



ГОСУДАРСТВЕННАЯ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО



РОЛЬ ОСТРОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ЛИМФАДЕНИТА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детской хирургии и анестезиологии

Докладчик: к.мед.н, доц. Вакуленко М.В.

Инвагинация кишечника является самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей и может возникать в любом возрасте, однако, этиология заболевания не считается достаточно изученной, и причина возникновения инвагинации не всегда ясна.

Поэтому в ряде литературных источников можно встретить название «идиопатическая» инвагинация кишечника.

На современном этапе развития детской хирургии обсуждаются различные данные, касающиеся причин и преморбидного фона инвагинации у детей

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

***Чаще инвагинация кишечника встречается в
возрасте от 4 до 9 месяцев (85–90 % случаев).***

Мальчики страдают в 2 раза чаще девочек.

- Как основной этиологический фактор предполагается дискоординация работы кишечника на фоне нарушения диеты и особенностей питания у ребёнка до года.
- Многие мировые авторы отмечают, что типичные клинические проявления инвагинации могут отсутствовать или быть стёртыми в том случае, если патология возникла на фоне других заболеваний.
- Чаще всего в качестве фона для инвагинации описываются респираторные инфекции, острый гастроэнтерит, аденовирусная инфекция. У детей на фоне этих инфекционных заболеваний развивается увеличение лимфатических узлов брыжейки – **мезаденит**.
- В последние годы предполагается, что мезаденит может быть основной или очень частой причиной формирования инвагината у детей.

**Цель исследования – определить роль
острого неспецифического
мезентериального лимфаденита в
формировании тонко-толстокишечной
инвагинации у детей грудного
возраста.**

За период с 2013 по 2021 г. в условиях Республиканской детской клинической больницы находилось 230 пациентов с кишечной инвагинацией.

Из них до 1 года с тонко-толстокишечной инвагинацией госпитализировано 107 пациентов.

Мальчиков – 73 (68,2 %)

Девочек – 34 (31,8 %)

Распределение по возрасту было следующим:

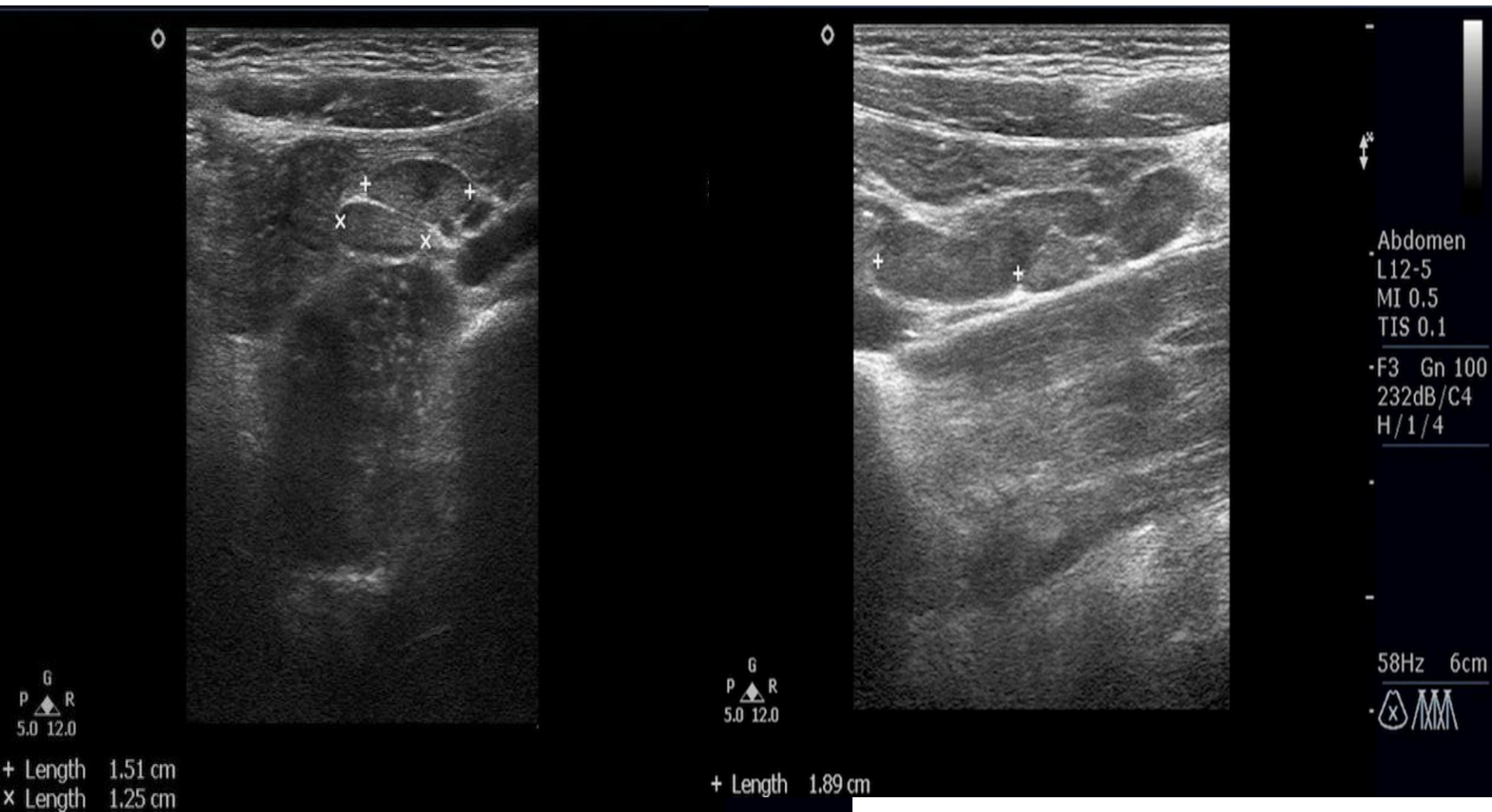
- *до 3 месяцев – 7 детей (6,5 %)*
- *с 3 до 6 месяцев – 50 пациентов (46,7 %)*
- *с 6 до 9 месяцев – 40 детей (37,4 %)*
- *с 9 до 12 месяцев – 10 пациентов (9,3 %)*

