

Запорізький державний медичний університет
факультет післядипломної освіти, кафедра дитячих
хвороб
(курс дитячої хірургії)

Інвагінація кишечника у дітей

лекція перша
для лікарів-інтернів дитячих хірургів

Внедрение отдела кишки в просвет ниже- или вышерасположенного участка носит название инвагинации. При этом в месте внедрения образуется три цилиндра: наружный (влагалище) и два внутренних (инвагинат). Вершину инвагината принято называть головкой (соответствует переходу внутреннего цилиндра в средний). Увеличение протяженности инвагинированной части кишки происходит только за счет вворачивания наружного цилиндра, головка инвагината затягивает брыжейку, которая ущемляется между внутренним и средним цилиндрами (обращены друг к другу серозной оболочкой).

Инвагинация, являясь самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей, может возникать в любом возрасте. На первом месяце жизни она наблюдается крайне редко. В грудном возрасте между 4 мес и 1 годом инвагинация возникает наиболее часто (80%)

Непосредственной причиной, вызывающей инвагинацию у детей первого гола жизни, многие авторы считают изменение пищевого режима, характерного для этого возрастного периода. Имеют определенное значение различные кишечные заболевания (диспепсия, колит и др.). У детей старше 1 гола сравнительно часто наблюдаются механические причины инвагинации (полипы, дивертикулы, опухоли кишечной стенки, стенозы и др.)

Инвагинация может возникнуть в любом отделе кишечника. Изолированное внедрение толстой кишки в толстую и тонкую в тонкую встречается сравнительно редко, преимущественно у детей в возрасте после I гола. Наиболее часто внедрение происходит в области илеоцекального угла, что связано с анатомическими особенностями этого отдела кишечника в грудном возрасте: большая подвижность слепой и подвздошной кишки, частое наличие общей брыжейки, недоразвитие клапанного аппарата баугиниевой заслонки, несоответствие - между диаметром подвздошной кишки и ее «ампулой».

От локализации первичного внедрения и характера дальнейшего продвижения зависят не только клиническая картина, лечебные мероприятия, но в известной мере и прогноз заболевания.

1) инвагинация тонкокишечная (3,5%) — внедрение тонкой кишки в тонкую .

2) инвагинация подвздошно-ободочная (41%) — внедрение подвздошной кишки в подвздошную и затем в ободочную через илеоцекальный клапан.

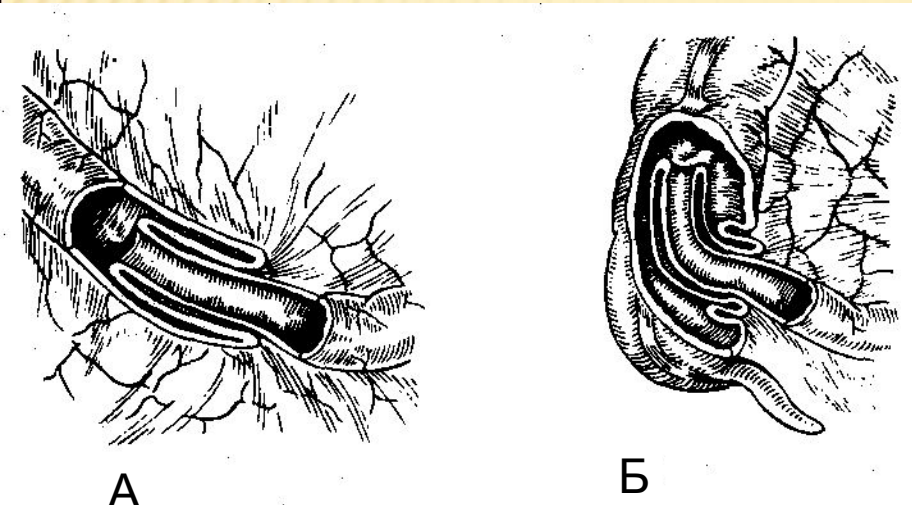
3) слепо-ободочная инвагинация (52,7%) — головкой инвагината является дно слепой кишки, червеобразный отросток и терминальный отдел подвздошной кишки пассивно втягиваются между цилиндрами инвагината;

4) инвагинация толстокишечная (2,8%) — внедрение толстой кишки в толстую;

