

УСПЕШНЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С АТРЕЗИЕЙ КИШЕЧНИКА IV ТИПА

Попова Е.Б.¹, Немилова Т.К.², Караваева С.А.², Котин А.Н.², Богданов И.Ю.³

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

³ Детская городская больница №1, Санкт-Петербург

Цель: проанализировать особенности хирургической тактики при лечении наиболее тяжелых форм атрезии кишечника.

Материал и методы. С 2014 по 2019 гг. в ДГБ № 1 Санкт-Петербурга поступили 153 новорожденных с различными формами врожденной тонкокишечной непроходимости. Большинство из них — 148 детей (97 %) имели I — IIIA типы атрезии кишки, в 5 случаях более редкие и тяжелые формы порока — IIIB и IV типы.

Результаты и обсуждение. Ребенок З. Родился на 34 неделе гестации с массой 2300 грамм. Антенатально на сроке 26 недель были выявлены признаки низкой кишечной непроходимости. В первые часы жизни малыш был переведен в ДГБ №1 Санкт-Петербурга, где на основании клинической картины и данных рентгенологического исследования диагноз был подтвержден. На операции (№1) обнаружен IV тип атрезии кишки — атрезия первой петли тощей кишки, далее на протяжении 40 см тонкой кишки множественные атрезии и мембраны (сосисочная форма), атрезия толстой и прямой кишки, врожденно укороченная тонкая и толстая кишка. После удаления 40 см токой кишки с множественными атрезиями и мембранами был наложен Т-образный анастомоз между атрезированной первой петлей тощей кишки и подвздошной кишкой в 30 см от илеоцекального угла. В зоне атрезии толстой кишки выведена двойная колостома и сигмостома над атрезированной прямой кишкой. Общая длина тонкой кишки составляла 40 см. Послеоперационный период протекал без хирургических осложнений, ребенок находился на смешанном энтеральном и парэнтеральном питании. В 4,5 месяца (операция №2) закрыта колостома, в полтора года (операция №3) ликвидирована атрезия прямой кишки путем наложения сигморектоанастомоза.

В настоящее время ребенку 2,5 года, на полном энтеральном питании, имеет регулярный стул, растет и развивается согласно возрасту, несколько отстает от сверстников только по массе тела (9800 г в 2 года).

Выводы. Результаты лечения сложных врожденных пороков развития кишки, особенно сопровождающихся синдромом «короткой кишки», в последние года имеют устойчивую тенденцию к улучшению. Адаптация больного и его реабилитация протекают быстрее и легче, если во время операции сохраняют илеоцекальный клапан, а также «каждый сантиметр» жизнеспособной кишки. Важнейшим компонентом реабилитационного лечения детей после сложных реконструктивных операций на кишечнике является длительное парэнтеральное питание, которое должно быть полностью сбалансированным и проводиться через катетеры и системы длительного стояния. Внедрение мультидисциплинарных программ лечения этих детей является самым эффективным условием снижения летальности.