

ЗАВОРОТ СТЕНОЗИРОВАННОГО УЧАСТКА КИШКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Северинов Д.А.¹, Гаврилук В.П.², Донская Е.В.²

¹ Курский государственный медицинский университет, Курск

² Курская областная детская больница № 2, Курск

Введение. В данной работе рассмотрен нетипичный клинический случай диагностики и хирургического лечения стеноза и заворота петли подвздошной кишки после перенесенного в периоде новорожденности некротического энтероколита у ребенка 3-х месяцев, осложненные некрозом и прикрытой перфорацией.

Описание клинического наблюдения. В реанимационное отделение Курской областной детской больницы № 2 (КОДБ № 2) госпитализирован ребенок М. 3 месяцев в тяжелом состоянии. За сутки до обращения мать ребенка отмечает выраженное беспокойство ребенка, вздутие живота, задержку стула. Ночь ребенок провел беспокойно. На утро отмечается вялость, частые срыгивания. После осмотра педиатром направлен в КОДБ № 2.

При первичном обследовании признаков кишечной непроходимости не выявлено. Ребенок получал парэнтеральное питание, антибактериальную терапию. Ежедневно выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) и рентгенографию органов брюшной полости. На третьи сутки наблюдения отмечается ухудшение состояния (живот вздут преимущественно в верхних отделах, мягкий, при пальпации ребенок беспокоится, перистальтика снижена), при УЗИ: перистальтика эпизодическая, крайне вялая, слева петли преимущественно спавшиеся, в параумбиликальной области между петлями расширенной кишки определяется экзогенный тяж до 18 мм, между петлями жидкостной компонент.

Учитывая вышеизложенные данные, принято решение о необходимости оперативного вмешательства. Под эндотрахеальным наркозом ребенку выполнена лапаротомия, при ревизии брюшной полости отмечается смещение отделов толстой кишки в левые ее отделы. Отмечается значительное количество плотных спаечных сращений в области двенадцатиперстной кишки, деформирующих ее стенку, которые поэтапно разделены. Петли толстого отдела кишечника и тонкой кишки спавшиеся практически на всем протяжении. На 10 см от илеоцекального угла обнаружен участок подвздошной кишки протяженностью до 15 см, представляющий собой «двустволку», завернутую у основания вокруг своей оси вокруг шнуровидной спайки, протянувшейся к задней брюшной стенке. Визуально петля темно-бордового цвета, стенки отечны, инфильтрированы, пальпаторно в зоне соприкосновения стенок кишки определяется их хрящевидная плотность, в этой же зоне имеется перфорационное отверстие диаметром до 2 мм. Участки кишечной трубки проксимальнее и дистальнее «двустволки» жизнеспособны. Выполнена резекция измененной петли, адаптация дистального и проксимального участков подвздошной кишки по диаметру, наложен тонко-тонкокишечный анастомоз конец-в-конец по методике J. Louw.

После операции ребенок получал лечение в отделении реанимации, энтеральное кормление — на 5-е сутки, на 10-е сутки после расширения объема кормления переведен в отделение детской хирургии. Выписан в удовлетворительном состоянии на 15-е сутки после операции.