

ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Швалев Ф.М.², Цап Н.А.¹, Чудаков В.Б.², Аболина Т.Б.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

² Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия

Актуальность. Кишечная непроходимость (КН) — одно из наиболее распространенных неотложных состояний среди недоношенных новорожденных (НН) и зачастую требует консультации хирурга в первые 3 суток жизни. До настоящего времени КН остается главной причиной, требующей экстренного хирургического вмешательства в периоде новорожденности. Может выступать как самостоятельное патологическое состояние, так и возникать как следствие общего соматического состояния. Ввиду роста выживаемости глубоко недоношенных детей, значительно увеличился процент случаев меконеального илеуса недоношенных (МИН). В ряде случаев, несвоевременная диагностика МИН может привести к грозным осложнениям, среди которых перфорация кишечника, перитонит, септический процесс и летальный исход.

В большинстве случаев клинические проявления низкой КН манифестируют к концу вторых суток жизни, прогрессирующим вздутием живота, появлением срыгиваний съеденной пищи, в динамике с примесью желчи, отсутствием эффективного стула. Однако у НН симптомы могут быть менее выраженными, а случаи не распознанной кишечной непроходимости могут ухудшать общий соматический статус, увеличивая смертность.

Золотым стандартом диагностики КН является пассаж контрастного препарата по ЖКТ. У новорожденных используется исключительно водорастворимые контрастные препараты. Высокая осмолярность способствует разжижению кишечного содержимого, стимуляции перистальтики кишечника. Описан позитивный эффект применения гастрографина (1,9 осм/кг) в лечении МИН у новорожденных. Однако гастрографин имеет много побочных действий и может привести к перфорации кишечника. В нашей клинике с целью диагностики и лечения применяется раствор Ультрависта (йопромид в дозе) 0,77 осм/кг с добавлением крахмала.

Цель: изучить подход к консервативному лечению с использованием водорастворимого гипертонического раствора ультрависта, определить тактику диагностики и лечения пациентов с МИН.

Материалы и методы. Ретроспективно изучено 54 медицинских карты недоношенных новорожденных с энтеральной недостаточностью, проходивших лечение в отделении реанимации в 2019–2022 гг.

Результаты. Среди проанализированных случаев преобладали дети, рожденные в сроке менее 28 недель гестации (74 %). В 41 % случаев, масса тела не превышала 750 г, 26 % — с массой 751 г до 1500 г. В большинстве случаев (65 %) осмотр хирургом проводился в первые 3 суток жизни по поводу отсутствия отхождения мекония, вздутия живота. При отсутствии эффективного стула более 48 часов назначался пассаж водорастворимого контраста Ультравист, на основе крахмала. При задержке контраста в тонком кишечнике более 36 часов проводилась «высокая» очистительная клизма под УЗИ-контролем с добавлением контраста. В 26 % на фоне консервативной терапии разрешить кишечную непроходимость не удалось. Операцией выбора являлась лапаротомия, ревизия, формирование двойной илеостомы с формированием площадки для последующего магнитного анастомоза. При ревизии отмечалось, что терминальный отдел подвздошной кишки спавшийся, не содержит каловых масс. Патологии со стороны кишечной стенки у детей с ранее

проведенным контрастным обследованием не отмечено. В одном случае отмечена перфорация кишки через 6 ч после начала пассажа у ребенка с сочетанием НЭК.

Выводы. Своевременное выявление КН, раннее начало диагностики и точная интерпретация рентгенологических и клинических данных, а также своевременный осмотр хирургом увеличивает шансы на консервативное разрешение непроходимости.

Ключевые слова: мекониальный илеус; дети; лечение; Ультравист.