

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

✓ Резюме

В статье представлены сведения о частоте различных видах и формах течения врожденной кишечной непроходимости у 347 детей с различных возрастных групп. Установлены причины возникновения, варианты течения, частота анатомических форм врожденной кишечной непроходимости у детей. Систематизированы клинические проявления и данные вспомогательных методов исследования, в зависимости от анатомического варианта и локализации обструкции по ходу кишечника. Тактика хирургического вмешательства устанавливается в зависимости от характера врожденной кишечной непроходимости, вида сочетанной патологии и возникших осложнений.

Ключевые слова: дети, врожденная кишечная непроходимость, диагностика, лечение.

ЧАҚОЛОҚЛАР ВА ҲАР ХИЛ ЁШЛАРДАГИ БОЛАЛАРДА ТУГМА ИЧАК ТУТИЛИШИНИНГ ТУРЛИ ХИЛ ТУРЛАРИ ВА ШАКЛЛАРИНИ ТАСХИСЛАШ, ДАВОЛАШ

Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

✓ Резюме

Мақолада турли ёшдаги 347 болаларда тугма ичак тутилишининг турли хил турлари ва шакллари частотаси ҳақида маълумот берилган. Келиб чиқиш сабаблари, касаллик кечиши ва болаларда тугма ичак тутилишининг анатомик шакллари частотаси аниқланди. Қўшимча текшириш усуллариининг клиник кўринишлари ва ичак обструкцияси локализацияси ва анатомик вариантларига қараб тизимлаштирилди. Хирургик аралашув тактикаси тугма ичак тутилиши характериға, комбинацияланган патология туриға ва юзага келган асоратларға қараб аниқланади.

Калит сўзлари: болалар, тугма ичак тутилиши, таххислаш, даволаш.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CONGENITAL INTESTINAL OBSTRUCTION IN NEWBORNS AND CHILDREN OF DIFFERENT AGE GROUPS

Sattarov Zh.B., Ibragimov A.V.

Tashkent Pediatric Medical Institute

✓ Resume

The article presents information on the frequency of various types and forms of congenital intestinal obstruction in 347 children from different age groups. The causes of the occurrence, variants of the course, and the frequency of anatomical forms of congenital intestinal obstruction in children have been established. The clinical manifestations and data of auxiliary research methods are systematized, depending on the anatomical variant and localization of obstruction along the intestinal course. The tactics of surgical intervention is determined depending on the nature of congenital intestinal obstruction, the type of combined pathology and the complications that have arisen.

Key words: children, congenital intestinal obstruction, diagnosis, treatment.

Актуальность

Частота рождения детей с ВКН составляет 1:1500-1:2000 новорожденных [10-12]. Многообразные формы ВКН в большинстве случаев приходятся на неонатальный период и до 3 месяцев жизни детей. Но возникновение проявлений кишечной непроходимости (КН) у детей возможно и в старших возрастных группах, у подростков и даже взрослых [1-2,8-11]. Число детей с хирургической патологией, в том числе с врожденными пороками развития (ВПР), постоянно возрастает и не имеет тенденции к снижению [6]. В структуре ВПР аномалии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляют от 21,7% до 25%. В 33% случаях они проявляются врожденной кишечной непроходимостью (ВКН) и являются наиболее частыми поводами для госпитализации новорожденных в хирургический стационар для оперативного вмешательства [3,6].

Сочетанная с кишечной непроходимостью патология встречается у 30-70% детей. В большей степени она характерна для пациентов с патологией двенадцатиперстной кишки, для которой характерна высокая частота сочетания с другими пороками, синдромом Дауна [8]. Одной из причин ВКН являются нарушения ротации и фиксации средней кишки – мальротация кишечника (МК). По единому мнению специалистов, при МК с учетом жизнеугрожающих осложнений показано экстренное или плановое хирургическое лечение по установлению диагноза [7]. Первую успешную операцию при МК произвел Higgins (1923), но стандартизовалась методика после известных работ W. Ladd [4-6,11], который обосновал метод, получивший впоследствии название операции Ледда (ОЛ), наиболее часто используемый до сих пор. Однако данная операция не является универсальным методом коррекции многообразных вариантов мальротации. По утверждению отдельных авторов, оперативное лечение должно быть индивидуальным для каждого конкретного пациента с учетом вида мальротации [4,7]. Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении детей с указанной патологией, данная проблема по-прежнему актуальна, прежде всего, из-за риска развития тяжелых осложнений, приводящих к летальному исходу в 45% - 76% случаев, связанных с запоздалой диагностикой или применением неправильной лечебной тактики [1,3-4,10].