Методы первичного скринингового исследования

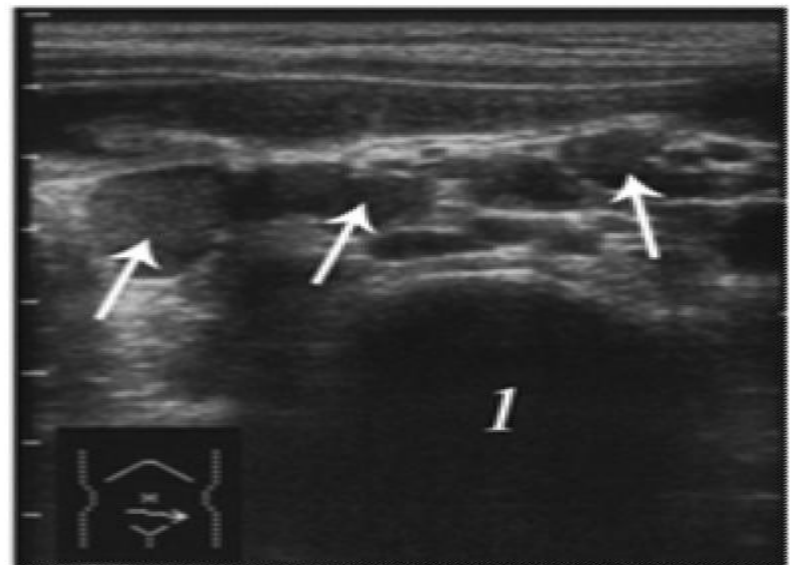
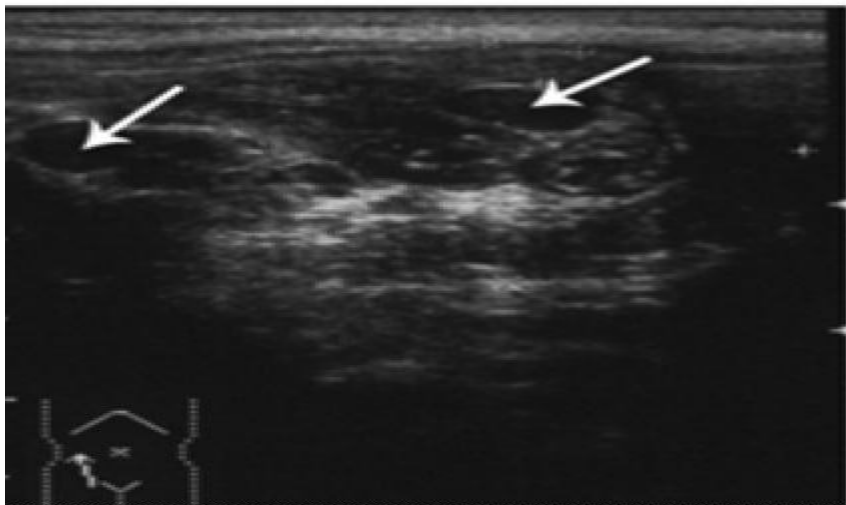
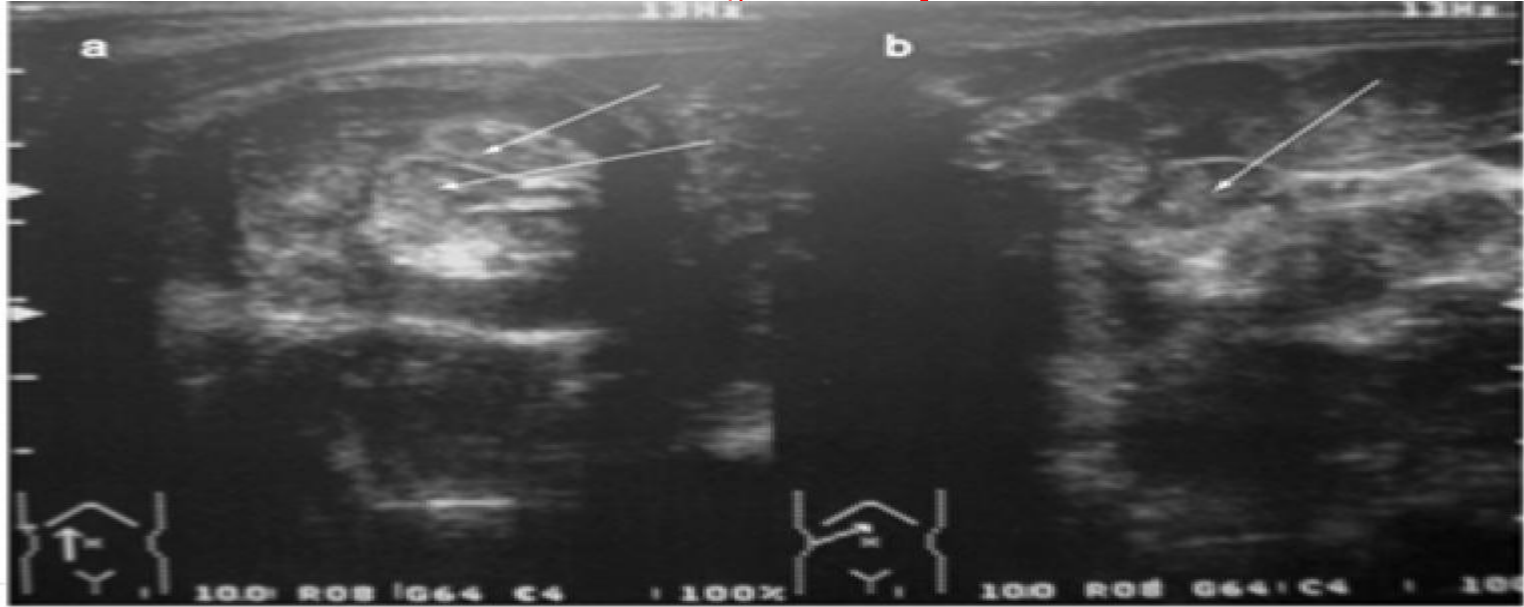
**Диагноз тонко-толстокишечная
инвагинация был выставлен:**

- рентгенологически – 40 пациентам
(37,4 %)**
- сонографически – 67 пациентам
(62,6 %)**

На диагностическом этапе, при проведении УЗИ, обратило на себя внимание то, что у **37 (92,5 %)** пациентов визуализировались единичные или множественные увеличенные мезентериальные лимфатические узлы. (диаметр колебался от 11 до 23 мм)



Увеличенные лимфатические узлы находились между цилиндрами инвагината, однако в области головки они визуализировались более чётко

