

## ПОДВИЖНЫЙ ИЛЕОЦЕКАЛЬНЫЙ УГОЛ КАК ПРИЧИНА ИНВАГИНАЦИИ У МЛАДЕНЦЕВ

Антоненко Ф.Ф.<sup>1</sup>, Марухно Н.И.<sup>2</sup>, Иванова С.В.<sup>3</sup>, Кравцов Ю.А.<sup>2</sup>, Сичинава З.А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Российский научный центр рентгенодиагностики, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия;

<sup>3</sup> Московский областной медицинский колледж, Люберецкий филиал, Москва, Россия;

<sup>4</sup> Краевой клинический центр охраны материнства и детства, Красноярск, Россия

**Обоснование.** Известно, что самая частая инвагинация у детей — илеоцекальная, слепободочная в возрасте 4–6 мес. Однако причины ее остаются не до конца изученными и вызывают научно-практический интерес.

**Цель:** изучить особенности анатомии илеоцекального угла при инвагинации у детей грудного возраста.

**Методы.** Проведены топометрические измерения илеоцекального угла после консервативной ручной дезинвагинации в операционной ране у 9 детей в возрасте 4–6 мес. Измеряли угол отхождения подвздошной кишки от слепой, длину свободного свисания купола слепой кишки от подвздошной ямки и подвижность комплекса слепой кишки и илеоцекального угла.

**Результаты.** У всех 9 пациентов обнаружено, что угол впадения подвздошной кишки в слепую более 90°, колеблется от 120° до 160° и в среднем составил 140,8°. Купол слепой кишки у всех оказался не фиксированным и свисал над подвздошной ямкой в среднем на 4–8 см, а у одного пациента на 14 см. Комплекс илеоцекального угла у всех пациентов был мобильным и имел возможность отклоняться маятникообразно медиально на 10–16 см, латерально — на 6–11 см.

**Обсуждение.** Результаты позволяют считать, что одна из причин внедрения подвздошной кишки в слепую — порок развития илеоцекального угла у детей. В частности, тупой угол впадения подвздошной кишки в слепую (>90°), удлиненный купол слепой кишки, что делает его свисающим вниз и не фиксированным в подвздошной ямке. Эти изменения включают в себя также удлиненную брыжейку илеоцекального угла и сосудов в ней, что создает возможность маятникообразной подвижности всего илеоцекального комплекса. Полагаем, что установленные анатомические изменения способствуют образованию слепободочной инвагинации, при которой илеоцекальный угол оказывается в подпеченочной области или в поперечно-ободочной кишке, иногда в сигмовидной или даже «рождение» инвагината. Такая анатомическая подвижность объясняет клинически длительную жизнеспособность инвагината (от 24 до 48 ч) и «легкую» дезинвагинацию всеми способами (воздух, вода, лапароскопически, на операции). На практике, при резекции илеоцекального угла, при инвагинации мы констатируем, что его подвижность способствует более «легкому» выделению резецируемого комплекса. Кроме того, нередко после резекции слепой кишки она оказывается анатомически в правом боковом канале или даже в подвздошной ямке.

**Заключение.** Таким образом, мы полагаем, что вышеописанная причина является в патогенезе илеоцекальной инвагинации одним из обязательных факторов его возникновения.

**Ключевые слова:** инвагинация; дети; илеоцекальный угол; подвижная слепая кишка.