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений ВКН у новорожденных и детей старших возрастных групп.

Материал и методы

В клиник базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 347 детей с различными формами ВКН в возрасте от 1 дня до 18 лет, из них новорожденные – 261 (75,2%); до 3-х месяцев – 23 (6,6%); от месяца до 1 года – 17 (5,0%); от 1 года до 3-х лет – 15 (4,3%); от 3-х до 7 лет – 13 (3,7%); 7-14 лет – 14 (4,0%); 14-18 лет – 4 (1,2%). Среди больных преобладали мальчики – 213 (61,4%), девочки составили 38,6% (134).

Больным проводились комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование – ЖКТ, ирригография. При сложных случаях диагностики проведены КТ органов брюшной полости. У 139 (40,0%) больных отмечены признаки высокой кишечной непроходимости, у 208 (60,0%) – низкой кишечной непроходимости.

Результат и обсуждения

При высокой КН причинами были: пороки развития самой duodenum (атрезия – 7 (5,0%), стенозы – 5 (3,6%), мембраны – 21 (15,1%); наружное сдавление двенадцатиперстной кишки (ДПК) перидуоденальными спайками – 4 (2,9%), кольцевидная или клещевидная поджелудочная железа – 33 (23,7%); смешанные формы – 1 (0,7%). В 68 (49,0%) случаях высокая кишечная непроходимость была обусловлена мальротацией.

Наиболее частой причиной низкой кишечной непроходимости служили атрезии 83 (40,0%) и стенозы 8 (3,8%) кишечника с различной локализацией в пределах тощей – 21 (25,3%); подвздошной – 50 (60,2%); и толстой кишки – 11 (13,3%). Сплошные мембраны тонкой кишки отмечены у 1 (1,2%) больного; мембранозная форма непроходимости выше указанных локализаций отмечена соответственно у – 17 (8,1%). У 65 (31,3%) детей различные формы мальротации кишечника сопровождались клиничко-рентгенологическими признаками

низкой кишечной непроходимости. Меконияльная непроходимость имела у 11 (5,2%), наружное сдавление кишечника – у 20 (9,6%) больных. Препятствия с множественной локализацией имели место в 4 (2,0%) случаях.

У 206 (59,4%) больных проявлениями кишечной непроходимости были яркие классические клинические признаки (вздутие и боли в животе, беспокойство ребенка, рвота, отсутствие стула и отхождение газов). У 141 (40,6%) ребенка были заметными только отдельные проявления кишечной непроходимости. ВКН с явлениями мальротации при остром течении у больных, особенно новорожденных детей, проявлялись не только явлениями кишечной непроходимости, но и дыхательными расстройствами, нарушениями ликвородинамики, гемодинамики, синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и склеромой. Такая многоликость и вариабельность клинических проявлений ВКН зависит от локализации обструкции. В зависимости от уровня препятствия различали высокую и низкую непроходимость кишечника.

Кишечная непроходимость у 141 (40,6%) больного была обусловлена нарушением формирования просвета самой кишечной трубки – атрезии, стенозы – 103 (73,0%), мембраны – 38 (27,0%); у 57 (16,4%) – наружным сдавлением кишечника (спайками) прилегающими органами или их патологическими образованиями; у 133 (38,3%) детей с нарушениями ротации и фиксации брыжейки средней кишки или отдельных участков тонкой или толстой кишки. В 5 (1,5%) случаев причиной ВКН служили сочетания нескольких вариантов нарушений формирования кишечной трубки (атрезия и стеноз или атрезия и мембрана) в отдельных ее участках, тогда следует говорить о множественной, смешанной форме кишечной непроходимости врожденного генеза. У 11 (3,2%) больных признаки низкой кишечной непроходимости были обусловлены кистознофиброзом поджелудочной железы.

Наши клинические наблюдения показывают целесообразность в дооперационной диагностике ВКН комплексного подхода с использованием ультразвуковой диагностики и рентгенологических методов, взаимно дополняющих результаты исследования.

К многослойной компьютерной томографии (МСКТ) органов брюшной полости мы прибегали при сложностях

диагностики, которые наблюдались при хронически-рецидивирующем течении ВКН среди детей старших возрастных групп.