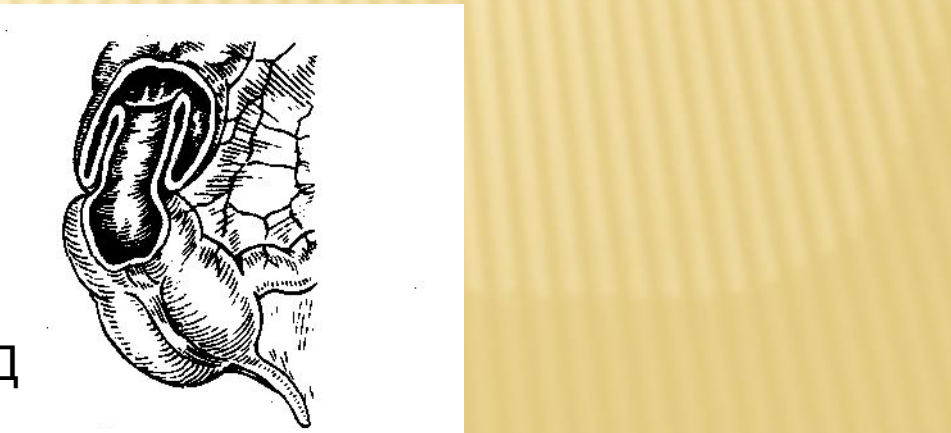
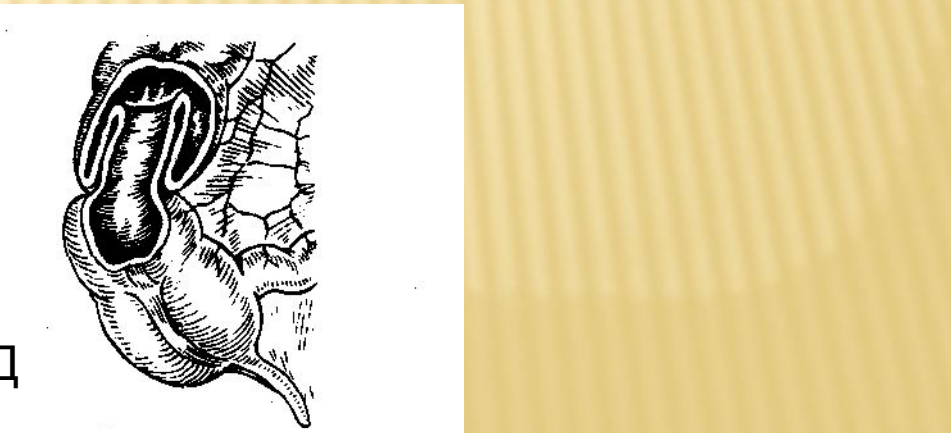
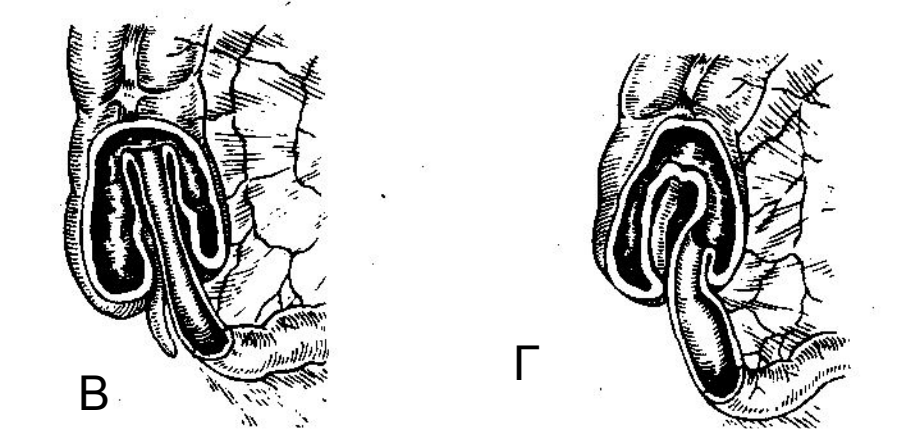
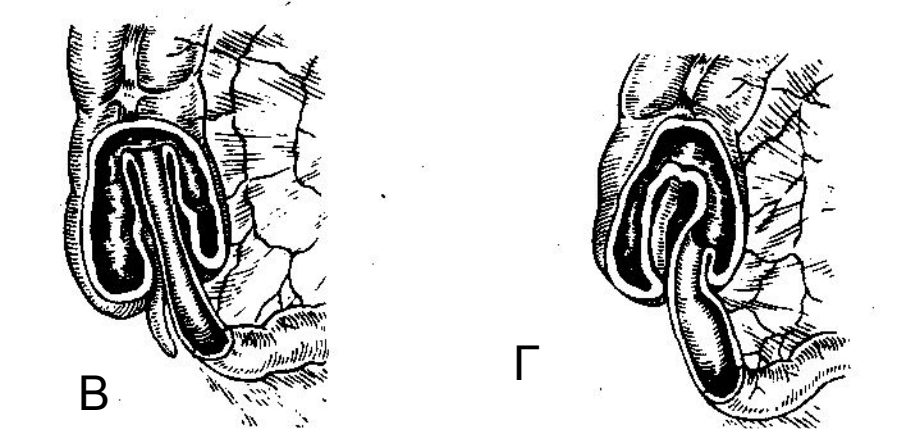
5) редкие формы инвагинации (изолированное внедрение червеобразного отростка, ретроградная инвагинация, множественная).

