Кишечная инвагинация у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K56.1 · Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов"

Кишечная инвагинация — внедрение одного сегмента кишки в просвет другого; у детей это частая причина приобретённой острой кишечной непроходимости смешанного, обтурационно-странгуляционного типа. Рекомендация посвящена раннему распознаванию состояния, срочной госпитализации, консервативному расправлению неосложнённой илеоцекальной инвагинации и хирургической тактике при осложнениях или неэффективности дезинвагинации.

Главное

- Наиболее типичны внезапные приступы схваткообразной боли с беспокойством ребёнка и светлыми промежутками, рвота, кровь со слизью в стуле по типу «малинового желе» и продолговатое образование при пальпации. Классическая триада симптомов представлена не более чем в 20–30% наблюдений.
- При подозрении на инвагинацию ребёнка госпитализируют экстренно в детский хирургический стационар.
- УЗИ брюшной полости — основной метод диагностики: его чувствительность и специфичность составляют 90–100%; метод позволяет оценить жизнеспособность стенки кишки и выявить возможную лидирующую точку. УУР А, УДД 1.
- У детей раннего возраста чаще встречается идиопатическая инвагинация; факторами риска служат введение прикорма, перенесённые вирусные или кишечные инфекции и неспецифический мезаденит. Анатомические причины чаще выявляют у старших детей и при рецидивах.
- Неосложнённую илеоцекальную инвагинацию лечат консервативной пневматической или гидростатической дезинвагинацией. УУР А, УДД 1.
- Операция показана при неэффективности консервативной дезинвагинации, перфорации, перитоните, тонкокишечной непроходимости, а также при диагностированной или предполагаемой анатомической лидирующей точке. УУР А, УДД 1.
- После успешной консервативной или лапароскопической дезинвагинации требуется наблюдение педиатром в течение года — через 1, 3, 6 месяцев и 1 год; родителей информируют о возможности рецидива и необходимости срочной госпитализации при его возникновении.

Диагностика

1. Собрать анамнез: установить время начала и длительность заболевания, характер приступов боли и интервалы между ними; уточнить наличие рвоты, лихорадки, диареи, задержки стула и крови в стуле. Уточнить введение прикорма, пищевые погрешности, перенесённые за последний месяц инфекции и вакцинацию — УУР В, УДД 3; наличие инвагинации в анамнезе и метода её лечения, а также дополнительные симптомы — УУР С, УДД 4; наличие крови в стуле — УУР В, УДД 3.
2. Провести осмотр детским хирургом с оценкой сознания, дыхания и кровообращения: измерить температуру, частоту сердцебиения, артериальное давление, частоту дыхания и сатурацию. Оценить тяжесть состояния и признаки осложнений — некроза, перфорации, перитонита, тонкокишечной непроходимости или сепсиса. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить пальпацию живота, обращая внимание на локальную болезненность, мышечное напряжение, симптом Данса и продолговатое мягко-эластичное образование; провести аускультацию лёгких и живота. При ректальном исследовании возможны пустая ампула прямой кишки и выявление низко расположенной головки инвагината. Пальпация — УУР С, УДД 4; аускультация — УУР С, УДД 5.
4. Выполнить общий анализ крови и общий анализ мочи всем пациентам с подозрением на инвагинацию. Лейкоцитоз может указывать на некроз и воспаление, повышение гематокрита, гемоглобина и эритроцитов — на гиповолемию. УУР С, УДД 5.
5. Провести УЗИ брюшной полости с исследованием тонкой, толстой, сигмовидной и прямой кишок и оценкой свободной жидкости. Ищут признаки «мишени», «бублика» или «псевдопочки», оценивают кровоток и возможную лидирующую точку. УУР А, УДД 1.

