

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эргашев Насриддин Шамсидинович

док. мед. наук, профессор ТашПМИ, Республика Казахстан г. Ташкент

E-mail: nasriddinshams@mail.ru

Саттаров Жамолиддин Бахронович

*старший научный сотрудник соискатель ТашПМИ, Республика Казахстан
г. Ташкент*

E-mail: dr.jamol_83@mail.ru

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL INTESTINAL OBSTRUCTION IN THE NEWBORNS

Ergashev Nasriddin Shamsidinovich

professor MD TashPMI, Republic of Kazakhstan Tashkent

Sattarov Jamoliddin Bahronovich

senior researcher postgraduate TashPMI, Republic of Kazakhstan Tashkent

АННОТАЦИЯ

С целью изучения клинико-рентгенологических особенностей и хирургической тактики при врожденной кишечной непроходимости нами было обследовано 215 новорожденных. Установлена частота отдельных анатомических форм и особенности их течения, так врожденная кишечная непроходимость у новорожденных протекает в большинстве случаев виде острого течения на фоне полной обструкции кишечника. Данные дооперационных и интраоперационных исследований были определяющими при выборе хирургической тактики.

ABSTRACT

To study the clinical and radiological features and surgical tactics in congenital intestinal obstruction we examined 215 infants. The frequency of individual forms and anatomical features of their course, as congenital intestinal obstruction in the newborn occurs in the majority of cases of acute form of the flow on the background of complete bowel obstruction. These preoperative and intraoperative studies have been decisive in the choice of surgical approach.

Ключевые слова: врожденная кишечная непроходимость; новорожденные; диагностика; лечение.

Keywords: congenital intestinal obstruction, newborn, diagnostics, treatment.

Актуальность. Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) у новорожденных — один из самых частых поводов для госпитализации в хирургический стационар. Наиболее частыми видами ВКН являются атрезии и стенозы различных локализаций, а также пороки нарушения вращения и фиксации кишечника. Частота рождения детей с атрезией кишечника и дуоденальной непроходимостью соответственно составляют 1:2700 и 1: 10000 новорожденных [2—3, 9].

Это объясняется не столько абсолютным увеличением их количества, сколько и улучшением диагностики как внутриутробно, так и в периоде новорожденности. Многообразные формы ВКН в подавляющем большинстве случаев приходится на неонатальный период и до 3-х месяцев жизни детей [1, 4—5].

ВКН представляет собой патологический синдром, обусловленный различными антенатальными нарушениями процессов формирования и вращения кишечника и/или постнатальной ее фиксации, проявляющийся расстройствами моторно-эвакуаторной функции кишечника, характеризующийся различным клиническим течением и проявлениями, соответственно наблюдаемыми морфологическими изменениями в пораженной части кишечника.

За последние годы в литературе широко обсуждается и дискутируется многие аспекты диагностики и лечения ВКН у новорожденных. Появляется возможность использования ультразвуковой диагностики и компьютерной томографии при ВКН постнатально [2, 6—7].

При достаточной изученности ВКН у новорожденных в литературе нет подробного анализа о частоте, формах и результатах лечения данного вида непроходимости. Имеются единичные работы, в которых освещены аспекты

диагностики и хирургического лечения данной формы непроходимости, но они разноречивы [6—8].

Целью настоящего исследования явилось — изучение клинико-рентгенологических особенностей, хирургической тактики и результатов лечения при ВКН у новорожденных.

Материалы и методы. За 2002—2013 гг. в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находилось 266 детей с различными формами ВКН в возрасте от 1 дня до 15 лет, среди них 215 (80,8 %) были в периоде новорожденности.

Больным проводились комплексные клинико-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические — обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта, ирригография.

Результаты и обсуждения. Данные дооперационной диагностики и интродоперационной ревизии органов брюшной полости позволили верифицировать различные формы ВКН. У 125 (58,1 %) новорожденных отмечены признаки низкой кишечной непроходимости, у 90 (41,9 %) — высокой кишечной непроходимости. Согласно половой градации наблюдалось преобладание мальчиков (131 — 61,0 %) над девочками (84 — 39,0 %).

