



ГОО ВПО ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. М. ГОРЬКОГО

Инвагинация кишечника у детей раннего возраста как хирургическое осложнение нерационального вскармливания

ДОКЛАДЧИКИ:

ДОЦЕНТ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ, К.МЕД.Н., ВАКУЛЕНКО С.И.


ДОЦЕНТ КАФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, К.МЕД.Н., ВАКУЛЕНКО М.В.

Инвагинация – это патологический процесс при котором происходит внедрение одной части кишки в другую .


- ▶ по нашим наблюдениям инвагинация кишечника наиболее часто встречается в возрасте от 4 месяцев до 1 года – 61 ребенок (49,2%)
- ▶ мальчики страдают почти в 2 раза чаще. В нашей выборке: мальчиков - 76 (60.8%), девочек - 49 (39.2%)

Предрасполагающие факторы:

- ▶ временная возрастная дискоординация перистальтики кишечника с образованием отдельных участков спазма
- ▶ нарушение пищевого режима, а именно нерациональное введение прикорма
- ▶ анатомические особенности илеоцекального отдела кишечника (подвижная слепая и подвздошная кишка, наличие общей брыжейки, недоразвитие клапанного аппарата - баугиниевой заслонки, несоответствие между диаметром подвздошной кишки и ее «ампулой»)




Из перечисленных факторов в возникновении инвагинации кишок ведущая роль отводится изменению пищевого режима: введение прикорма, дача грубой или густой пищи, введение необычной для данного возраста пищи, большое количество принятой пищи.




По мнению Н. В. Шварца (1935 г.), грубая пища вызывает двигательное раздражение кишечной стенки и судорожное сокращение круговых мышц.

Вследствие такого спастического сокращения мышечной оболочки стенка кишки в этом месте постепенно все более втягивается в просвет ее.

Дальнейшему нарастанию внедрения способствует нарушение координации в сокращении кишечной мускулатуры.




Убедительным доводом в пользу изменения пищевого режима как причины инвагинации является высказывание В. Н. Молчанова (1952); «Перевариваемость и усвояемость пищи в грудном возрасте очень ограничены — уже незначительные отклонения от нормы в отношении количества и качества пищи ведут к ослаблению функциональной способности, органов пищеварения».



У детей грудного возраста причиной инвагинации кишечника чаще всего является функциональное нарушение координации кишечной моторики с преобладанием сокращений циркулярного мышечного слоя кишечной стенки.