Рис. 48. Виды инвагинации кишечника.

а — внедрение тонкой кишки в тонкую;
б — внедрение подвздошной кишки в подвздошную и затем через илеоцекальный клапан — в ободочную (простая подвздошно-ободочная инвагинация);



в — сложная подвздошно-ободочная инвагинация; г — слепо-ободочная инвагинация; д — толстокишечная инвагинация.



Клиническая картина

Клиническая картина острой инвагинации зависит от уровня внедрения кишки, возраста ребенка и срока, прошедшего с начала заболевания.

В связи с тем, что у детей до 1 года наиболее часто наблюдается инвагинация в области илеоцекального угла (слепо-ободочная и подвздошно-ободочная), клиническую картину этих форм в грудном возрасте можно считать «типичной». Тонкокишечная и толстокишечная инвагинации имеют некоторые особенности симптоматики, требующие отдельного освещения. Ретроградная и множественная инвагинации проявляются симптомами обычного внедрения соответствующих локализаций. Анализ клинической картины заболевания во многих случаях позволяет не только диагностировать инвагинацию, но и предположить ее форму. Этому в известной мере способствуют рентгенологические методы исследования.

Заболевание начинается остро, среди полного здоровья. Внезапно ребенок начинает резко беспокоиться, кричать, судорожно сучить ножками. Лицо становится бледным, иногда покрывается холодным потом. Более старшие дети хватаются руками за живот, стремятся принять коленно-локтевое положение. Ребенок не успокаивается на руках у матери, отказывается от груди. Приступ более обычно бывает кратковременным (3—7 мин), сопровождается рвотой и прекращается так же внезапно, как начался. Через несколько минут приступ более повторяется с прежней силой. Опять ребенок начинает сучить ножками, кричать, резко беспокоиться, метаться в кровати или на руках у родителей. Повторяется рвота. «Светлые» промежутки между схватками постепенно делаются более продолжительными, но общее состояние ребенка прогрессивно ухудшается. Теряет интерес к окружающему, отказывается от пищи. Повторяющиеся приступы постепенно теряют остроту, не сопровождаются резким двигательным беспокойством.

В первые часы заболевания у ребенка может быть самостоятельной каловый стул. Часто нормальный стул получают после клизмы, которую ставят ребёнку родители до осмотра врача. Однако после стула характер приступов не изменяется. Через несколько (3-6) часов от начала заболевания у ребенка появляется стул с большим количеством темной крови без каловых масс, но с обязательным наличием, слизи.

Иногда выделения из прямой кишки имеют характер кровянистой желеобразной слизистой массы. В некоторых случаях наличие крови определяется только после клизмы. Следует отметить, что выделение крови со слизью из заднего прохода является одним из важнейших признаков инвагинации.

При беспокойном поведении ребенка получить правильные диагностические данные при осмотре живота бывает крайне затруднительно. Приходится прибегать к кратковременному наркозу

Вспомогательным симптомом, который определяется при пальпации живота почти у половины грудных детей со слепо-ободочной и подвздошно-ободочной инвагинацией, является запустевание правой подвздошной области вследствие смещения слепой кишки при ее внедрении.