Полная непроходимость или критическая обструкция в виде атрезии или стеноза кишечника, либо врожденные завороты с острым нарушением мезентериального кровообращения в кишечнике у 134 (62,3 %) детей служили причиной острого течения. Частичное нарушение проходимости при высокой или низкой локализации анатомического препятствия, а также, при наличии врожденного заворота без выраженных расстройств кровообращения в кишечнике у 81 (37,7 %) больных обуславливали подострое течение болезни (табл. 1).

Таблица 1.

Клинико-анатомические признаки ВКН среди обследованных детей в зависимости от обструкции (n=215)

Клинико-анатомические	Степень обструкции
-----------------------	--------------------

признаки	Полная (n=134)		Частичная (n=81)	
	Абс.	%	Абс.	%
Высокая кишечная непроходимость	8	5,9±2,0	39	48,1±7,1**
Низкая кишечная непроходимость	85	63,4±4,2	9	11,1±3,5**
Кишечная непроходимость с явлениями мальротации	36	26,9±3,8	33	40,7±5,4*
Смешанная, многоместная форма кишечной непроходимости	5	3,7±1,6	-	-

*Примечание: * — достоверность данных между степенью обструкции (* — $P<0,05$; ** — $P<0,05$)*

Как видно из представленных данных наблюдается достоверная закономерность между степенью обструкции и клинико-анатомическим признаками, которые характеризовались достоверной частотой встречаемости при полной обструкции низкой кишечной непроходимости ($P<0,001$), а при частичной — высокой кишечной непроходимости ($P<0,001$) и наличием мальротации кишечника ($P<0,05$).

Кишечная непроходимость у 100 (46,5 %) новорожденных была обусловлена нарушением формирования просвета кишечной трубки. Наружное сдавление кишечника спайками, прилежащими органами или их патологическими образованиями наблюдались у 34 (15,8 %) пациентов. У 69 (32,1 %) детей регистрировались нарушения ротации и фиксации брыжейки средней кишки или отдельных участков тонкой или толстой кишки. В 5 (2,3 %) случаях причиной ВКН служили сочетания нескольких вариантов нарушений формирований кишечной трубки (атрезия и стеноз или атрезия и мембрана) в отдельных ее участках, что свидетельствует о многоместной, смешанной форме кишечной непроходимости врожденного генеза. У 7 (3,3 %) больных признаки низкой кишечной непроходимости были обусловлены кистозным поджелудочной железой в виде мекониевого илеуса.

При высокой КН анатомические препятствия располагались в двенадцатиперстной кишке, вызывая полную или частичную непроходимость, причинами которых были: пороки развития duodenum (атрезия — у 4 (4,4 %), стенозы — у 5 (5,6 %); мембраны — у 12 (13,3 %)); наружное сдавление двенадцатиперстной кишки перидуоденальными спайками (у одного (1,1 % пациента) и кольцевидной или клещевидной поджелудочной железой (у 25 (27,8 %) новорожденных). Смешанная форма высокой КН была отмечена у одного (1,1 %) новорожденного. В 42 (46,7 %) случаях высокая кишечная непроходимость была обусловлена мальротацией.

Наиболее частой причиной низкой кишечной непроходимости служили атрезии 70 (56,0 %) и стенозы кишечника 3 (2,4 %) с различной локализацией в пределах тощей — у 18 (24,7 %); подвздошной — у 45 (61,6 %) и толстой кишки — у 10 (13,7 %). Мембранозная форма непроходимости вышеуказанных локализаций отмечена у 6 (4,8 %) новорожденных. У 27 (21,6 %) детей различные формы мальротации кишечника сопровождались клинικο-рентгенологическими признаками низкой кишечной непроходимости. Мекониальная непроходимость выявлялась у 7 (5,6 %), наружное сдавления кишечника — у 8 (6,4 %) больных. Низкая кишечная непроходимость с множественной локализацией по ходу тонкой или толстой кишки имела место в 4 (3,2 %) случаях (табл. 2).

Таблица 2.