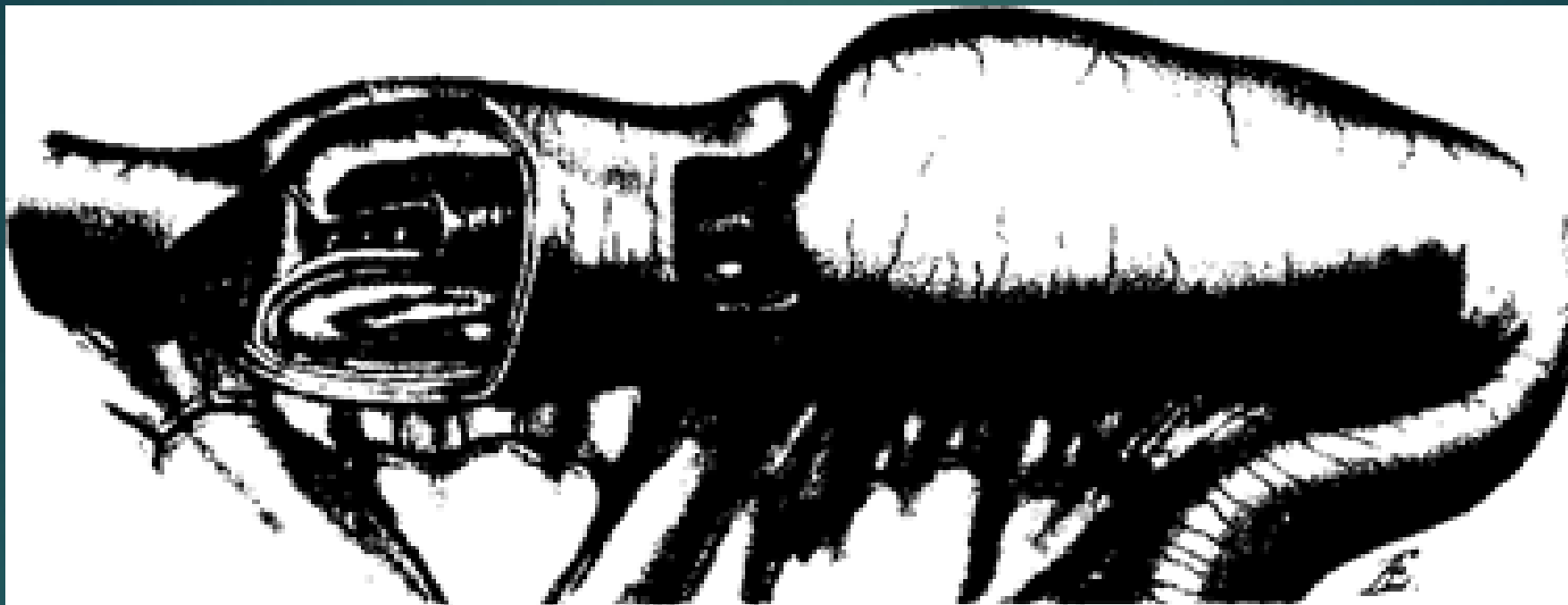
К некоординированному сокращению мышечных слоев могут привести изменения режима питания, введение прикорма, воспалительные заболевания кишечника.



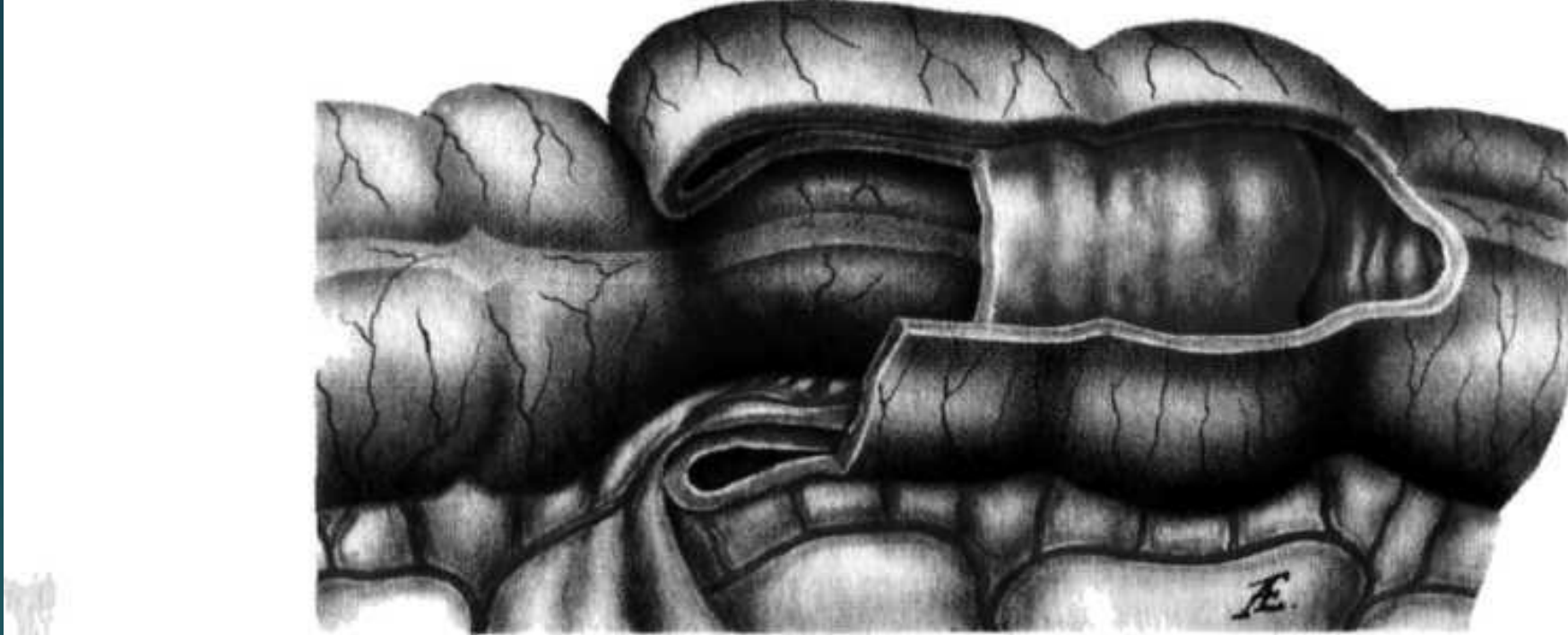
У детей старше года сравнительно часто наблюдаются механические причины инвагинации (полипы, дивертикулы, опухоли кишечной стенки).

