

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

**П.Е. Пермяков, А.А. Жидовинов, В.Л. Красилов**  
**Астраханская государственная медицинская академия,**  
**Астрахань, Российская Федерация**

Инвагинация кишечника у детей является самым частым видом острой кишечной непроходимости и составляет до 50% всех случаев кишечной непроходимости у детей младшего возраста. Наиболее часто кишечная инвагинация встречается в возрасте от 3 до 9 месяцев.

Патологические изменения зависят от локализации внедрения и его продолжительности. При тонкокишечных инвагинациях некротические изменения кишки обычно наступают спустя 12-24 часа, при повздошно-ободочных некроз может возникнуть в первые 6-12 часов, а при слепоободочной и толстокишечной инвагинации патологические изменения наступают позднее.

Учитывая частоту встречаемости данной патологии, было проанализировано 288 историй болезни детей, поступивших в экстренном порядке в хирургическое отделение Областной детской клинической больницы им. Н.Н. Силищевой в период с 2006 по 2008 год. Мальчиков было 172 (59,7%), девочек - 116 (40,3%). Все дети поступали с подозрением на кишечную инвагинацию. Среднее время от начала заболевания до момента поступления в стационар составляло 11 часов.

Питание детей до 1 года лишь в 20% всех случаев являлось естественным. Среди фоновой патологии, сопутствующей инвагинации, лидировали дисбактериоз кишечника, анемия и гипоксически-ишемическая энцефалопатия. Заподозрить инвагинацию кишечника позволяют типичные анамнестические данные, а сам диагноз инвагинации подтверждается пальпацией инвагината под наркозом, пневмоирригографией, а в некоторых случаях - фиброколоноскопией. Дальнейшая тактика решалась на основании эффективности консервативных мероприятий, предположительных сроков заболевания и возраста больных.

У 192 детей после осмотра под наркозом диагноз кишечной инвагинации был исключен. В дальнейшем эти дети наблюдались в стационаре и после дополнительного обследования были выписаны с диагнозом "копрос-таз". 82 детям выполнили пневматическую дезинвагинацию, оперативное лечение осуществлено 14 детям, причём в 9 случаях была проведена попытка консервативного лечения, так как сроки заболевания не превышали 12 часов.

Показаниями к операции являлись безуспешная попытка пневматической дезинвагинации, сроки заболевания более 12 часов, возраст ребенка более 1 года. В ходе операции выполнили 11 мануальных дезинвагинаций и 3 резекции. (2 - илеоцекального узла, 1 - участок тонкой кишки). Послеоперационный период протекал без осложнений, при изучении результатов консервативного и оперативного расправления инвагината рецидивов инвагинации не было.

## КОНЦЕПЦИЯ ПАТОГЕНЕЗА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

**В.В. Подкаменев**  
**Иркутский государственный медицинский университет,**  
**Иркутск, Российская Федерация**

Целью исследования являлось установление патогенетической роли энтерального кормления в возникновении инвагинации кишок у детей грудного возраста.

Материал и методы. Использован метод популяционного исследования «случай-контроль». Анализированы две группы детей грудного возраста: основная (n=78), в которую включены дети, переболевшие инвагинацией кишок, контрольная (n=90), в которую включены дети, не болевшие инвагинацией кишок. Основная группа охватывала все случаи инвагинации кишок в популяции детей грудного возраста г. Иркутска. Контрольная группа представлена случайной выборкой из всех других детей грудного возраста той же популяции г. Иркутска.

Выяснились следующие возможные варианты нарушения пищевого режима: неправильное введение прикорма, прием пищи по объему, не соответствующему возрасту ребенка, докорм после приема пищи, смена питательных смесей. Значение отношения шансов (ОШ) выше единицы указывало на повышенный риск возникновения инвагинации кишок.

Исследование кишечной гемодинамики до и после кормления выполнены у 19 клинически стабильных детей с илеостомами в возрасте от 1 до 2 месяцев. Кровоток измерялся в сосудах илеостомы в интервалы времени до кормления, через 10, 20, 30, 40 минут после кормления. В зависимости от объема молочной смеси исследуемые распределены на две группы: объем кормления равный 20 мл/кг/сутки (n=7), объем кормления-40 мл/кг/сутки (n=7). У 5 детей исследование выполнено после энтерального введения физиологического раствора в объеме 20 мл/кг/сутки (контроль).

На основании полученных данных о скоростях кровотока рассчитывали индекс резистентности (ИР) сосудов подвздошной кишки. Использовали аппарат марки Smart DopES-1000, «Hagashi» (Япония).

Результаты. Нарушения пищевого режима в качестве фактора риска возникновения инвагинации кишок у детей грудного возраста составили 74,4% (p<0,05). Наиболее частым видом нарушения пищевого режима явилось кормление ребенка объемом, не соответствующим возрасту (ОШ=5,1; ДИ 1,7-14,4; P<0,05). Увеличение объема энтерального кормления сопровождается высокими значениями ИР в сосудах подвздошной кишки: (0,53±0,06 против 0,89±0,02) на 20-й минуте после кормления.

Закключение. Энтеральное кормление у детей грудного возраста вызывает вазоконстрикцию или снижение кровотока в подвздошной кишке, что может стать причиной нарушения ее перистальтики и кишечного внедрения.