При ВКН длительность предоперационной подготовки подбиралась индивидуально, нарастающий токсикоз и признаки перитонита и полиорганной недостаточности потребовали проведения срочного оперативного вмешательства после 2-3 часовой подготовки. При явлениях частичной КН с характерным подострым течением умеренной выраженности интоксикации длительность предоперационной подготовки составила 10-48 часов.

Оперативным доступом был правосторонний трансректальный разрез у 169 (48,7%) и надумбликальный поперечный разрез – у 73 (21,0%) больных. В остальных случаях в зависимости от предположительного дооперационного диагноза или при необходимости повторного оперативного вмешательства.

При высокой врожденной кишечной непроходимости с наружной обструкцией двенадцатиперстной кишки проводится иссечение тяжей и мобилизация duodenum, восстановление ее формы и нормальной синтопии по отношению к верхним брыжеечным сосудам. В случаях внутренней обструкции (мембраны, стеноз) методом выбора оперативного вмешательства является дуоденотомия (с иссечением мембраны или ликвидации стеноза) и дуоденопластика. При кольцевидном рапсгеас раньше накладывали дуодено-дуодено анастомоз. В настоящее время в подобных состояниях методом выбора операции считается ромбовидный дуодено-дуоденоанастомоз по Kimura.

При мембранах тонкой или толстой кишки энтеро или колотомия с иссечением мембраны дают хорошие результаты, однако при локальных стенозах указанных локализаций предпочтение отдается короткой сегментарной резекции кишки несущей зоны стеноза. При операциях, требующих резекцию кишечника у детей руководствовались максимально органосберегающей тактикой с одновременным восстановлением непрерывности ЖКТ, которая считается операцией выбора. При наличии весомых противопоказаний (обширный некроз кишечника, перитонит, тяжелое общее состояние ребенка на фоне полиорганной недостаточности, обусловленное как осложнениями основного заболевания, так ассоциированной соматической патологией или сочетанным пороком развития) следует

придерживаться двухэтапной тактики: наложение двойной энтеро или колостомии с последующей ликвидацией кишечных свищей.

Способ завершения оперативного вмешательства зависел от анатомического варианта мальротации, характера сопутствующей патологии, соматического статуса больного, обусловленного основным заболеванием и конкурирующей патологией и возникшими осложнениями. Основным принципом операций при мальротациях является тщательная ревизия имеющихся нарушений ротации, ликвидация явлений кишечной непроходимости, мезоколикопариетальной грыжи, патологических фиксаций и выполнение аппендэктомии.

При мальротациях, всегда следует ликвидировать выявленную патологическую брюшинную фиксацию, в то же время создание искусственной фиксации проводится только в тех случаях, когда после устранения заворота или патологической фиксации удастся уложить кишечник и его брыжейку в физиологическом положении без натяжения мезентериальных сосудов.

Характер ведения раннего послеоперационного периода у детей с мальротациями определяли видом и объемом оперативных вмешательств, а также симультанной коррекцией множественных и сочетанных аномалий. Лечебные мероприятия были направлены на поддержание функции жизненно-важных органов; восстановление функции ЖКТ; полноценное обеспечение организма больного в физиологических потребностях: в воде, электролитах и белках; обеспечение адекватного послеоперационного обезболивания с использованием ненаркотических анальгетиков; проведение комбинированной антибактериальной терапии.

Показания к симультанным операциям, в том числе резекции кишки с анастомозом, или завершению операции наложением энтеро- или колостомы, определяли во время операции с учетом возникших осложнений (некроз кишечника, перитонит) и сочетанной патологии органов брюшной полости.

Из 65 (18,8%) проведенных симультанных вмешательств: в 52 (80,0%) случаях операции носили радикальный характер, в 13 (20,0%) – паллиативный. При резекции независимо от уровня непроходимости мы придерживались максимально органосберегающей тактики с восстановлением непрерывности желудочно-

кишечного тракта. Завершали операции в основном анастомозом «конец в конец» или созданием термино-латерального соустья.

При анализе непосредственных результатов оперативного лечения у больных выявлены различные после операционного осложнения. Частота, вид и тяжесть осложнений, и непосредственные результаты лечения были различными в зависимости от возраста больных детей, характера самой патологии и проведенного оперативного вмешательства. Их анализ свидетельствует о поливалентности тонатогенных факторов, обусловленных как изменениями самой кишечной непроходимости, так и связанных с ней до операционных и послеоперационных осложнений и сопутствующими заболеваниями.