6. Если УЗИ недоступно, выполнить обзорную рентгенографию для диагностики осложнений или ирригографию с воздухом либо контрастным средством для подтверждения илеоцекальной инвагинации. При неясной клинической картине и наличии оборудования возможна СКТ с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трёхмерной реконструкцией. Рентгенография и ирригография — УУР В, УДД 3; СКТ — УУР С, УДД 4.
7. При тяжёлом осложнённом течении дополнительно исследовать кислотно-основное состояние и газы крови, выполнить биохимический анализ крови и коагулограмму. Повышение лактата может свидетельствовать о некрозе, а изменения АЧТВ, фибриногена и МНО — о гипокоагуляции или ДВС-синдроме. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При неосложнённой илеоцекальной инвагинации выполнить консервативную пневматическую или гидростатическую дезинвагинацию под рентгенологическим или ультразвуковым контролем. УУР А, УДД 1.
- При пневмостатической дезинвагинации давление воздуха в кишке не должно превышать 60–80 мм рт. ст.; при необходимости допускается не более трёх попыток.
- Гидростатическую дезинвагинацию под УЗ-контролем выполняют в операционной под многокомпонентной эндотрахеальной анестезией с релаксацией мышц передней брюшной стенки. Раствор натрия хлорида вводят в прямую кишку при постоянном давлении 80–100 см вод. ст.; допускается не более трёх попыток.
- Хирургическое лечение выполнять при неэффективности консервативного расправления, перфорации, перитоните, тонкокишечной непроходимости либо наличии или подозрении на анатомическую лидирующую точку; возможны лапароскопический и лапаротомный доступы. УУР А, УДД 1.
- При критическом состоянии с нестабильной гемодинамикой выбирать лапаротомию. УУР С, УДД 5. При некрозе без перитонита выполняют резекцию с межкишечным анастомозом; при некрозе с перитонитом и тяжёлом нестабильном состоянии от анастомоза воздерживаются и выводят илеостому.
- Перед планируемой операцией провести профилактику хирургической инфекции системными антибактериальными препаратами широкого спектра. При осложнённой инвагинации с перитонитом или тонкокишечной непроходимостью провести предоперационную подготовку в отделении реанимации для коррекции водно-электролитных нарушений и стабилизации состояния. УУР С, УДД 5.
- После операции по поводу осложнённой инвагинации ребёнка госпитализировать в реанимацию; проводить инфузионную терапию, парентеральное питание после купирования шока и стабилизации гемодинамики, а также антибактериальную терапию широкого спектра. УУР С, УДД 5.
- При перитоните и тонкокишечной непроходимости после операции проводить раннюю энтеральную терапию: декомпрессию верхних отделов ЖКТ зондом, введение изотонического солевого электролитного раствора и постепенный переход к олигомерным или полимерным питательным смесям. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Любое подозрение на кишечную инвагинацию — основание для экстренной госпитализации в детский хирургический стационар.
- После хирургического лечения осложнённой инвагинации требуется лечение и мониторинг в реанимационном отделении; это особенно важно при некрозе, перфорации, перитоните или тонкокишечной непроходимости.
- Ориентировочная длительность госпитализации составляет 1–3 суток после консервативного лечения и 5–10 суток после хирургического лечения.
- Выписка возможна при удовлетворительном состоянии, отсутствии жалоб и изменений по физикальному и лабораторному обследованию, самостоятельном стуле без патологических примесей и отсутствии патологических эхообразований по УЗИ.
- После успешной консервативной или лапароскопической дезинвагинации нужно наблюдение педиатром в течение года: визиты через 1, 3, 6 месяцев и 1 год.

Частые вопросы

Какие симптомы сильнее всего указывают на кишечную инвагинацию?

Внезапные приступы схваткообразной боли с беспокойством и светлыми промежутками, рвота, стул со слизью и кровью по типу «малинового желе», а также продолговатое образование в животе. Однако классическая триада выявляется только в 20–30% наблюдений.

Какое исследование выбрать первым при подозрении на инвагинацию?

Первым методом должно быть УЗИ брюшной полости: оно не несёт лучевой нагрузки, позволяет оценить жизнеспособность кишечной стенки, свободную жидкость и возможную лидирующую точку. УУР А, УДД 1.

Когда можно лечить инвагинацию без операции?

При неосложнённой илеоцекальной инвагинации выполняют пневматическую или гидростатическую дезинвагинацию под рентгенологическим или УЗ-контролем. УУР А, УДД 1.

В каких случаях нужна операция?

Операция показана при неэффективности консервативного расправления, перфорации, перитоните, тонкокишечной непроходимости или наличии либо подозрении на анатомическую лидирующую точку. При нестабильной гемодинамике выбирают лапаротомию.

Как наблюдать ребёнка после успешной дезинвагинации?

После консервативной или лапароскопической дезинвагинации ребёнок наблюдается педиатром в течение 1 года — через 1, 3, 6 месяцев и 1 год. Родителей предупреждают о возможности рецидива и необходимости экстренной госпитализации при его возникновении.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/63-kishechnaya-invaginaciya-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/63_2