Виды инвагинаций

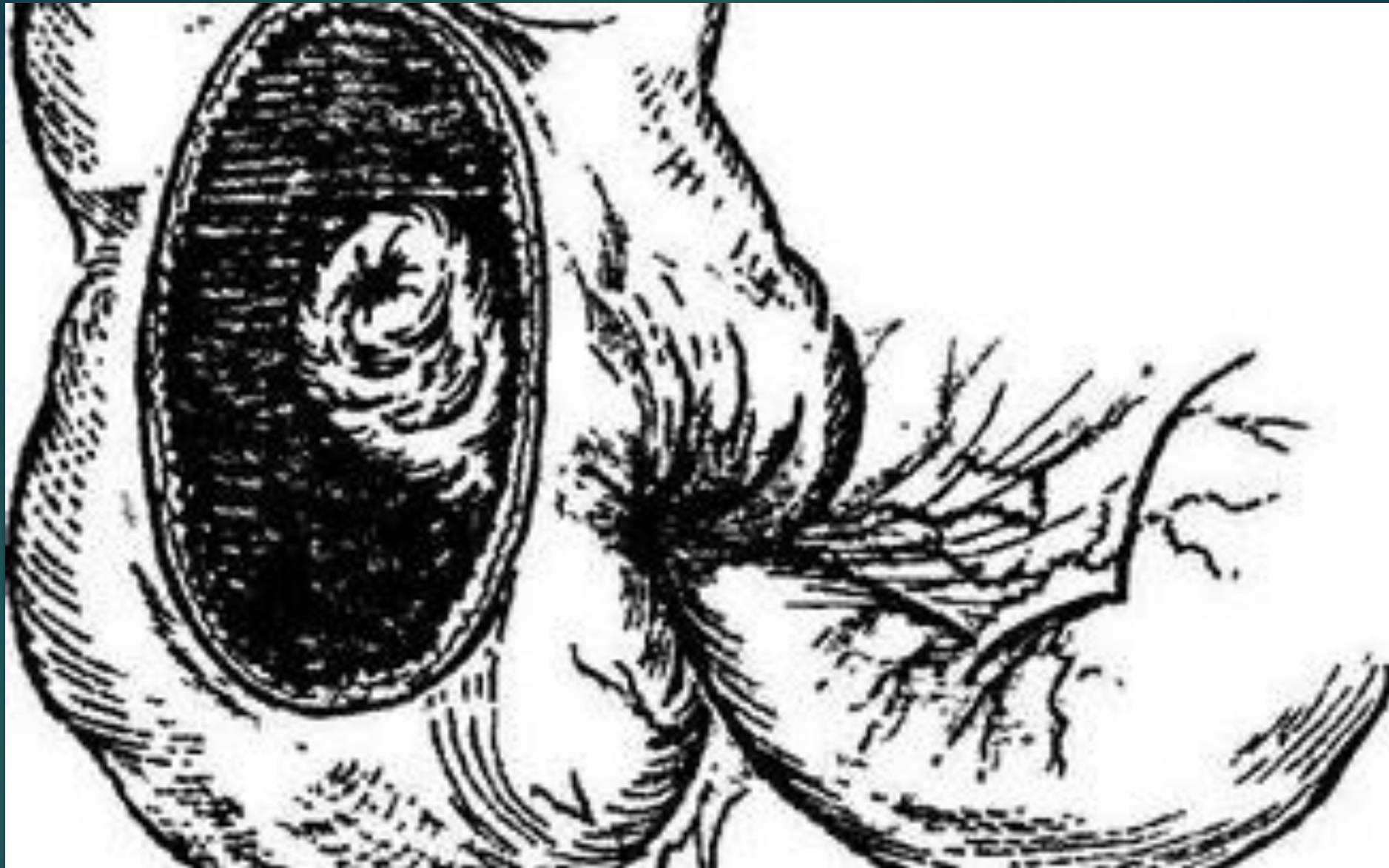
- ▶ Тонкокишечная инвагинация
- ▶ Толстокишечная инвагинация
- ▶ Илеоцекальная инвагинация



