

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Д.А Жукова, Г.Н. Румянцева

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет
Минздрава России*

Актуальность

На пороки развития двенадцатиперстной кишки (ДПК) приходится более 1/6 всех врожденных аномалий пищеварительного тракта и до 50% всех случаев недоразвития тонкой кишки. Врожденная непроходимость двенадцатиперстной кишки встречается с частотой 1:5000-20000 и требует экстренной диагностики и хирургического вмешательства.

Цель исследования

Изучить результаты лечения новорожденных с высокой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы

Были изучены и обработаны 28 историй болезней детей с высокой кишечной непроходимостью, проходивших лечение в 1 хирургическом отделении ДОКБ. г. Твери за период 2006-2016 г.

Результаты и обсуждение

За период 2006-2016 г. в 1 хирургическом отделении ДОКБ г. Твери наблюдались 28 новорожденных с высокой кишечной непроходимостью. Из этого числа девочек 11(39%), мальчиков 17(61%). Соотношение лиц женского и мужского пола составило 2:3.

При обследовании матерей выявлено: первородящими были 18; повторнородящими – 10 женщин, их возраст варьировал от 19 лет до 42-х лет; при анализе анамнеза жизни, течения беременности матерей установлено воздействие неблагоприятных факторов (вредные условия труда, курение, перенесенные вирусные инфекции); самопроизвольные роды наблюдались в 18 случаях (на 26 — 38-й неделе беременности), в 10 случаях выполнено кесарево сечение; антенатально диагноз был установлен на 26 неделе (10 беременных). В хирургический стационар в 1-3 сутки поступили 13 новорожденных, 15 человек на 7 сутки; вес новорожденных варьировал от 900 до 3600 грамм. У большинства (17 детей) выявлены сопутствующие пороки развития: синдром Дауна – 6 детей, сложные врожденные пороки развития сердца - 5, атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем - 3, болезнь Гиршпрунга - 2, атрезия прямой кишки – 1. Пациенты поступили с клиникой высокой кишечной непроходимости характеризующейся наличием рвоты, западением передней брюшной стенки, отсутствием мекония.

Всем детям выполнен следующий дизайн обследования.

1. Сбор анамнеза;

2. Лабораторные методы: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение группы крови, Rh-фактора, состояния свертывающей системы;
3. УЗИ органов брюшной полости с доплеровским картированием кровотока;
4. УЗИ мочевыделительной системы;
5. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости в вертикальном положении, в 2-х проекциях;
6. По показаниям - контрастное исследование желудочно-кишечного тракта с водорастворимым контрастом;
7. По показаниям – ирригография;
8. ЭХО кардиография;

Все дети осмотрены врачами специалистами: кардиологом, неонатологом; по показаниям - урологом, неврологом, нейрохирургом, офтальмологом, стоматологом, сурдологом.

Из 28 оперировано 26 детей, 2 новорожденных погибли до операции в связи с тяжелой сочетанной патологией. Перед операцией проводилась предоперационная подготовка, ее объем зависел от сроков поступления в специализированный стационар и тяжести состояния новорожденного. Она включала мероприятия по стабилизации гемодинамических и дыхательных расстройств и симптомов сердечной недостаточности.

Всем детям проведена лапаротомия: срединным доступом - 14 случаев, поперечным в правом мезогастрiiи - 12. Причинами непроходимости оказались: мембрана ДПК – 12 новорожденных, атрезия ДПК – 7, синдром Ледда – 6, кольцевидная поджелудочная железа - 3. Объем оперативного лечения предусматривал ликвидацию причины заболевания: при мембране ДПК - иссекалась мембрана (12 операций); при атрезии ДПК - выполнялся дуодено-дуоденоанастомоз – (8 операций), из них по методике Кимура – 3; при синдроме Ледда устранялся заворот средней кишки, рассекались врожденные спайки в области ДПК (6 вмешательств). Всем детям во время операций устанавливался катетер за связку Трейца для энтерального питания.

В послеоперационном периоде отхождение застойного отделяемого из желудка сохранялось в диапазоне от 6 до 15 дней; появление самостоятельного стула выявлено в сроки от 2 до 10 дней. В зависимости от течения послеоперационного периода начало энтерального питания зафиксировано с 4-ых по 18 сутки. Перевод новорожденных из отделения реанимации проводился в сроки от 10-х – до 20-х суток. Средний койко-день пребывания в стационаре составлял 26 суток. Летальный исход в послеоперационном периоде наблюдался у 3-х новорожденных со сложными пороками развития.

Выводы

Успех лечения высокой кишечной непроходимости зависит от сроков установления порока в антенатальном периоде (2-3 триместр беременности); проведения родоразрешения в специализированных центрах; своевременного

перевода ребенка в хирургический стационар для оперативного лечения и выбора оптимального вмешательства в зависимости от причины порока.

Литература

1. Г.А. Баиров, Неотложная хирургия детей. Медицина,1973.
2. Ю.Ф. Исаков Детская хирургия. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа. 2009.
3. И.В. Маев, А.А. Самсонов. Болезни двенадцатиперстной кишки, Медпресс - информ, Москва,2005. с.233-244.
4. Ю.А. Нестеренко, В.А. Ступин. Хроническая дуоденальная непроходимость. Москва «Медицина» 1990 г. с. 141.
5. А.Ю. Разумовский, О.Г.Мокрушина. Эндохирургические операции у новорожденных, Мед. информ. агентство, Москва,2015. с.143.