

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОЙ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ ТОЩЕЙ КИШКИ

Терещенко О.А., Полеев А.В., Клименко А.Н.

Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Россия

Неонатальный скрининг на врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта является важным этапом в системе оказания хирургической помощи новорожденным. Однако, наш опыт лечения пациентов такого профиля показывает, что помимо обтурационных форм кишечной непроходимости (атрезии, стенозы) могут встречаться и странгуляционные (врожденная инвагинация кишечника). Представляем опыт успешного хирургического лечения антенатальной инвагинацией тощей кишки, осложненной некрозом внедренного отдела кишечника.

Описание наблюдения. Новорожденная девочка поступила в клинику через 12 ч после рождения из родильного дома города Краснодара. Анамнестически: беременность четвертая, протекавшая на фоне соматической патологии матери (анемия, трижды перенесенная ОРВИ, однократно — острая кишечная инфекция). При антенатальном скрининге в 36 нед. гестации выявлен врожденный порок развития кишечника (стеноз двенадцатиперстной кишки?).

Роды срочные на 39-й неделе гестации, оперативные, околоплодные воды зеленые. Родилась девочка с оценкой по шкале Апгар 6–6 баллов. Масса тела — 3720 г, длина — 52 см.

Проводились реанимационные мероприятия в родильном зале в связи с синдромом аспирации мекония: интубация трахеи, санация трахеи (до 1,5 мл мекония), ИВЛ. По стабилизации состояния в транспортном инкубаторе ребенок доставлен в нашу клинику.

При поступлении имеет место клиника кишечной непроходимости: застойное отделяемое из желудочного зонда, вздутие верхних отделов брюшной полости, болезненность при пальпации брюшной полости.

При УЗИ выявлена инвагинация тонкого кишечника, признаки кишечной непроходимости.

На рентгенограмме брюшной полости отмечаются признаки врожденной кишечной непроходимости — увеличенный желудок и начальные отделы тонкого кишечника с уровнями жидкости. После предоперационной подготовки в течение 2 ч ребенок оперирован.

При ревизии брюшной полости выявлена дилатация желудка и начального отдела тощей кишки (на протяжении 30 см от связки Трейтца диаметром до 2,0 см). Причиной непроходимости является тоще-тощекишечная инвагинация (длиной до 6 см). Мануальная дезинвагинация оказалась безуспешной ввиду некроза внутреннего цилиндра. Выполнена резекция инвагината в пределах здоровых тканей. Сформирован еюно-юноанастомоз «конец-в-конец» двухрядным швом. Контроль герметичности и проходимости анастомоза.

Послеоперационный период протекал гладко. На вторые сутки девочка переведена на спонтанное дыхание. Поить начали с третьих суток, энтеральное кормление — с четвертых суток. На 10-е сутки ребенок переведен в хирургическое отделение для пребывания с матерью. Выписана на 27-е сутки после излечения сопутствующей патологии (аспирационная пневмония, неонатальный кандидоз).

Заключение. Таким образом, у новорожденных при антенатальных ультразвуковых признаках высокой кишечной непроходимости следует помнить о возможности инвагинации кишечника и повторять ультразвуковое исследование в ближайшие часы после рождения.

Ключевые слова: новорожденные; врожденные пороки; инвагинация; тощая кишка; хирургическое лечение.