Тонкокишечная инвагинация

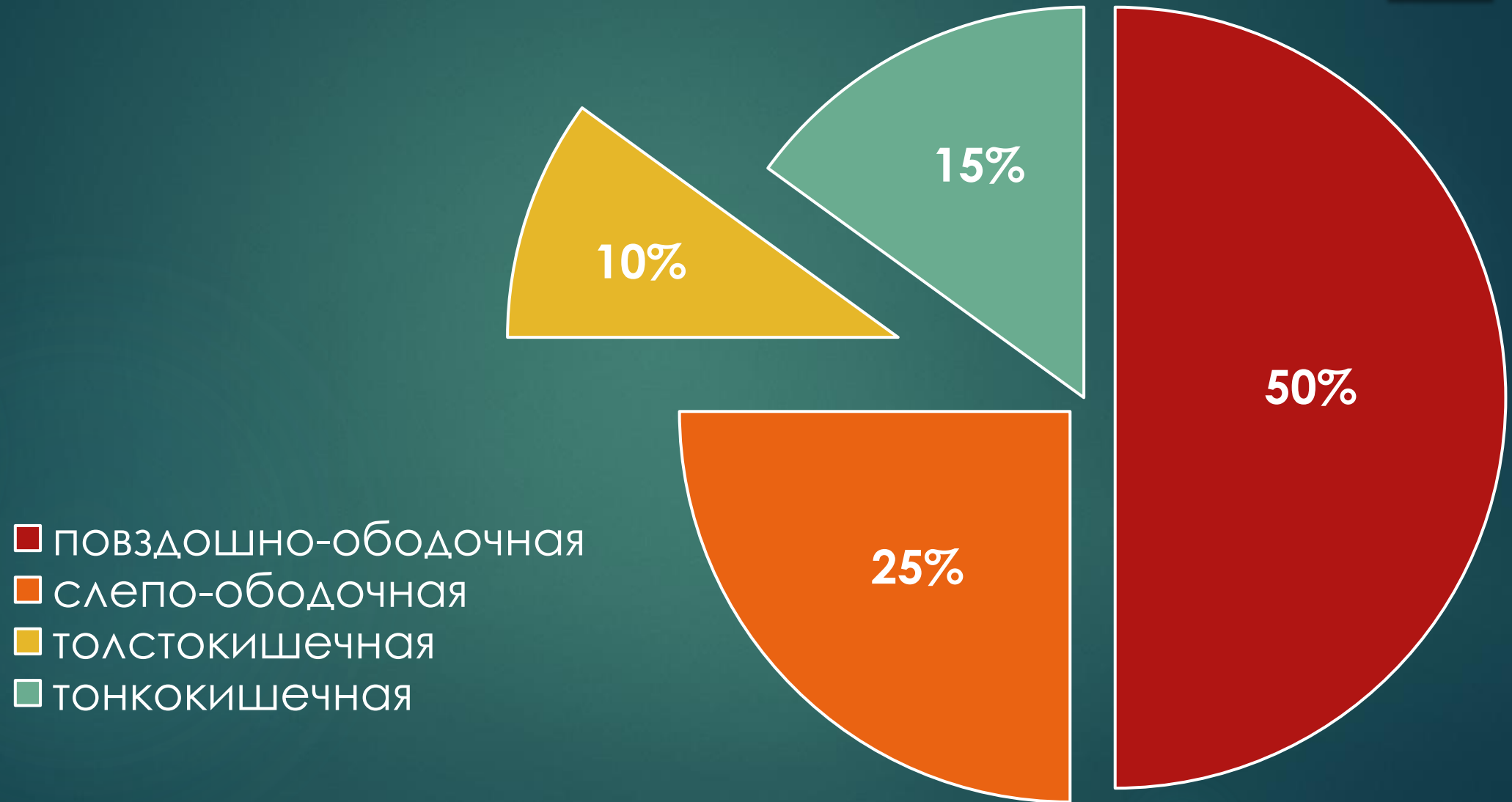


Толстокишечная инвагинация



Илеоцекальная инвагинация

Наиболее часто встречающиеся виды инвагинации кишечника у детей




В клинической картине инвагинации различают четыре периода:

- ▶ начальный (первые. 2 ч)
- ▶ второй период — появление крови в стуле (через 2 — 7 ч)
- ▶ третий период — астения
- ▶ четвертый период — интоксикация с параличом кишечника и шоковым состоянием

Основными клиническими симптомами кишечного внедрения являются:

- ▶ боль — 90,3%
- ▶ рвота — 81,7%
- ▶ кровь в стуле — 92,5%
- ▶ определение инвагината при пальпации брюшной полости — 68%.