Клинико-анатомические признаки ВКН среди обследованных детей в зависимости от характера непроходимости (n=215)

Клинико-анатомические признаки	Кишечная непроходимость			
	Высокая (n=90)		Низкая (n=125)	
	Абс.	%	Абс.	%
Атрезия кишечника	4	4,4±2,2	70	56±4,4***
Стеноз кишечника	5	5,6±2,4	3	2,4±1,4*
Мембранозная непроходимость	12	13,3±3,6	6	4,8±1,9
Мекониальная непроходимость	-	-	7	5,6±2,1**
Сдавление кишечника	26	28,9±4,8	8	6,4±2,2***
Мальротация	42	46,7±5,2	27	21,6±3,7

кишечника				
Смешанная форма	1	1,1±1,1	4	3,2±1,6

*Примечание: * — достоверность данных в зависимости от уровня кишечной непроходимости (* — $P<0,05$; ** — $P<0,01$; *** — $P<0,001$)*

Всем обследованным новорожденным было проведено УЗИ исследование брюшной полости с целью выявления ВКН. В тех случаях, когда УЗИ не давало положительного результата, но клиника соответствовала ВКН, нами было проведено рентгенологическое исследование. Наличие классических рентгенологических признаков 2-х газовых уровней, являющиеся характерными для высокой кишечной непроходимости и множественные уровни характерные для низкой кишечной непроходимости, обычно являются достаточными для подтверждения диагноза и показанием к оперативному вмешательству. Однако в некоторых случаях возникла необходимость проведения контрастных рентгенологических исследований в основном у новорожденных с частичной непроходимостью и сочетанными пороками ротации и фиксации кишечника.

Таким образом, согласно нашим клиническим наблюдениям считаем целесообразно в дооперационной диагностике ВКН, проводить комплексный подход с использованием ультразвуковой диагностики и рентгенологических методов, как взаимодополняющих исследований.

При ВКН мы придерживаемся следующей тактики предоперационной подготовки. Больным с высокой кишечной непроходимостью длительность корригирующей терапии составляла 10—48 часов. При наличии клинорентгенологических признаков мальротации с заворотом, и перитонитом, предоперационная подготовка проводилась от 3 до 6 часов. При частичной низкой кишечной непроходимости длительность предоперационной подготовки составила 4—6 часов.

Во время оперативного вмешательства у новорожденных с ВНК проводилась тщательная ревизия всего кишечника, начиная с двенадцатиперстной кишки, окружающих его органов, брыжейки кишечника и

образований брюшины на предмет наличия патологических отверстий и карманов. Как правило, ликвидация выявленных нарушений позволяет предупредить возможные причины рецидивирующей кишечной непроходимости. Тактика была дифференцированной в каждом отдельном случае, максимально направленная на коррекцию выявленных компонентов, нарушающие нормальное функционирование и дальнейший рост и развитие кишечника у растущего детского организма.

При дуоденальной непроходимости были выполнены следующие операции: дуодено-дуоденоанастомоз по Кохеру — у 25; дуодено-дуоденоанастомоз по Кимура — у 3; дуодено-еюноанастомоз — у 6. Дуоденотомия с иссечением мембраны — у 12 и с иссечением стеноза — у одного. Во всех случаях применялась дуоденопластика в косо-поперечном направлении. У одного больного при наружной обструкции двенадцатиперстной кишки, вызванной перидуоденальными спайками, произведено иссечение тяжей с мобилизацией duodenum.

При низкой кишечной непроходимости в зависимости от характера патологии и возникших осложнений были применены радикальные или паллиативные оперативные вмешательства. Методом выбора оперативного вмешательства при мембранозной непроходимости тонкой и толстой кишки являлась энтеро- или колостомия с иссечением мембраны. При большой разнице проксимального и дистального сегментов, по отношению к локализации мембраны, в 6 случаях потребовалась короткая резекция кишки несущей мембраны, с наложением анастомоза «конец в конец» или одноствольной либо двойной илеостомией.