Всем детям с подозрением на инвагинацию необходимо проводить пальцевое исследование через прямую кишку. Этот простой прием часто помогает диагностике, позволяет обнаружить некоторые характерные для инвагинации признаки. Заканчивая обследование, очень важно осмотреть кровянистые выделения из прямой кишки, которые окрашивают палец. Наличие темной крови и слизи без каловых масс можно считать одним из наиболее достоверных симптомов инвагинации, получаемых при обследовании прямой кишки пальцем.

Если диагноз не будет поставлен в этот период, то у части детей начинает сглаживаться острота симптомов непроходимости (III стадия). Нарастают явления интоксикации и обезвоживания. Температура тела повышается до субфебрильных величин. Язык суховат, обложен бурым налетом. Наступает кажущееся стихание явлений непроходимости. К концу 2-х — началу 4-х суток болезни (IV—V стадия) поведение грудного ребенка мало напоминает отмечаемое в начальных стадиях инвагинации. На смену резкому периодическому беспокойству приходит полное безразличие к окружающему. Явления интоксикации нарастают, температура тела повышается, пульс частый, слабого наполнения. Появляются парез кишечника, признаки перитонита. Живот вздут, напряжен, стула нет, газы не отходят. При пальцевом исследовании через прямую кишку можно получить симптомы, свойственные инвагинации (вялый сфинктер, пустая ампула прямой кишки, пальпация головки инвагината, выделение крови и слизи за извлеченным пальцем). На обзорных рентгенограммах брюшной полости видны множественные горизонтальные уровни — чаши Клойбера.

Клиническая картина тонкокишечной инвагинации имеет некоторые особенности. Первыми признаками начинающегося внедрения кишки у грудных детей будут сильное беспокойство и, как правило, пронзительный, громкий крик. Старшие дети жалуются на резчайшие боли. Лицо ребенка бледнеет, появляется рвота, обычно многократная. Продолжительность беспокойства и крика бывает различной. Затем больной несколько успокаивается, но типичный «светлый» промежуток не наступает. Через непродолжительный промежуток времени вновь возникает резкое беспокойство, ребенок начинает кричать, принимать вынужденное положение. Рвота повторяется, рвотные массы окрашены желчью, имеют неприятный каловый запах. Болевые приступы через несколько часов от начала заболевания делаются менее продолжительными и интенсивными, однако общее состояние больного прогрессивно ухудшается. При пальпации инвагинат прощупывается с определенными трудностями, так как расположение его непостоянно (чаще в области пупка), он подвижен и обычно небольших размеров.

Исследование брюшной полости усложняется непрекращающимися болями в животе, в связи с чем ребенок сопротивляется осмотру, активно напрягает брюшную прессу. Для выявления инвагината в сомнительных случаях следует прибегать к кратковременному наркозу.

Пальцевое исследование через прямую кишку дает меньше сведений, чем при внедрении в области илеоцекального угла. Только запустевание ампулы прямой кишки и некоторое расслабление сфинктера могут служить косвенными признаками непроходимости. Инвагинат, даже при бимануальном обследовании, не определяется. За извлеченным из прямой кишки пальцем обычно выделяется некоторое количество кала без крови. Только в поздние сроки можно получить темную («высокую») кровь с примесью слизи.

Клиническая картина толстокишечной инвагинации. Внедрение толстой кишки в толстую проявляется менее выраженными клиническими признаками, чем при других видах инвагинации.

У грудного ребенка заболевание начинается нерезким кратковременным беспокойством. Общее состояние остается без изменений, приступы болей сравнительно редкие, может быть однократная рвота.

При обследовании больного всегда удастся прощупать инвагинат, который локализуется в левом верхнем квадранте живота или левой подвздошной области. Пальцевое исследование через прямую кишку часто позволяет определить головку инвагината. За извлеченным пальцем выделяется значительное количество слизи малинового цвета и жидкой крови. Каловых масс, как правило, не бывает.

В редких случаях внедрения дистальных отделов толстой кишки головка инвагината выпадает через задний проход. Слизистая оболочка выпавшей кишки синюшна, несколько отечная, с участками кровоизлияния.