В нашем наблюдении кровь в стуле отмечалась у 43 детей (34,7%) Среди них, поступивших с давностью заболевания от 0 до 6 часов – 10 пациентов, от 7 до 12 часов – 8 пациентов, 13-24 часа – 13 пациентов, с давностью более 24 часов – 12 детей.

Нами проанализированы показатели общего анализа крови у 86 детей.

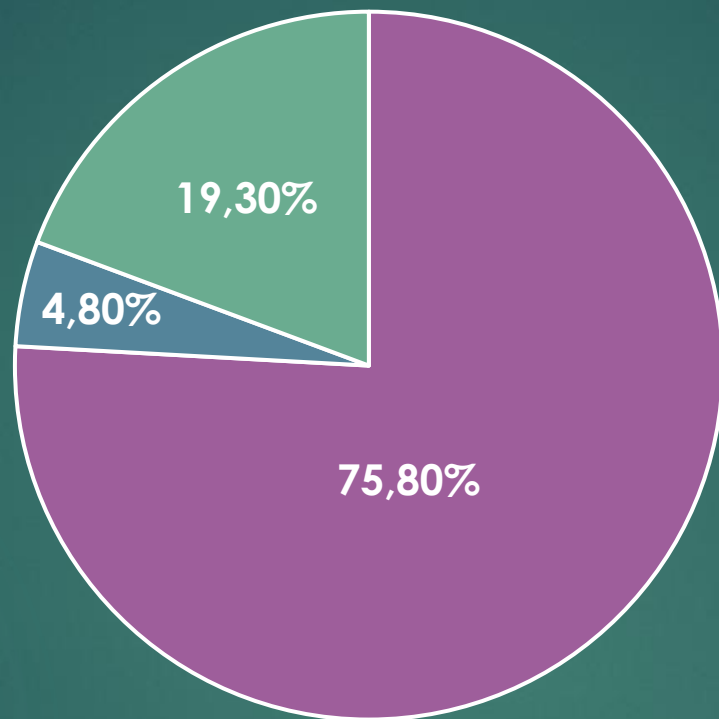
- ▶ В 48 случаях (56,0%) показатели соответствовали возрастным нормам
- ▶ в 7 случаях (8,0%) наблюдалось увеличение СОЭ
- ▶ в 19 случаях (22,0%) наблюдалось увеличение абсолютного содержания сегментоядерных нейтрофилов и снижение содержания лимфоцитов
- ▶ в 12 случаях (14,0%) определялся лейкоцитоз повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

