

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Румянцева Г.Н.¹, Казаков А.Н.², Бревдо Ю.Ф.², Светлов В.В.², Трухачев С.В.¹

¹ Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

² Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия

Обоснование. Инвагинация у детей является наиболее распространенной приобретенной формой кишечной непроходимости, выбор лечебной тактики при которой далек от унификации. Представлен опыт лечения 89 пациентов с инвагинацией кишечника (ИК). Эхография использовалась в качестве диагностики и контроля гидростатической дезинвагинации (гидроэзоколоноскопии, ГЭС). Осложнений после применения ГЭС не отмечено. Подавляющее большинство оперированных пациентом имело органическую патологию, спровоцировавшую кишечное внедрение.

Цель: выбор оптимальной лечебной тактики у детей с инвагинацией кишечника.

Методы. Проведен анализ результатов лечения 89 детей с ИК в ГБУЗ ДОКБ Твери с 2014 по 2022 г. в возрасте от 1 мес. до 12 лет. Мальчиков было 56 (62,9 %), девочек — 28 (37,1 %). Среднее время с момента заболевания до поступления в стационар составило 15,7 ч. Инвагинация преимущественно была илеоцекальная, в одном (1,1 %) случае — тонкокишечная.

Результаты. Всем детям с подозрением на инвагинацию проводилась эхография, при выявлении инвагината определялась его локализация, 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 ЦДК. Чаще инвагинат лоцировался в правом подреберье — у 56 (62,9 %) детей, реже в правом мезогастррии — у 16 (17,9 %), в левом подреберье — у 9 (10,1 %), в 7 (7,9 %) случаях — в левом мезогастррии. У одного (1,1 %) ребенка с тонкокишечной ИК подвижный инвагинат визуализировался в околопупочной области. Левосторонняя локализация инвагината свидетельствовала о длительности заболевания более 24 ч. Из 86 детей с илеоцекальной ИК, которым была выполнена ГЭС, успешное расправление ИК достигнуто у 80 (93,1 %) детей. У 6 (6,7 %) детей полностью расправить инвагинат не удалось, произведена ликвидация непроходимости из лапаротомного доступа, гистологическое исследование выявило у этих пациентов 2 аденомы, удвоение кишки, дивертикул Меккеля, кистому брыжейки и гиперплазированные лимфоузлы. У 3 пациентов с эхографически обнаруженной органической патологией (полип тощей кишки и 2 кистозных дубликации) ГЭС не проводилась и дети прооперированы. Диагностическая лапароскопия применялась у ребенка с тонкокишечной инвагинацией и в случае, где 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 ч. У 4 детей в возрасте до 2 лет возникли рецидивы инвагинации: из них у 3 рецидивы произошли в сроки от 6 до 9 мес. после дезинвагинации, у 1 ребенка рецидив повторился дважды — через 3 мес. и через 1 сут. Во всех случаях дезинвагинация выполнялась методом ГЭС. Большинство инвагинатов расправлены легко, с первой попытки. Только в 3 (3,4 %) случаях, потребовалось повторное введение раствора из-за жесткого ущемления инвагината в области баугиниевой заслонки.

Заключение. Эхография служит приоритетным методом диагностики, позволяющим достоверно выявить, оценить инвагинат, а также обнаружить причину кишечного внедрения (органическую патологию), что в последующем определяет выбор лечебной тактики. ГЭС является оптимальным и безопасным способом неоперативной дезинвагинации. При неэффективной ГЭС показана лапаротомия. Лапароскопию следует использовать с диагностической целью в затруднительных случаях.

Ключевые слова: инвагинация кишечника; УЗИ; гидроэзоколоноскопия; дети.