При атрезиях кишечника в 35 (50,0 %) случаях выполнена органосберегающая резекция кишки с восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта. Обширные резекции в объеме 40—50 см потребовались в 6 случаях. В остальных наблюдениях, длина удаленной кишки не превышала 20—30 см.

При перфорации кишечника на фоне тяжелого общего состояния новорожденных в связи с полиорганной недостаточностью, обусловленной осложнениями основного заболевания и сочетанными пороками развития в 35 (50,0 %) случаях выполнялась паллиативная тактика: наложение двойной энтеростомии — 28 (80,0 %), колостомии — 6 (17,1 %) или Т-образного анастомоза — 1 (2,9 %) с последующей ликвидацией кишечных свищей.

При мальротациях кишечника (69 больных) независимо от варианта нарушения ротации во время операции ликвидируются анатомические нарушения вращения и патологические фиксации.

Анализ непосредственных результатов лечения показал у 27,4 % больных развитие различных осложнений. Частота, вид и тяжесть осложнений, выживаемость новорожденных различались в зависимости от характера основного заболевания, сопутствующих аномалий и соматических состояний.

Выводы:

1. У новорожденных ВКН протекает в виде острого (62,3 %) и подострого (37,7 %) течения и проявляются различными клинико-анатомическими формами. Факторами, определяющими ее течение, выраженность клинических признаков и данных рентгенологических исследований являются уровень локализации и степень обструкции.

2. Анатомические формы ВКН устанавливаются на основании последовательно проведенных ультразвуковых и рентгенологических исследований, взаимодополняющих друг друга, что повышает их достоверность.

3. Хирургическая тактика подбирается в зависимости от формы течения и анатомического варианта ВКН. При явлениях заворота и возникновений осложнений в виде перитонита, оперативное вмешательство проводится в экстренном порядке.

Список литературы:

1. Грона В.Н., Журило И.П., Перунский В.П., Лепихов П.А. Нарушения фиксации и ротации кишечника у новорожденных // Клиническая анатомия и оперативная хирургия. — 2007. — Т. 6. — № 3. — С. 29—33.
2. Дерунова В.И., Галкина Я.А., Мокрушина О.Г., Гераськин А.В. Результаты лечения дуоденальной непроходимости у новорожденных // Современные технологии в диагностике и лечении. — 2012, — № 2, — С. 19—22.
3. Немилова Т.К., Карабаева С.А. Врожденная кишечная непроходимость. В кн.: Детская Хирургия. Под ред. Ю.Ф. Исакова и А.Ф. Дронова М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. — С. 325—334.
4. Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Охлопков М.Е., Николаев В.Н. Врожденная кишечная непроходимость: выбор хирургической тактики и техники кишечного шва // Дальневосточный медицинский журнал. — 2012. — № 4. — С. 1—4.
5. Borsellino A, Zaccara A, Nahom A, Trucchi A, Aite L, Giorlandino C, Bagolan P. False-positive rate in prenatal diagnosis of surgical anomalies // J Pediatr Surg. — 2006. — Vol. 41. — № 4. — pp. 826—829.
6. Cohen-Overbeek T.E., Grijseels E.W.M, Niemeijer N.D., Hop W.C.J., Wladimiroff J. W. and Tibboel D. Isolated or non-isolated duodenal obstruction: perinatal outcome following prenatal or postnatal diagnosis // Ultrasound Obstet Gynecol. — 2008. — Vol. 32. — pp. 784—792.
7. Iacobelli BD, Zaccara A, Spiridakis I, et al. Prenatal counselling of small bowel atresia: watch the fluid! // Prenat Diagn. — 2006. — Vol. 2. — № 3. — pp. 214—217.
8. Melissa J. Ruiz, Keith A. Thatch, Jason C. Fisher, Lynn L. Simpson, and Robert A. Cowles. Neonatal outcomes associated with intestinal abnormalities diagnosed by fetal ultrasound // J Pediatr Surg. — 2009. — Vol. 44. — № 1. — pp. 71—75.
9. Touloukian R.J. 1996 Атрезии и стенозы кишечника. В кн.: Детская хирургия под ред. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. СПб.: Харфорд. — 1999. — Т. 1. — С. 341—356.