В нашем исследовании всем детям
было выполнено УЗИ

При подтверждении инвагинации
кишечника сонографически,
выполнялась пневмоирригоскопия.

- ▶ 70 случаях (56,4%) – без премедикации
- ▶ 54 случаях (43,6%) – с премедикацией

Лечение инвагинации кишечника у детей



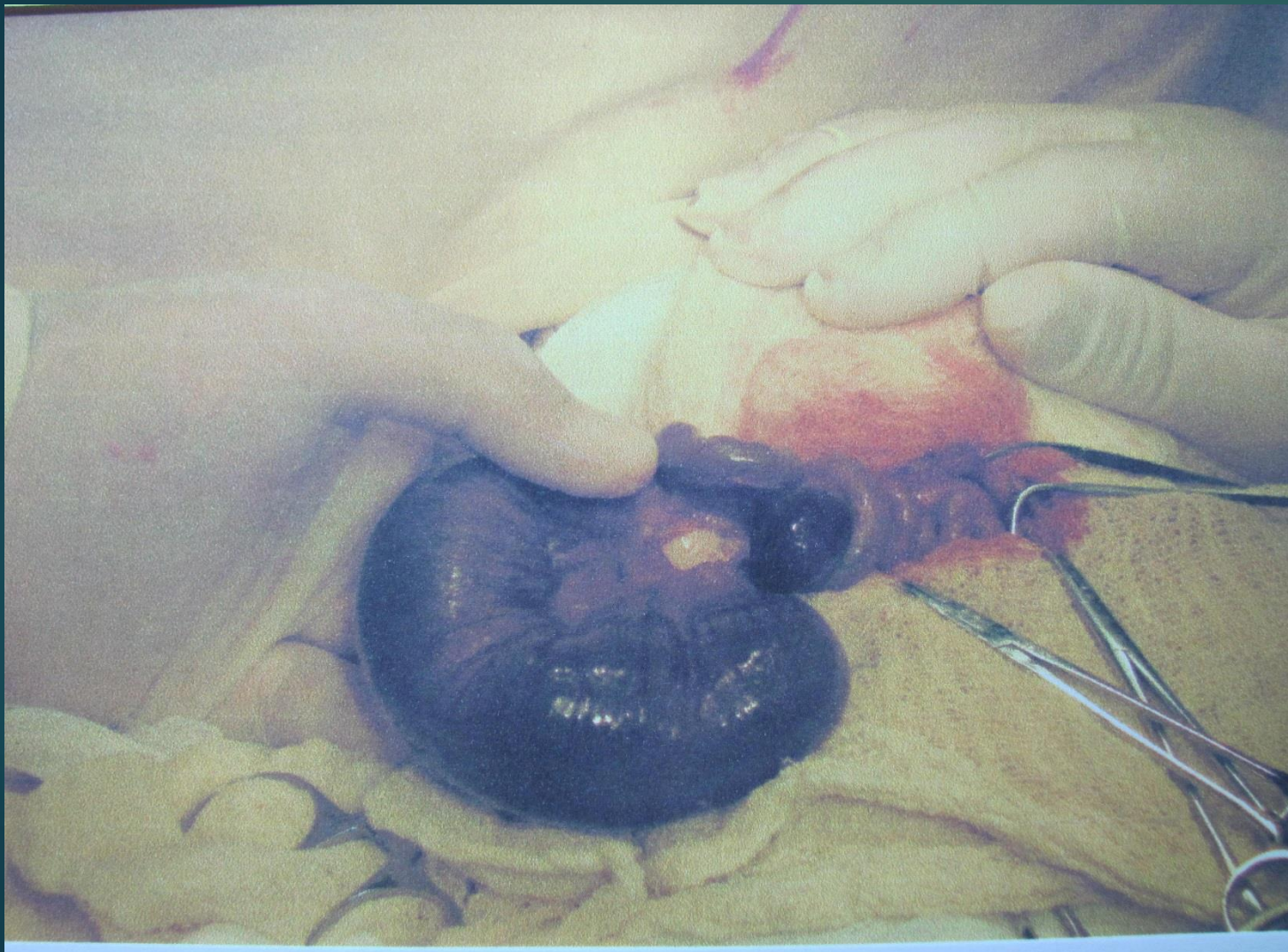
- Консервативное расправление инвагината
- Резекция кишечника с наложением анастомоза
- Интраоперационная дезинвагинация

