

© Боднар Б.М., Боднарук Д.В., Сокольник С.О., Хащук В.С., 2011

УДК 616.34-007.44-053.4:616.346.2-002

## **ВИПАДОК ІЛЕОЦЕКАЛЬНОЇ ІНВАГІНАЦІЇ У 3-РІЧНОЇ ДИТИНИ З ПІДОЗРОЮ НА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ**

**Б.М.Боднар, Д.В.Боднарук, С.О.Сокольник, В.С.Хащук**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології (зав. – проф. Б.М.Боднар) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

---

**Резюме.** Наведено клінічний випадок інтраопераційного діагностування ілеоцекальної інвагінації у хлопчика 3 років з підозрою на гострий апендицит.

**Ключові слова:** ілеоцекальна інвагінація, гострий апендицит, діти.

---

За даними літератури [1, 2], у дітей грудного віку ілеоцекальна інвагінація становить 90% від діагностованих випадків, на 2-му році життя – близько 10%, а в дітей 3-річного віку – досить рідкісна (казуїстична) патологія. Наводимо власний клінічний випадок ілеоцекальної інвагінації у дитини 3 років, госпіталізованої в хірургічне відділення з підозрою на гострий апендицит.

Хлопчик А. (історія хвороби № 4418), 3 років, направлений із ЦРЛ у хірургічне відділення МДКЛ 29.10.10 р. вночі зі скаргами на постійний ниючий біль у животі, який виник за 6 год до моменту госпіталізації. Спочатку біль визначався в надчеревній ділянці, згодом – у правій боковій та пахвинній ділянках. При об'єктивному обстеженні стан дитини середнього ступеня тяжкості. Шкірні покриви блідо-рожевого кольору. Пульс – 92 уд./хв, ритмічний, доброго наповнення; артеріальний тиск – 120/85 мм рт. ст. Язик сухий, обкладений білими нашаруваннями. В акті дихання права половина живота відстає. Пальпаторно визначається біль у правій пахвинній ділянці; передня черевна стінка напружена справа, що унеможлиблює об'єктивно оцінити стан хворого. Симптоми подразнення очеревини (Щоткіна-Блумберга, Ровзинга, Воскресенського) сумнівні. Дитину госпіталізовано з підозрою на гострий апендицит. Аналіз крові: еритроцити –  $3,1 \times 10^9/\text{л}$ , гемоглобін – 92 г/л, лейкоцити –  $14,3 \times 10^9/\text{л}$ , паличко-

ядерні нейтрофіли – 16%, ШЗЕ – 5 мм/год.

Огляд *per rectum*: сфінктер у тонусі, ампула прямої кишки вільна, нависання та болючість кишкової стінки відсутні. При динамічному спостереженні зберігався стан середнього ступеня тяжкості. Дитині призначена інфузійна терапія у вікових дозах. Вранці після передопераційної підготовки під загальним знеболенням дитину прооперовано. Виконано дезінвагінацію та апендектомію.

Після оброблення операційного поля доступом Волковича-МакБерні поширено розітнуто черевну порожнину. Виділилося до 10 мл серозного вмісту. В рану виведено фіксований купол сліпої кишки, в якому виявлено інвагіновану петлю клубової кишки. Голівка інвагіната досягла правого кута ободової кишки. Методом "видоювання" інвагінат вільно розправився. Інвагінована петля клубової кишки набрякла, гіперемована. Згодом набряк клубової кишки зменшився. Судини брижі пульсували, визначалася перистальтика. В інвагінат втягнутий червоподібний відросток, який виявився катарально зміненим. Проведено типову апендектомію з обробленням кукси червоподібного відростка лігатурно-інвагінаційним методом. При ревізії термінального відділу (близько 80 см) клубової кишки дивертикула Меккеля не виявлено. Контроль гемостазу – сухо. Рана поширено зашита. Накладено асептичну пов'язку.

*Макрорепарат: червоподібний відросток довжиною близько 8 см, гіперемований, сіро-вишневого кольору, набряклий, інфільтрований, судини ін'єковані. Гістологічний висновок (02.11.10): катаральний апендицит, гіперплазія лімфоїдної тканини.*

*Післяопераційний період перебігав з позитивною динамікою. Хлопчик отримував інфузійну дезінтоксикаційну та профілактичну антибактеріальну терапію у вікових дозах. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягом.*

*На 7-му добу знято шви. В задовільному стані дитину виписано для спостереження дільничним педіатром.*

Отже, у даному разі слід акцентувати увагу на тяжкості диференційної діагностики між ілеоцекальною інвагінацією та гострим апендицитом, зумовленої невираженістю клінічної симптоматики обох захворювань, завуальованістю та нечіткістю клінічної патогномонічної симптоматики, характерної для інвагінації.

### **Література**

1. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей / Баиров Г.А. – СПб., 1997. – С. 157-159. 2. Боднар Б.М. Хірургічне лікування інвагінації кишечника в дітей / Б.М.Боднар, В.В.Горячев, С.В.Шестобуз [та ін.] // Хірургія дит. віку. – 2004. – № 3. – С. 132-135.

### **СЛУЧАЙ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У 3-ЛЕТНЕГО РЕБѢНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ**

**Резюме.** Приведен клинический случай интраоперационной диагностики илеоцекальной инвагинации у мальчика 3 лет с подозрением на острый аппендицит.

**Ключевые слова:** илеоцекальная инвагинация, острый аппендицит, дети.

### **A CASE OF ILEOCECAL INTUSSUSCEPTION IN A 3 YEAR-OLD CHILD WITH SUSPECTED ACUTE APPENDICITIS**

**Abstract.** The authors have presented a case of intraoperative diagnostics of ileocecal intussusception in a boy aged 3 years with suspected acute appendicitis.

**Key words:** ileocecal intussusception, acute appendicitis, children.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 13.12.2010 р.