

Роль ультразвукового исследования в диагностике язвенно-некротического энтероколита у новорожденных

И. Ю. КАРПОВА, Л. Е. ЕГОРСКАЯ, Г. Б. БАТАНОВ

Нижегородская государственная медицинская академия,
Детская городская клиническая больница № 1, г. Нижний Новгород.

УДК 616-076.4-053.2

За последние десятилетия хирургия новорожденных является одной из наиболее перспективных и интенсивно развивающихся направлений. Постепенное увеличение рождаемости населения коррелирует с показателями заболеваемости матерей и новорожденных.

С конца 80-х годов XX века ультразвуковое исследование (УЗИ) является одним из самых распространенных методов диагностики в педиатрии благодаря своей безопасности и возрастающей информативности.

Во многих детских клиниках внедрена практика скрининг-обследования новорожденных, включающая УЗИ тазобедренных суставов, органов брюшной полости, нейросонографию (в основном у недоношенных).

В Нижегородской государственной медицинской академии на базе детской городской клинической больницы № 1 за период с 2005 по 2007 гг. проведено 57000 ультразвуковых исследований, из них пациентов до 1 месяца жизни было 11400 (20%).

Все исследования проводились на ультразвуковом аппарате Sim 7000 Ch (Италия) с частотой датчика 5-7,5 МГц.

Около 60% новорожденных в экстренном порядке переведены из роддомов города в тяжелом и крайне-тяжелом состоянии. Возраст детей варьировал от 4 до 15 суток жизни.

Пациентов с явлениями язвенно-некротического энтероколита (ЯНЭК), как следствие перенесенной тяжелой гипоксии, пролечено 74.

Большую часть составляли мальчики — 52 (70%) ребенка, девочек было 22 (30%).

Комплексное обследование данной группы больных включало в себя: динамическое наблюдение за пациентом, рентгенографию брюшной полости, лабораторный контроль и УЗИ головного мозга, сердца, брюшной полости.

С учетом клинко-рентгенологической стадийности ЯНЭК в процессе проведенных исследований с помощью эхографических данных были выявлены выраженные изменения в органах и системах организма.

Продрома заболевания (I стадия) характеризовалась отеком мозга с выраженными проявлениями в перивентрикулярных областях. Отмечались пери- и интравентрикуляр-

ные кровоизлияния с признаками незрелости структур головного мозга. Часто определялся симптом гиперэхогенных пирамид почек, метеоризм, замедленная перистальтика, утолщение стенок желчного пузыря с явлениями пузырного отека.

Неосложненный ЯНЭК или II стадия характеризовалась выраженной дилатацией кишечных петель, их ригидностью при компрессии, сниженной перистальтикой вплоть до полного ее отсутствия, выявлялось утолщение кишечной стенки. В ряде случаев диагностирован жидкостный компонент в межпетлевых пространствах.

У 50% детей отмечались признаки дисхолии (синдром «грязной желчи» в виде эхогенного неоднородного осадка в просвете желчного пузыря на фоне замазкообразной желчи с увеличением объема и размеров желчного пузыря). Размеры поджелудочной железы превышали возрастную норму.

При III стадии процесса (признаки предперфорации, ограниченного перитонита) во всех случаях определялся пневматоз кишечной стенки с ее утолщением. Четко прослеживалась жидкость между кишечными петлями.

Развернутая картина разлитого перитонита (IV стадия) проявлялась большим количеством выпота в брюшной полости и малом тазу.

Все вышеперечисленные эхографические изменения дополняли клинко-рентгенологическую картину воспалительного процесса и помогали своевременно оценить тяжесть состояния пациента.

В процессе лечения консервативная терапия применялась у 64 больных с ЯНЭК. Прооперированно 10 новорожденных. Умерло 4 ребенка. Причиной летальных исходов была сопутствующая сердечно-легочная патология и позднее поступление пациентов в стационар.

Таким образом, в комплекс традиционно используемых методов диагностики ЯНЭК (клинко-лабораторный контроль, рентгенография) необходимо включать ультразвуковое исследование, которое выявляет ранние патологические изменения сразу в нескольких системах организма, а также позволяет безболезненно проследить динамику заболевания.