

В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась антибактериальная терапия, НПВС, десенсибилизирующие, обезболивающие препараты, местное лечение.

Средняя длительность пребывания пациентов с орхитом, эпидидимитом, перекрутом гидатиды 6–7 суток.

### **Выводы**

1. Важнейшим методом диагностики острых заболеваний мошонки является УЗИ с доплерографией.
2. Наиболее частой причиной острой мошонки у детей является перекрут гидатиды.
3. Наибольший подъем острых заболеваний мошонки отмечается в холодный период года.
4. Пик подъема данной патологии соответствует возрасту 10–15 лет.
5. Поздняя обращаемость за медицинской помощью является основной причиной орхэктомии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ашкрафт, К. У. Детская хирургия / К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. — СПб. — 1996. — Т. 2. — С. 288–295.
2. Исаков, Ю. Ф. Детская хирургия: национальное руководство / Ю. Ф. Исаков, А. Ф. Дронов. — М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. — С. 694–708.
3. Острые заболевания мошонки у детей / Я. Б. Юдин [и др.]. — М.: Медицина, 1987.

УДК 616.34-007.44-073.43

## **ТРАНЗИТОРНАЯ КИШЕЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ: ВОЗМОЖНОСТЬ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ**

*Юрковский Д. С.*

**Учреждение**

**«Гомельская областная детская клиническая больница»,**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Кишечная инвагинация (КИ) — вариант кишечной непроходимости, вызванный внедрением проксимальной части кишки в дистальную (изредка наоборот). У детей чаще всего КИ встречается в возрастном периоде 4–9 месяцев (соотношение девочек/мальчики — 1/2).

КИ может приводить к некрозу кишки (при некоторых формах уже через 6–12 часов). Отсюда, и важность своевременной диагностики указанной патологии, поскольку это позволяет успешно проводить консервативное лечение [1].

Одним из методов диагностики, позволяющим диагностировать КИ является УЗИ. Данный метод демонстрирует высокую чувствительность (86–100 %) и специфичность (86–96 %) при КИ. Однако, иногда ультразвуковые признаки, которые принято считать признаками КИ, выявляются и при отсутствии клинических проявлений непроходимости (то есть как «случайная находка»). Именно такие состояния и трактуются как транзиторная кишечная инвагинация (ТКИ) [2], что и объясняет интерес к данной проблеме, поскольку не совсем ясно, что делать с такими пациентами.

### **Цель**

Оценка возможности и целесообразности применения метода ультразвуковой диагностики для выявления транзиторной кишечной инвагинации (ТКИ).

### **Материал и методы исследования**

Ретроспективный анализ данных ультразвуковых исследований пациентов в возрасте менее 6 лет, находившихся на обследовании и лечении в У «ГОДКБ». Исследования проводились на ультразвуковых сканерах Mindray DC-8 и Philips Affinity 50, использовались датчики с диапазоном частот 6–12 МГц. Временной охват исследования сентябрь 2019 г. — январь 2020 г.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Классический ультразвуковой симптом «мишень» или «псевдопочка» был обнаружен у 17 из 18 (94,4 %) пациентов с клиникой КИ и у 11 из 179 (6,1 %) пациентов без классических клинических проявлений КИ.

У пациентов с КИ независимо от возраста диаметр обнаруженного инвагината был более 33 мм в диаметре (диапазон — 33–42 мм), стенки внедренной кишки были значительно толще и имели пониженную (относительно интактного участка) эхогенность, отмечалось утолщение вовлеченной части брыжейки и увеличение брыжеечных лимфатических узлов (в большинстве случаев). Перистальтика инвагинированного участка кишки отсутствовала.

У пациентов с ТКИ (то есть, у пациентов с ультразвуковым симптомом «мишени», но не имевших клинических проявлений КИ) диаметр визуализированного инвагината не превышал 25 мм. При этом стенки внедренной кишки не отличались от интактной кишки ни по толщине, ни по эхогенности. Не отмечалось также и вовлечения лимфоузлов в инвагинат. Перистальтика у пациентов с ТКИ была или обычной, или ускоренной. Какого-либо образования в зоне интереса не пальпировалось. При динамическом наблюдении КИ не развивалась.

Ультразвуковую картину подобную той, которая была отмечена нами у пациентов с ТКИ описывали и другие авторы (по данным Kim Y. H. с соавт., и Munden M. M. с соавт. инцидентность ТКИ была на уровне 17 % от всех случаев КИ) [2, 3]. Выходит, что количество таких пациентов довольно значительное, однако ясности относительно того, как их вести нет. Неизвестно, есть ли необходимость в наблюдении (и если да, то как долго); неизвестно, возможен ли риск развития истинной КИ (и если возможен, то какие предикторы); неизвестно, насколько отмеченные нами и другими авторами ультразвуковые признаки ТКИ надежны и можно ли, ориентируясь на них, принимать решение о дальнейшей тактике ведения. Отсюда возникает необходимость дальнейшей детальной проработки данного вопроса.

### **Выводы**

Требуется разработка удобных для применения клинических и ультразвуковых критериев ТКИ, а также принципов динамического наблюдения за данными пациентами.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Морозов, Д. А. Инвагинация кишечника у детей / Д. А. Морозов, С. Ю. Городков // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2014. — № 4 (1). — С. 103–110
2. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point / Y. H. Kim [et al.] // Radiographics. — 2006. — № 26(3). — P. 733–744.
3. Sonography of pediatric small-bowel intussusception: differentiating surgical from nonsurgical cases / M. M. Munden [et al.] // Am. J. Roentgenol. — 2007. — № 188(1). — P. 275–279.