкой причиной инвагинации кишечника.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.
2. Барская М.А. Диагностика и лечение приобретенной кишечной непроходимости у детей: учебное пособие для студентов мед. вузов / Федеральное агентство по образованию; Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию; Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Самарский гос. мед. ун-т». - Самара, 2005. - С. 107.
3. Гераськин А.В. Инвагинация кишечника у детей / А.В. Гераськин, А.Ф. Дронов // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2009. - № 1. - С. 25.

4. Исаков Ю.Ф. Кишечная инвагинация / Ю.Ф. Исаков, А.Ф. Дронов // Детская хирургия. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 298-392.
5. Юсуфов А.А. Ультразвуковая диагностика инвагинации кишечника / А.А. Юсуфов, Г.Н. Румянцева, В.Н. Карташев // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2009. - Т. 13. - № 1. - С. 99.