

\* \* \*

## КИСТОЗНОЕ УДВОЕНИЕ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ КАК ПРИЧИНА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

Елисеев А.С.<sup>1</sup>, Цап Н.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Детская городская клиническая больница № 9,  
Екатеринбург, Россия;

<sup>2</sup>Уральский государственный медицинский университет  
Минздрава России, Екатеринбург, Россия

**Ключевые слова:** *дети; инвагинация кишечника;  
кистозное удвоение; диагностика; лечение;  
илеоколоанастомоз*

**Актуальность.** Инвагинация кишечника является самым частым видом смешанной кишечной непроходимости у детей. В этиологии преобладают функциональные причины, типичный возраст для возникновения инвагинации — 4–12 мес. Для детей старше 3 лет характерны органические причины инвагинационного механизма патологической моторики кишечника, что достаточно редко встречается у детей 1-го года жизни.

**Описание клинического случая.** Ребёнок, 4 мес, с болями в животе, беспокойством, ежедневной рвотой до 4–5 раз, периодическим стулом с кровью. Длительность заболевания 5 дней. Лабораторные исследования показали отсутствие воспалительных изменений и признаков анемии. При выполнении УЗИ органов брюшной полости патологических образований не выявлено, определяются расширенные петли кишечника, свободная жидкость в межпетельном пространстве и в малом тазу до 27 мл. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены признаки кишечной непроходимости в виде «чаш и арок» во всех отделах брюшной полости. Для оценки уровня проходимости кишечника начаты рентгеноконтрастное исследование и инфузионная терапия. Через 14 ч состояние ребёнка с отрицательной динамикой, при этом газы отходят, задержка контраста в тонкой кишке с сохранением «чаш и арок». С учётом комплекса «жалобы — анамнез — клиника», отсутствия положительной динамики обоснованы показания к выполнению оперативного вмешательства с целью устранения непроходимости. При интраоперационной ревизии брюшной полости в селезёночном углу толстой кишки обнаружена головка инвагината. Методом выдаивания инвагинат перемещён до уровня купола слепой кишки, баугиниевой заслонки. После полного расправления подвздошно-ободочного инвагината установлена причина инвагинации — кистозное удвоение подвздошной кишки размерами 70 × 40 × 40 мм с жидкостным компонентом, которое занимало весь просвет купола слепой кишки. Выполнена резекция илеоцекального угла с формированием илеоколоанастомоза конец в бок, последний проходим, герметичен. Другой патологии не выявлено, брыжеечные,

регионарные лимфатические узлы не увеличены. Гистологическое исследование удалённого образования подтвердило типичное строение врождённой аномалии формирования кишечника — кистозное удвоение. Ближайший послеоперационный период протекал с нарушениями в системе гомеостаза и гастроинтестинальной недостаточностью.

**Заключение.** У детей старше 3 лет следует учитывать органические причины инвагинации кишечника, что достаточно редко встречается у детей 1-го года жизни.

\* \* \*