

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДВЗДОШНО-ОБОДОЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

***Севковский А.И., Аверин В.И., Севковский И.А., Колесников Э.М.***  
*УО Белорусский государственный медицинский университет*  
*ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»,*  
*г. Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Инвагинация кишечника относится к наиболее частым видам приобретенной механической кишечной непроходимости, по нашим данным составляющая 3,1 % от всех urgentных больных хирургического стационара. Благодаря внедрению новым методикам диагностики, консервативного и оперативного лечения инвагинации достигнута ликвидация летальности. Наряду с классическими признаками заболевания (схваткообразная шокирующая боль, наличие опухоли в брюшной полости, слизь и кровь в стуле, клинические и рентгенологические признаки кишечной непроходимости) за последние годы в течение заболевания, его возрастной структуре отмечаются достаточно отчетливые изменения. Раньше, 10-15 лет назад, до 95% больных с инвагинацией составляла группа детей до 1 года, у которых заболевание формировалось в младенческом возрасте, преимущественно 6-9 месяцев, сто совпадало с периодом изменения режима кормления. Рецидивы заболевания наблюдались исключительно редко и служили показанием к оперативному лечению с целью выявления причины непроходимости.

В наше время среди больных инвагинацией произошли изменения, касающейся возрастной структуры, некоторых особенностей клинического течения, появилась отчетливая тенденция к рецидивам заболевания.

**Цель.** Изучить особенности течения подвздошно-ободочной инвагинации у детей разных возрастных групп, частоту заболевания в зависимости от возраста, частоту рецидивов заболевания.

**Материалы и методы.** Изучены карты стационарных пациентов и признаки заболевания подвздошно-ободочной инвагинацией за 6 лет (2018-2022г.г.) в группе из 417 детей: мальчиков было – 258, девочек – 159. Дети до 1 года составили 17%, группа детей до 3-х лет составила 68%, у детей 4-7-ми лет инвагинация наблюдалась в 14% случаев, у более старших детей в 4% случаев. Таким образом, одной из особенностей инвагинации в последние годы является её смещение по возрасту в группу детей раннего и дошкольного возраста. По-нашему мнению это связано с изменением характера питания с употреблением продуктов, несвойственных нашей географической зоне, а также разнообразных химических добавок к пищевым продуктам.

**Результаты и их обсуждения.** Выявлено, что одной из особенностей инвагинации на современном этапе является снижение её частоты в группе больных детей до года с 95% до 17% наряду с повышением частоты в группе детей с 1 года до 3-х лет повышение составило до 65%.

Второй особенностью подвздошно-ободочной инвагинации в настоящее время является её склонность к рецидивированию, составившая 8,6% от общего числа больных. Из отмеченных 36 рецидивов - у одного ребенка их было 6, у десяти - 3, у девяти - 2, и у шестнадцати - 1. У большей части больных с рецидивом инвагинации удавалось расправить её консервативно, оперировано немногим более трети пациентов.

Третьей особенностью является несколько измененная клиническая картина: вместо шокирующих приступообразных болей со «светлыми» промежутками наблюдалось лишь двигательное беспокойство, вялость, периодически, как отмечают родители, ребенок слабел, бледнел, не поднимается с постели. В этой ситуации важное значение имеет оценка бледности кожного покрова ребенка, как следствия шоковой реакции не только на боль, а из-за поступающей патологической импульсации из нервных структур брюшной полости. Следует иметь в виду, что бледность кожного покрова является тревожным и важным признаком инвагинации в случаях неотчетливой клинической картины во время осмотра пациента. Это следует учитывать в случаях, когда отчетливые признаки инвагинации отсутствуют.

Применение сонографического исследования у всех детей с болями в животе позволяет до минимума снизить ошибки при диагностике инвагинации. Основным методом лечения подвздошно-ободочной инвагинации является гидростатическая дезинвагинация, проведенная у 417 больных. В большинстве случаев позволившая расправить инвагинацию. В 22 случаях неудавшейся попытки консервативной дезинвагинации проведено оперативное вмешательство - лапароскопическая дезинвагинация, увенчавшаяся успехом в 10 случаях. При безуспешной попытке лапароскопической дезинвагинации, когда инвагинат был плотно фиксирован в наружном цилиндре либо расправлялся не полностью, с сохраняющимися тонко-тонко кишечным компонентам, переходили на лапаротомию. При обнаружении анатомической причины вызывающей инвагинацию проводилось соответствующее вмешательство – удаление полипа (2 случая) удаление лимфоузлов, резекция дивертикула Меккеля аппаратным методом либо с резекцией участка кишки, несущей дивертикул с наложением анастомоза. При наличии признаков некроза кишки, входивший в состав инвагината, проводилась её резекция (3 случая), а также резекция илеоцекального угла (1 случай). Рецидивная инвагинация ликвидировалась в большинстве случаев консервативно, т.е. носила функциональный характер. У четырёх пациентов были выполнены операции, Летальных исходов за исследованный период не было.

**Выводы.** Учёт особенностей клинического течения инвагинации у детей различных возрастных групп позволит улучшить диагностику заболевания, а комплексный подход к лечению с использованием консервативного лечения и инвазивных методов лечения будут способствовать благоприятным исходам болезни. На современном этапе нами выявлены следующие особенности инвагинации:

1. Частота заболевания сместилась с периода новорожденности на возраст 2-3-х лет;
2. Отмечается отчетливая склонность заболевания к рецидиву. Это следует иметь ввиду при поступлении детей с болями в животе, уже перенесших инвагинацию прежде, а также информировать об этом родителей ребенка;
3. В ряде случаев заболевание протекает со скудной клинической картиной и для правильного установления диагноза требуется обращение в хирургический стационар.