

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

*Чартаков Д.К. к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии
Андижанский государственный медицинский институт*

Резюме

Инвагинация кишечника является самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей и может возникать в любом возрасте от 4 до 9 мес. (85-90% случаев). Мальчики страдают в 2 раза чаще девочек. У детей грудного возраста причиной инвагинации кишечника чаще всего является функциональное нарушение координации кишечной моторики с преобладанием сокращений циркулярного мышечного слоя кишечной стенки.

Ключевые слова: инвагинация, кишечник, мускулатуры.

Abstract

Intussusception is the most common type of acute intestinal obstruction in children and can occur at any age. Most often, intussusception occurs between the ages of 4 and 9 months (85-90 %) of cases. Boys suffer 2 times more often than girls. In infants, the cause of intussusception is most often a functional disorder of coordination of intestinal motility with a predominance of contractions of the circular muscle layer of the intestinal wall.

Key words: intussusception, intestines, muscles.

Инвагинация кишечника – смешанный вариант кишечной непроходимости, обусловленный изоперистальтическим внедрением проксимального участка кишки в дистальный (крайне редко наоборот).

В зависимости от отдела кишечника, вовлеченного в инвагинат, выделяют несколько типов: тонко-тонкокишечная (5%) – внедрение тонкой кишки в тонкую; илеоцекальная (94%) – внедрение тонкой кишки в ободочную; толсто-толстокишечная (1%) – внедрение толстой кишки.

Илеоцекальная инвагинация представлена слепо-ободочной – внедрение слепой кишки в восходящую ободочную с последующим вовлечением в инвагинат подвздошной кишки с баугиниевой заслонкой (головка инвагината – слепая кишка) и подвздошно-ободочной – внедрение подвздошной кишки в восходящую ободочную через баугиниевую заслонку (головка инвагината подвздошная кишка).

У детей грудного возраста причиной инвагинации кишечника чаще всего является функциональное нарушение координации кишечной моторики с преобладанием сокращений циркулярного мышечного слоя кишечной стенки. К некоординированному сокращению мышечных слоев могут привести изменения режима питания, введение прикорма, воспалительные заболевания кишечника. У детей старше года сравнительно часто наблюдаются механические причины инвагинации (полипы, дивертикулы, опухоли кишечной стенки). Нарушение

координации сокращения гладкой мускулатуры кишки приводят к внедрению ее участка в нижележащий по ходу перистальтики и формированию инвагината (обтурация кишечника). Развиваются венозный застой и отек кишечной стенки, сопровождающиеся отложением фибрина с адгезией брюшинных поверхностей цилиндров инвагината. Дальнейшие циркуляторные нарушения ведут к некрозу кишечной стенки и развитию перитонита. При тонкокишечных инвагинациях некроз кишки можно ожидать через 12-24ч, при подвздошно-ободочном варианте инвагинации – через 6-12ч, при слепо- ободочном и толстокишечном вариантах- через 36-48ч.

Клиническая картина инвагинации кишечника зависит от ее анатомического типа, возраста ребенка и срока, прошедшего от начала заболевания. Поскольку в большинстве случаев инвагинация кишечника является илеоцекальной, клиническую картину этой формы инвагинации у грудных детей можно считать типичной.

В классическом варианте клиническая картина илеоцекальной инвагинации включает 5 компонентов:

1) приступообразное беспокойство ребенка, обусловленное болевой импульсацией с ущемленной брыжейки – 85% детей. Заболевание начинается внезапно, ребенок начинает резко беспокоиться, кричать, сучить ножками. Лицо бледнеет, иногда покрывается холодным потом. Ребенок отказывается от груди. Длительность болевого приступа, как правило, составляет 3–7 мин, затем приступ также внезапно прекращается. Ребенок успокаивается, поведение его становится обычным. Через несколько минут (от 5 до 20) приступ боли повторяется вновь. Постепенно приступы боли теряют свою остроту, но общее состояние ребенка ухудшается;

2) рвота, которая в начальной стадии заболевания обусловлена висцеро-висцеральным рефлексом, а с течением времени является проявлением кишечной непроходимости – 73% детей;

3) стул с примесью крови как результат диapedеза эритроцитов в просвет кишки – 61% детей. В первые часы заболевания у ребенка может быть самостоятельный стул без патологических примесей. Через 3–6 ч от начала заболевания у ребенка появляется стул с примесью темной крови без каловых масс, но с примесью слизи. Пальпируемое объемное образование (инвагинат) в брюшной полости чаще всего определяемому в правом подреберье.

Симптом Dance (симптом пустого правого подвздошья) что обусловлено вовлечением слепой кишки в инвагинат и продвижением слепой кишки в восходящую ободочную по ходу перистальтики.

Важно помнить, что в 15–20% случаев отсутствует важный анамнестический критерий – приступообразное беспокойство! В этом случае ребенок вял, адинамичен, имеет выраженные нарушения микроциркуляции в виде

бледности кожи и слизистых. Клиническая картина тонкокишечной инвагинации имеет некоторые отличия. Первым признаком начала заболевания также будет сильное беспокойство, обусловленное болевым приступом за счет патологической импульсации с брыжейки кишки, ущемленной в инвагинате. Однако продолжительность беспокойства и крика ребенка короче; в промежутках между приступами типичный «светлый» промежуток не наступает. Ребенок по-прежнему отказывается от груди, соску не берет. Состояние ребенка прогрессивно ухудшается, повторяется рвота. Стул длительное время остается нормальным, кровянистые выделения из прямой кишки появляются через 12–24 ч от начала заболевания или позже. Пальпаторно инвагинат определяется реже, чем при илеоцекальной инвагинации. Определяется он в параумбиликальной области, подвижен, небольших размеров. Клинические симптомы толстокишечной инвагинации менее выражены, чем при других видах инвагинации кишечника. Беспокойство ребенка нерезкое и непродолжительное. Общее состояние страдает в меньшей степени. При осмотре удастся пальпировать инвагинат, который в данном случае располагается в левом подреберье или в левом подвздошь.

Основной принцип лечения инвагинации кишечника – как можно ранняя дезинвагинация. Существует два основных способа дезинвагинации – консервативный и оперативный.

Во-первых, показанием к экстренному хирургическому лечению является перитонит как результат осложнения инвагинации в виде некроза ущемленной кишки. Во-вторых, безуспешность консервативной дезинвагинации.

В качестве консервативного лечения следует применять метод пневматической дезинвагинации. Этот метод применим у детей любого возраста. Пневматическую дезинвагинацию следует использовать в том случае, если инвагинация не осложнилась развитием некроза кишки и перитонитом. Рецидив кишечной инвагинации не является облигатным показанием к хирургическому вмешательству

Рекомендуемая литература

1. Баиров Г. А. Неотложная хирургия детей. – Л.: Медицина, 1973. – 470 с.
2. Дронов А. Ф., Поддубный И. В., Котлобовский В. И. Эндоскопическая хирургия у детей / Под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-МЕД. – 440 с.
3. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия: Национальное руководство / Под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.
4. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Красовская Т. В. Абдоминальная хирургия у детей: руководство. – М.: Медицина, 1988. – 416 с.
5. Староверова Г. А. Выбор метода лечения илеоцекальных инвагинаций у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1982. – 15 с.