

## ДИАГНОСТИКА ИНВАГИНАЦИЙ КИШЕЧНИКА ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Котлубаев Р.С.<sup>1</sup>, Гуськов А.О.<sup>1,2</sup>, Фролова Е.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия;

<sup>2</sup> Оренбургская областная детская клиническая больница, Оренбург, Россия

**Обоснование.** Инвагинация кишечника является самой частой причиной приобретенной кишечной непроходимости у детей раннего возраста. Все шире используется УЗ-исследование брюшной полости, при котором можно выявить не только инвагинат, но и топически его локализовать, оценить состояние петель кишечника, вовлеченных в процесс, а также выявить осложнения.

**Цель:** оценка эффективности использования рентгенологического и ультразвукового методов диагностики.

**Материалы и методы.** За последние 5 лет в Центре детской хирургии Оренбурга пролечено 152 ребенка с инвагинацией кишечника, среди которых более 20 % составляли дети старше 1 года и время от начала заболевания более 12 ч было отмечено у 70 % больных. Диагностика инвагинации производилась на основании характерных жалоб, анамнестических данных, а также оценки физических и инструментальных методов исследования. Основным объективным признаком инвагинации кишечника — обнаружение при пальпации объемного образования брюшной полости — был выявлен у 110 детей, тогда как у остальных для выявления данного признака потребовалось состояние медикаментозного сна ребенка. Всем детям проводились обзорная рентгенография и ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

**Результаты.** При проведении обзорной рентгенографии у трети пациентов имели место рентгенологические признаки кишечной непроходимости — чаши Клойбера, у 2/3 случаев рентгенологические признаки заключались во вздутии живота, без явлений непроходимости.

При проведении УЗ-исследования у 100 % детей выявлен инвагинат. Увеличение стенки кишки в инвагинате отмечено у 120 детей (79 %). Отсутствие перистальтики кишки в инвагинате — у 53 (35 %). Снижение интенсивности кровотока в структуре инвагината — у 52 детей (34 %). Увеличение лимфоузлов брыжейки отмечено у 108 детей (71 %). Надо отметить, что полученные данные при УЗ-обследовании зоны патологии позволяли считать головку инвагината жизнеспособной в сроки более чем 12 ч от начала заболевания, что позволило расширить показания к проведению консервативного лечения.

**Заключение.** УЗ-исследование органов брюшной полости имеет преимущество в диагностике инвагинации кишечника в сравнении с рентгенологическим методом исследования. Возраст пациентов старше 1 года и время более 12 ч от начала заболевания не должны служить противопоказанием для использования консервативной дезинвагинации.

**Ключевые слова:** инвагинация кишечника; ультразвуковая диагностика; рентгенодиагностика.