

* * *

РЕДКИЙ ВИД ИНВАГИНАЦИИ У РЕБЁНКА**Лабузов Д.С., Абросимова Т.Н., Урда И.В.**Смоленский государственный медицинский университет
Минздрава России, Смоленск, Россия**Ключевые слова:** *дети; инвагинация; кишечная непроходимость; диагностика; лечение*

Актуальность. Инвагинация является самым частым видом острой кишечной непроходимости. Более распространённая илеоцекальная инвагинация (до 94%) встречается в основном у детей до 1 года. Тонкокишечное внедрение встречается редко (до 3,4%) и возникает у детей в младшем и старшем возрасте. Множественные тонкокишечные инвагинации в практике детского хирурга относятся к казуистическим.

Описание клинического случая. Девочка, 1 год 4 мес, поступила в клинику детской хирургии с давностью заболевания 18 ч. В анамнезе резкое ухудшение аппетита, периодическое выраженное беспокойство ребёнка с периодическим криком и двигательным возбуждением, частый (до 5 раз) стул кашицей бордового цвета со слизью. Госпитализирована с подозрением на инвагинацию. Ребёнок капризный, находится постоянно на руках у матери, периодически засыпает, вздрагивает, на осмотр реагирует негативно. Осмотрена через 25 мин после внутримышечного введения диазепама и дифенгидрамина: живот не вздут, мягкий, на пальпацию в мезогастрии и правой подвздошной области реагирует мимикой боли, двигательной реакцией, поворачивается на левый бок, патологические образования не пальпируются. Ректально: на перчатке слизь с комочками желтоватого и розового стула. В общем анализе крови — лейкоцитоз $14,3 \times 10^9/\text{л}$. При выполнении УЗИ органов брюшной полости — печень, селезёнка, желчный пузырь без структурных изменений, повышенное газообразование кишечных петель, патологические образования не лоцируются, единичные мезентериальные лимфатические узлы до 1,0 см, свободной жидкости нет. Учитывая невозможность исключить острую хирургическую патологию, выполнена диагностическая лапароскопия. При ревизии: минимальное количество серозного выпота в полости таза, илеоцекальный угол без признаков деформации, аппендикс без признаков воспаления, внутренние гениталии без видимой патологии. При ревизии подвздошной кишки обнаружены 9 участков тонкокишечной инвагинации 10–40 см от илеоцекального угла, вздутие петель до участков внедрения, лимфатические узлы брыжейки 0,5–1,0 см.

Выполнена поэтапная дезинвагинация, длина внедрения 1–3 см, кишечник в участках инвагинации с минимальными кровоизлияниями, отёчный. Послеоперационный период гладкий. При настойчивом расспросе в послеоперационном периоде мать призналась, что накормила ребёнка свежим домашним измельчённым в блендере борщом.

Заключение. В данном случае грубое нарушение питания привело к дискоординированной гиперперистальтике с реализацией во множественные тонкокишечные инвагинации.

* * *