Случай из практики:

- ▶ Мальчик М., 10 месяцев, был доставлен в санпропускник бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на резкое беспокойство, однократную рвоту, отсутствие стула. Из анамнеза известно, что за несколько часов до поступления (три часа ранее) ребенок съел обычную для него порцию манной каши (около 180-200 г) и продолжал проявлять повышенный интерес к опустевшей тарелке, что вынудило маму дать еще половинный объем. По прошествии часа ребенок стал очень беспокойным, случившейся болевой приступ не позволил ребенку заснуть. Мальчик поджимал ноги во время крика, успокоить его маме не удавалось. Затем, крик сменялся спокойствием на несколько минут. БСМП доставлен в хирургический стационар, где заподозрена инвагинация кишечника. Давность заболевания на момент поступления - 5 часов. Учитывая малую давность заболевания, в ургентном порядке выполнена пневмоирригоскопия. Диагноз подтвержден, инвагинат успешно расправлен консервативно.


Случай из практики:

- ▶ В санпропускник хирургического отделения доставлена мама и ребенок 1 г. 6 мес. с жалобами на резко возникшее беспокойство, рвоту, стул с примесью крови. Из анамнеза известно, что приступ начался спустя два часа после обеда, во время которого ребенку дали «только попробовать» сельдь. Спустя еще один час состояние ребенка ухудшилось: появилась рвота, вялость. Родители самостоятельно давали «Атоксил» и «Регидрон». Ночь дома провел беспокойно. Утром состояние не улучшилось, появился стул с примесью крови, многократная рвота. Бригадой скорой помощи доставлен в клинику детской хирургии. Давность заболевания на момент поступления в клинику - 19 часов. Выставлен предварительный диагноз «Кишечная инвагинация». При проведении сонографического исследования выявлена илеоцекальная инвагинация с полным отсутствием кровообращения. После предварительной предоперационной подготовки в отделении интенсивной терапии, ребенок взят в операционную.



Интраоперационно – полный некроз 45 см участка подвздошной кишки без признаков перфорации и перитонита.

Выполнена резекция некротизированного участка с наложением илеотрансверзоанастомоза.

- 
- ▶ Пациент через 14 суток выписан из стационара с улучшением под наблюдение педиатра по месту жительства, однако катамнестически у ребенка развился «синдром короткой кишки».

Выводы

1. Инвагинация кишечника у детей наиболее часто встречается в возрасте от 4 месяцев до 1 года, мальчики страдают почти в 2 раза чаще.
2. УЗИ является ведущим методом диагностики инвагинации кишечника у детей.
3. Ведущим консервативным методом лечения наиболее часто встречающейся (илеоцекальной) инвагинации кишечника остается пневмоирригоскопия.
4. Поскольку основным триггерным фактором кишечной инвагинации является введение прикорма, следует акцентировать внимание всех родителей на необходимость правильного (постепенного и своевременного) введения в питание детей первого года жизни и раннего возраста новых блюд и продуктов прикорма в соответствии с принципами рационального вскармливания детей раннего возраста.

Благодарю за внимание!