Выводы

ВКН у детей обусловлена: нарушениями формирования самой кишечной трубки (40,6%); аномалиями ротации и фиксации кишечника (38,3%); пороками развития других органов, приводящие к сдавлению кишечника (16,4%); мекониевой непроходимостью (3,2%). У 1,5% больных причины имели мультифакторный характер.

Тактика и способ оперативного вмешательства определяются анатомическим вариантом мальротации, наличием сочетанных аномалий и сопутствующей патологии, соматическим статусом больного, обусловленным основным заболеванием, конкурирующей патологией и возникшими осложнениями.

При сочетании мальротации с высокой или низкой кишечной непроходимостью у 18,8% больных потребуются симультанные операции. В зависимости от состояния больного и заинтересованного органа, характера возникших осложнений симультанные вмешательства могут быть радикальными или завершены паллиативными вмешательствами.

Комплексный подход к дооперационной диагностике позволяет более точно ориентироваться в различных анатомических формах ВКН, в выборе тактики и установления оптимальных сроков проведения операции.

Выбор оперативного вмешательства определяется анатомическим вариантом порока, подтверждаемым интраоперационными находками. Тактика должна быть дифференцированной в каждом

отдельном случае, максимально направленная на коррекцию выявленных компонентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Веселый С.В., Грона В.Н., Сопов Г.А. Синдром рвоты при врожденной кишечной непроходимости у новорожденных //Український журнал хірургії – Киев. - 2010. - №1. – С. 5-13.
2. Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Железнов А.С., Батанов Г.Б., Николайчук В.А. Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта как совместная проблема детских хирургов и педиатров //Медицинский альманах – 2010. - № 4 (13). - С. 208-210.
3. Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Охлопков М.Е., Николаев В.Н. Результаты лечения новорожденных с пороками развития //Дальневосточный медицинский журнал. - 2012. - N 1. - С.74-77.
4. Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Отаназаров Ж.У., Бойирбеков Р.Х. Клиническое течение заворота кишечника у детей //Новый день в медицине – 2018. - №3 (33). - С. 79-83. <https://newdaymedicine.com/index.php/3-23-2018/>
5. Саттаров Ж. Б., Отаназаров Ж.У., Хуррамов Ф.М., Назаров Н.Н., Бакиев К.Х. Тонкокишечные свищи при врожденных пороках развития и приобретенных заболеваниях органов брюшной полости у детей // Журнал Педиатрия - Ташкент. 2021. №1.С.165-170.
6. Шапкина А.Н., Шапкин В.В., Матвейчук М.В., Бондарчук О.Б. Врожденная кишечная непроходимость у детей старшего возраста //Хирургия им. И.И. Пирогова – 2011. - №2. - С.67-68.
7. Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б. Особенности клиники и диагностики мальротации и аномалий фиксации кишечника у детей //Вестник хирургии им. И.И. Грекова – 2014. -N4. -С.73-77.
8. Эргашев Н.Ш. Саттаров Ж.Б. Врожденная кишечная непроходимость у детей // Учебное пособие. Ташкент. С.122. 2020 г.
9. Hakan Demirtaş, Mehmet S. Durmaz, Cem Boneval, Kamil Karaali Congenital Duodenal Web Leading to Partial Obstruction // CausaPedia. – 2013. - vol.2. – p. 401-407.
10. Min Ha Kwak, Ji Hae Kang, Ae Suk Kim, Sung Min Choi, Doo Kwun Kim, Dong Seok Lee, Dong-Yeop Ha, Sung Woo Kim. Small Bowel Obstruction Caused by an Aberrant Congenital Band in a Child // Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. – 2012. – vol. 15, N. 3. – pp. 188-192.
11. Pelizzo G., Codrich D., Zennaro F., Oste C.D., Maso G., Ottavio G.D., Schleef J. Prenatal detection of the cystic form of meconium peritonitis: No issues for delayed postnatal surgery // Pediatric Surgery International. – 2008. – vol.24, N.9. – pp. 1061-1065.
12. Touloukian R.J. Атрезии и стенозы кишечника. В кн.: Детская хирургия под ред. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М., «Харфорд» Санкт-Петербург – 1996. – Т.1. – С 341-356.

Поступила 09.07.2021