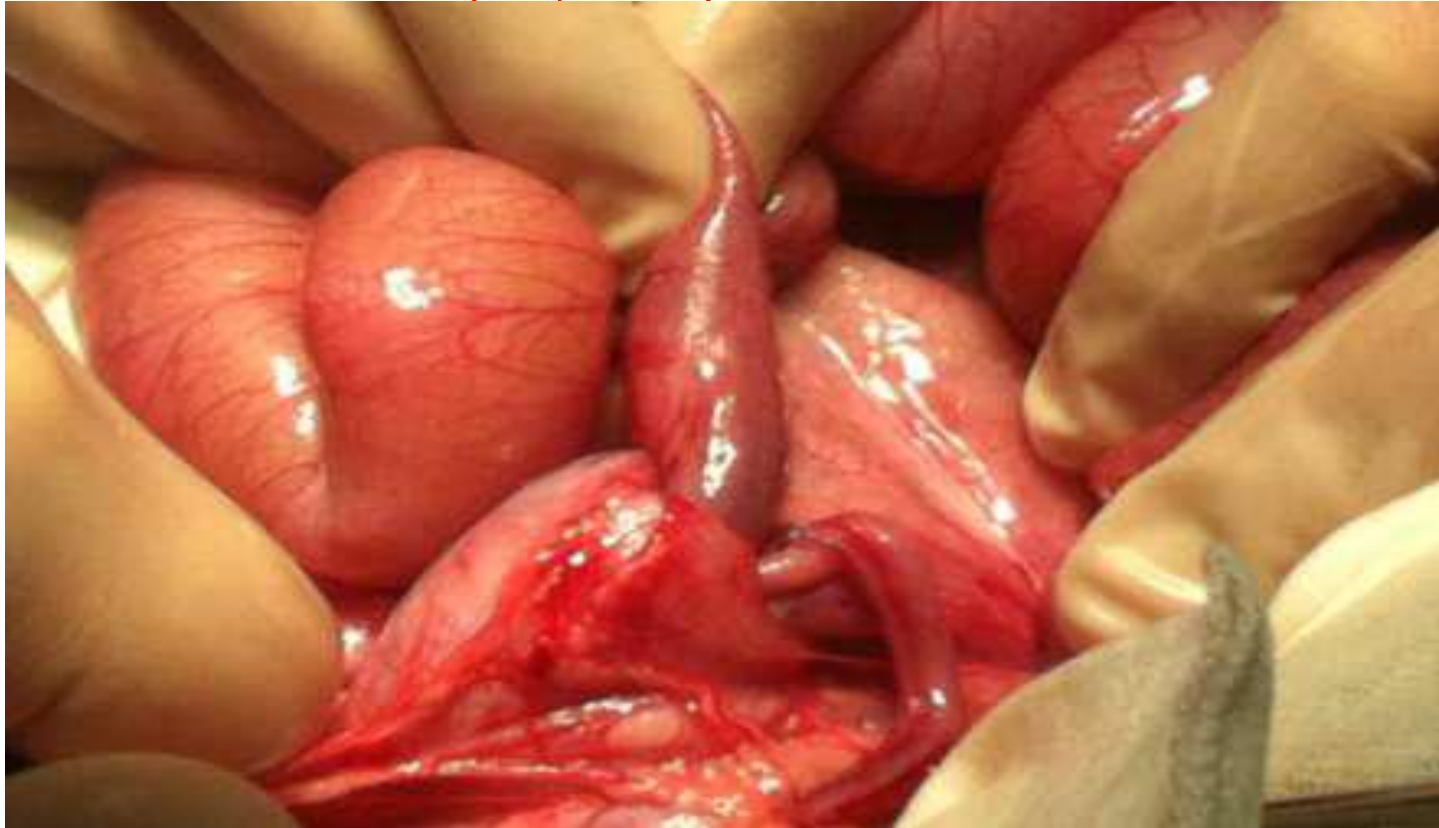


Лечебная тактика

Оперативное лечение

Мануальная дезинвагинация открытым доступом с биопсией лимфатических узлов

39 (36,4 %) пациентов



Лечебная тактика

**Консервативная дезинвагинация с использованием
пневмоирригоскопии
68 (63,6 %) пациентов**



При детальном изучение анамнеза пациентов с верифицированным мезаденитом получены следующие данные:

- ✓ у 7 (19%) пациентов на момент поступления с клинически и сонографически подтвержденной кишечной инвагинацией отмечались первичные катаральные симптомы;*
- ✓ у 10 (27 %) детей отмечался жидкий стул;*
- ✓ 20 (54 %) пациентов переболели острой респираторной вирусной инфекцией в период от 5 до 14 дней до поступления с инвагинацией*

**Все пациенты после проведения
дезинвагинации получили курс терапии по
поводу мезаденита.**

ВЫВОДЫ

1. Острый неспецифический мезаденит является наиболее частой причиной, а не следствием развития инвагинации кишечника у детей грудного возраста.

2. Знание патогенеза формирования инвагината позволяет грамотно использовать методы консервативного лечения.

Благодарю
за
ВНИМАНИЕ

