

медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях». Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь – 14.05.2021. – № 49. – С. 2–3.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И., Трифонюк И.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) – патологический синдром, обусловленный антенатальными нарушениями формирования и вращения кишечника и/или постнатальной его фиксации, проявляющийся расстройствами моторно-эвакуаторной функции кишечника, характеризующийся различным клиническим течением и проявлениями [1]. Данная патология требует экстренных лечебно-диагностических мероприятий, а недооценка тяжести состояния такого ребенка представляет серьезную угрозу для его жизни [2]. Частота встречаемости разных форм кишечной непроходимости составляет 1 на 1500–2000 новорожденных.

Цель. Изучить и проанализировать результаты хирургического лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью.

Материалы исследования. В клинике детской хирургии на базе УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2011 по 2023 г. с различными видами врожденной кишечной непроходимости находилось на лечении 58 детей в возрасте от 4 часов до 15 лет, 30 (51,72 %) из них были в периоде новорожденности. По гендерной градации выявлено преобладание мальчиков (37, или 63,79 %) над девочками (21, или 36,2 %). Возраст до 1 суток – 14 (24,13 %), 2-7 суток – 10 (17,24 %), от 8 суток – 34 (58,62 %). Городскими жителями были 44 (75,86 %) ребенка, сельскими – 14 (24,14 %).

Пациентам выполнялись следующие клиничко-лабораторные и лучевые методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей и контрастное исследование желудочно-кишечного тракта.

Результаты. Основные жалобы при поступлении были следующие: при высокой непроходимости – срыгивания створоженным грудным молоком, срыгивания с примесью желчи, вздутие живота в верхних отделах, отсутствие стула; при низкой непроходимости – равномерное вздутие живота или в нижних его отделах, срыгивание застойным/кишечным содержимым, отсутствие стула.

Всем детям выполнено УЗИ и рентгенологическое исследование брюшной полости. На рентгенограммах при высокой кишечной непроходимости определялись признаки 2-х газовых уровней, при низкой кишечной непроходимости – множественные уровни на большом протяжении кишечника.

Из всех случаев кишечной непроходимости у 2 пациентов (20,69%) была выявлена высокая кишечная непроходимость, у 46 пациентов (79,31%) – низкая кишечная непроходимость. Высокая кишечная непроходимость развилась при атрезии 12-перстной кишки в 6 случаях (10,34%), удвоении 12-перстной кишки – в 1 случае (1,72%), синдроме Ледда – в 3 случаях (5,17%), атрезии тощей кишки – в 2 (3,45%) случаях. Низкая кишечная непроходимость отмечалась при атрезии подвздошной кишки в 10 случаях (17,24%), атрезии поперечно-ободочной кишки – в 3 случаях (5,17%), дивертикуле Меккеля – в 1 случае (1,72%), болезни Пайра – в 3 случаях (5,17%), болезни Гиршпрунга – в 1 случае (1,72%), при аномалии фиксации кишечника – в 9 случаях (15,51%), при атрезии ануса и прямой кишки – у 3 детей (5,17%), другие аномалии развивались в 16 случаях (27,57%).

После постановки окончательного клинического диагноза было проведено оперативное лечение. При разных формах ВКН отличались сроки предоперационной подготовки. У детей с высокой кишечной непроходимостью стабилизирующая терапия заняла 10–48 часов. Наличие заворота и перитонита сократили предоперационную подготовку от 2 до 5 часов. Во всех случаях операционный доступ – поперечная лапаротомия. В послеоперационном периоде у всех выполнялась декомпрессия кишечника с постановкой назогастрального зонда.

В послеоперационном периоде наблюдались осложнения различного характера: у 12 (20,6%) – энцефалопатия новорожденного; у 4 (6,89%) – дыхательная недостаточность; сердечная недостаточность развилась у 8 детей (13,79%) и белково-энергетическая недостаточность – в 4 случаях (6,89%), перитонит – у 3 пациентов (5,17%), кровотечение – у 1 ребенка (1,72%), некроз тонкого кишечника – у 1 пациента (1,72%), вторичный энкопрез – у 1 пациента (1,72%), желтуха – у 1 ребенка (1,72%) и др. У 20 пациентов (34,48%) осложнений не наблюдалось. Среднее количество койко-дней составило 31,17.

Выводы:

1. Ретроспективный анализ показал, что в большинстве случаев (51,72%) врожденная кишечная непроходимость была диагностирована у детей в периоде новорожденности.
2. Причинами, отвечающими за выраженность симптомов и данных рентген диагностики, являются обструкция и уровень ее локализации.
3. Тактика лечения зависит от вида ВКН: заворот и клиника перитонита являются показанием для экстренного оперативного вмешательства после кратковременной подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грона, В. Н. Нарушения фиксации и ротации кишечника у новорожденных. / В. Н. Грона [и др.] // Клиническая анатомия и оперативная хирургия. – 2007. – Т. 6, № 3. – С. 29–33.
2. Саввина, В. А. Врожденная кишечная непроходимость: выбор хирургической тактики и техники кишечного шва / В. А. Саввина [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 1.