Изолированная инвагинация червеобразного отростка по клиническим проявлениям напоминает острый аппендицит. Заболевание встречается преимущественно у детей старше 4—5 лет. Изолированная инвагинация червеобразного отростка проявляется болями в правой подвздошной области, которые вначале обычно бывают мало интенсивными. Болевые приступы сменяются кратковременным ослаблением болей. Однако ребенок не всегда может точно охарактеризовать эти «светлые» промежутки, и врач не придает им должного значения. Если в первые часы при целенаправленном расспросе можно установить приступообразность болей, то спустя несколько часов они становятся постоянными. Общее состояние длительно остается удовлетворительным. Температура тела нормальная. Рвота чаще бывает однократной.

Данные лабораторных исследований у детей с инвагинацией обычно без существенных особенностей.

Рентгенологические методы исследования. Бесконтрастная обзорная рентгенография брюшной полости не оказывает значительной помощи в диагностике инвагинации и позволяет выявить только некоторые косвенные признаки непроходимости (отсутствие газа в толстой кишке, гомогенную тень, обусловленную инвагинатом, несколько раздутых газом петель тонкой кишки с наличием единичных горизонтальных уровней жидкости и др.). Однако подобная рентгенологическая картина у детей, особенно грудных, может наблюдаться и при других заболеваниях. Более ценные данные для диагностики инвагинации дает исследование толстой кишки с введением воздуха. Показанием к этому методу исследования является сомнение в диагнозе или необходимость уточнения вида инвагинации, но только в тех случаях, когда допустимо применение консервативного метода лечения (у грудных детей и только в первые 12 ч от начала заболевания).

Техника рентгенологического исследования. Ребенка укладывают на стол рентгеновского аппарата в горизонтальном положении.

Катетер, соединенный посредством тройника с мановакуумметром и баллоном Ричардсона, вводят в ампулу прямой кишки. Медленно и осторожно нагнетают воздух в толстую кишку. При давлении 40—50 мм рт. ст. (5,3—6,7 кПа) за 2—3 мин кишка полностью прослеживается на передне-задних рентгенограммах.

Рентгенологические симптомы в значительной мере определяются видом инвагинации. По мере заполнения воздухом толстой кишки инвагинат определяется в виде гомогенной тени. При толстокишечной инвагинации головка инвагината имеет округлую форму с широким основанием. Воздух распространяется по бокам от тени инвагината, образуя фигуру «двузубца».

Слепо-ободочная инвагинация также характеризуется округлой тенью с расширенным основанием. Слепая кишка остается не заполненной воздухом. Локализуется тень инвагината чаще в поперечной ободочной или восходящей части ободочной кишки.

Подвздошно-ободочное внедрение имеет наиболее типичную рентгенологическую картину: в области слепой или начальном отделе восходящей кишки выявляется гомогенная тень инвагината овальной или грушевидной формы с наличием сужения (ножки), обращенного к илеоцекальному клапану. Воздух, распространяясь вокруг инвагината, заполняет слепую кишку.

Сложная подвздошно-ободочная инвагинация имеет рентгенологическую картину, сходную с наблюдаемой при слепо-ободочном внедрении. Тень инвагината — удлиненная, расширена у основания и сужена у верхушки, разделена на две части поперечной перетяжкой. Слепая кишка воздухом не заполняется.

Равномерное заполнение толстой кишки воздухом и проникновение его в начальный отдел подвздошной позволяют исключить наличие ин-вагината в этом отделе кишечника, но не снимают диагноза тонкокишечной инвагинации. Следует отметить, что правильная трактовка рентгенограмм возможна только при достаточном опыте врача и хорошем их качестве

Дифференциальную диагностику приходится проводить с заболеваниями, сопровождающимися приступами болей в животе, рвотой, кровянистыми выделениями из прямой кишки, наличием опухолевидного образования в брюшной полости. Различные сочетания этих симптомов при первом осмотре ребенка с инвагинацией часто ошибочно трактуются педиатром как проявление дизентерии, диспепсии, аппендицита и других острых заболеваний. Это связано прежде всего с недостаточным знанием вариантов клинической картины и особенностей течения инвагинации, а также неполным обследованием больного." Реже детям ставят диагноз инвагинации или других хирургических заболеваний, имеющих сходную симптоматику.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!