

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭХОГРАФИИ

Казаков А.Н.<sup>1</sup>, Румянцева Г.Н.<sup>2</sup>, Бревдо Ю.Ф.<sup>1</sup>, Петруничев В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Детская областная клиническая больница, Тверь

<sup>2</sup> Тверской государственный медицинский университет, Тверь

**Введение.** Проблема выбора метода лечения инвагинации кишечника, как самого распространенного вида непроходимости, не теряет своей актуальности. Имеются различные варианты неоперативного расправления кишечного внедрения, при выборе которых в настоящее время приоритетными качествами должны быть высокая эффективность, доступность, безопасность для ребенка и медицинского персонала. Эхография в диагностике и лечении инвагинации кишечника занимает ведущие позиции, что позволяет улучшить результаты лечения детей с кишечным внедрением.

**Цель исследования.** Анализ результатов лечения инвагинации кишечника (ИК) с использованием гидроэхоколоноскопии (ГЭС).

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения ИК с применением ГЭС у 81 ребенка за период с 2014 г. по 2021 г. на базе ГБУЗ ДОКБ г. Твери в возрасте от 3 мес. до 12 лет. Мальчиков было 53 (65,4%), девочек — 28 (34,6%). Среднее время с момента заболевания до поступления в стационар составило 16 часов, максимальное — 63 часа. Инвагинация преимущественно была илеоцекальная, в одном (1,2%) случае — тонкокишечная.

**Результаты.** Во всех случаях диагноз ИК подтверждался эхографически, при визуализации патогномичных симптомов «мишени» и «псевдопочки». Чаще инвагинат лоцировался в правом подреберье — у 51 (62,9%) детей, реже в правом мезогастрii — у 14 (17,3%) пациентов, в левом подреберье — у 9 (11,2%) и в 7 (8,6%) случае в левом мезогастрii. У одного (1,2%) ребенка с тонкокишечной ИК подвижный инвагинат визуализировался в окологупочной области. Левосторонняя локализация инвагината свидетельствовала о длительности заболевания более 24 часов. Проводилась эхографическая характеристика инвагината, при которой измерялся диаметр и ширина периферической части, оценивалась выраженность слоев, четкость наружного контура, степень эхогенности центральной зоны инвагинатов, наличие образований, а также определение кровотока кишечной стенки методом цветового доплеровского картирования. Из 80 детей с илеоцекальной ИК, которым была выполнена ГЭС, успешное расправление ИК достигнуто у 76 (93,8%) детей. У 5 (6,2%) детей расправить инвагинат не удалось. У 4 детей инвагинат расправлен частично, в области илеоцекального угла при эхографии выявлены образования. Гистологическое исследование выявило у двух детей аденому и кистому, у двух — удвоение кишки и увеличенные мезентериальные лимфоузлы, локализующиеся близ илеоцекального угла. В другом случае 2-кратная попытка методом ГЭС оказалась неэффективной: при лапароскопической дезинвагинации во время тракции по оси возник риск повреждения кишки; выполнена конверсия из правостороннего параректального доступа, из-за выраженного отека с техническими трудностями произведена дезинвагинация, кишка признана жизнеспособной; длительность заболевания в данном случае составляла 63 часа. У 3 детей в возрасте до 2 лет возникли рецидивы инвагинации: из них у двоих рецидивы произошли через полгода после дезинвагинации, у 1 ребенка рецидив повторился дважды — через 3 месяца и через 1 сутки. Во всех случаях дезинвагинация выполнялась методом ГЭС. Большинство инвагинатов расправлено легко, с первой попытки. Только в 3 (3,7%) случаях потребовалось повторное введение раствора из-за жесткого ущемления инвагината в области баугиниевой заслонки.

**Заключение.** Эхография позволяет достоверно установить диагноз и объективно охарактеризовать состояние инвагината, а также обнаружить причину кишечного внедрения (мезентериальный лимфаденит, органическую патологию и т.д.), что в последующем определяет лечебную тактику. К преимуществам ГЭС относится полная визуализация в режиме реального времени всех этапов расправления кишечного внедрения и отсутствие лучевой нагрузки. Метод технически прост, неинвазивен и безопасен.