

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Цыганок В.Н.¹, Грамзин А.В.^{1,2}, Койнов Ю.Ю.¹,
Павлушин П.М.^{1,2}, Кривошеенко Н.В.¹

¹ Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия;

² Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Обоснование. Недоношенные новорожденные дети — крайне сложная когорта пациентов, которая в связи со своей анатомической и функциональной незрелостью скомпрометирована на развитие такой грозной хирургической патологии, как некротический энтероколит (НЭК). Характерных клинических различий между инвагинацией кишечника, деструктивным аппендицитом, дивертикулитом Меккеля и некротическим энтероколитом у недоношенных новорожденных нет, что, по большей части, создает трудности в своевременной постановке диагноза. Представляем наши клинические наблюдения.

Описание наблюдений. В первом клиническом наблюдении у недоношенного ребенка с наличием первоначального синдрома утечки воздуха (пневмоторакс и пневмоперитонеум) интраоперационно был установлен диагноз дивертикулита Меккеля с перфорацией без перитонита. Во втором случае у ребенка с массой тела 1160 г на 21-е сутки жизни выявлена тонко-тонкокишечная инвагинация.

В третьем клиническом наблюдении — новорожденный с мембраной двенадцатиперстной кишки, у которого на 5-е сутки жизни выполнено иссечение мембраны. На 11-е сутки послеоперационного периода клиника перфорации полого органа брюшной полости. На операции обнаружен деструктивный аппендицит. У всех пациентов наступило клиническое выздоровление.

Обсуждение. В процессе лечения таких пациентов в дифференциальном ряду диагностики, как правило, не учитываются такие патологии, как дивертикулит Меккеля, деструктивный аппендицит и инвагинация кишечника, которые являются очень редкими в практике детского хирурга у этой категории детей. По настоящее время дивертикулит Меккеля остается сложной диагностической проблемой, и в литературе имеются лишь единичные описания предоперационной ультразвуковой диагностики. Редкость и трудность диагностики большей частью не позволяет своевременно установить диагноз. В основном острая абдоминальная патология у недоношенного новорожденного протекает под маской некротического энтероколита, и, в случае отсутствия признаков перфорации кишечника, проводится консервативная терапия. Принимая во внимание то, что некротический энтероколит относится к одной из распространенных хирургических патологий у недоношенных детей, достижения в области выхаживания этой группы младенцев в последнее время привели к повышению выживаемости всех недоношенных, включая детей с редкой хирургической патологией, которую мы наблюдали. Применение ультразвукового исследования как раннего метода диагностики позволяет на ранних сроках заподозрить данную ситуацию, что клиническая практика может непосредственно отразиться на прогнозе. Однако сонография у данной категории детей требует определенного навыка и опыта. В связи с этим во время осмотра детским хирургом недоношенного ребенка с подозрением на абдоминальную хирургическую патологию он должен помнить о редких клинических вариантах и совместно с УЗИ-специалистом более детально осмотреть органы брюшной полости.

Заключение. Таким образом, учитывая отсутствие специфических клинических и рентгенологических признаков инвагинации кишечника, острого аппендицита и дивертикулита у недоношенных

детей, наиболее часто развитие острой абдоминальной патологии трактуется как некротизирующий энтероколит, который не всегда требует активной хирургической тактики. Тем не менее проблема своевременной диагностики представленных клинических случаев существует и по настоящее время, что требует более настороженного подхода к таким детям как со стороны узких специалистов, так и со стороны диагностических служб.

Ключевые слова: дивертикулит Меккеля; инвагинация; аппендицит; недоношенный новорожденный; синдром утечки воздуха.