

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

© 2015. ¹ Н.Н. Эргашева, ² Н.Н. Тоирова

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт

²Республиканский перинатальный центр МЗ РУз

Таянч сўзлар: янги тўғилган чакалоқлар, тўғма ичак тутилиши, таъхислаш, клиника.

Keywords: newborns, congenital intestinal obstruction, diagnosis, clinical picture.

ЯНГИ ТЎҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ТЎҒМА ИЧАК ТУТИЛИШИ КЛИНИК КЕЧИШИНИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ушбу мақолада тўғма ичак тутилиши билан тўғилган 91 нафар чакалоқларда бирламчи тана вазнининг йўқотиши, ҳамда тана вазнининг кушиши натижалари муҳокама қилинади. Тўғма ичак тутилишининг кечишини оғирлаштирувчи омиллар хусусида сўз юритилган.

CLINICAL FEATURES CONGENITAL INTESTINAL OBSTRUCTION IN NEWBORNS

N.N. Ergasheva, N.N. Toirova

This article is a congenital intestinal obstruction brought 91 newborns initial body weight and weight loss, the restoration of body weight. Displaying heavy factors of congenital bowel obstruction

Процесс родов является сильнейшим физиологическим стрессом для организма матери и ребенка. Истощаются все естественные механизмы адаптации, в том числе, происходит угнетение облигатной микрофлоры. В условиях незавершенного процесса формирования органов и систем в периоде неонатальной адаптации все функции организма ребенка находятся в состоянии неустойчивого равновесия. Воздействие неблагоприятных факторов, в том числе операционный стресс, приводит к срыву адаптационных механизмов и развитию патологических процессов, которые могут представлять угрозу для жизни ребенка. Ежегодно возрастает число детей с врожденной хирургической патологией, причем, в структуре последней большую часть занимают врожденные пороки развития и острые хирургические заболевания органов брюшной полости. В процессе адаптации новорожденных динамика массы тела зависит от адекватного функционирования системы мать-плод-новорожденный. При этом характер ранней неонатальной адаптации в значительной мере зависит от степени зрелости и соматического статуса новорожденного. На нормальный рост в антенатальном периоде жизни плода влияют множество факторов: рост и генетический анамнез родителей, заболевания и качество питания матери, эндокринные факторы, вредные привычки, TORCH- и ВИЧ-инфицирование [1-3.5]. Факторами, усиливающими первоначальную убыль массы тела, считают недоношенность, крупную массу тела при рождении, патологический характер родов и дефекты ухода и кормления ребенка [4-6].

Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) как правила сопровождается нарушениями нормального сокооборота в желудочно-кишечном тракте начиная с внутриутробного периода и продолжая после рождения ребенка вызывает выраженные изменения в водно-солевом обмене и нарушения микробиоценоза, служит причиной развития различных до- и/или послеоперационных осложнений. ВКН коренным образом меняет течение ранней и поздней неонатальной адаптации и служит одним из факторов вызывающих дезадаптивное состояние, в том числе динамику становления физиологической массы тела у новорожденного ребенка. До настоящего времени аспекты динамики данного транзиторного состояния при ВКН у новорожденных остаются мало изученными.

Целью настоящего исследования являлось выявление особенностей динамики транзиторной убыли массы тела при различных клинко-анатомических вариантах врожденной кишечной непроходимости у новорожденных.

Материалы и методы. За 2009-2011гг. в отделении неонатальной хирургии Республиканского перинатального центра МЗ РУз под наблюдением находились 91 новорожденных с ВКН, в возрасте от 1 дня до 28 суток, в том числе 1-3 дней - 50 (54,9%); 4-10 дней - 21 (23,1%); 11-28 дней - 20 (22%). Среди больных преобладали мальчики - 52 (57,1 %), девочки-39 (42,9%). Из всех детей - 59 (64,8%) были доношенными, а 32 (35,2%) ребенка родились с гестационным возрастом 27-36 недель.

Учитывая особенности клинического течения и характера осложнений при естественном течении

ВКН новорожденные с указанной патологией были разделены на три группы: а) с высокой кишечной непроходимостью – 27 (29,7%); б) низкой кишечной непроходимостью - 44 (48,3%); в) непроходимость при мальротациях кишечника - 20 (22%). У 79 (86,8%) новорожденных непроходимость была полной (при высокой - 20, низкой - 43, мальротациях кишечника 16), у 12 (13,2%) - частичной (при высокой - 7, низкой- 3, мальротациях кишечника -2). Группу контроля составили 30 новорожденных, родившихся в удовлетворительном состоянии при самопроизвольных родах. Изучена степень выраженности и динамика транзиторной убыли первоначальной массы тела у детей с врожденной кишечной непроходимостью и здоровых новорожденных с целью использования данного показателя в качестве одного из объективных критериев адаптации новорожденных.

ВКН у 80 (87,9%) новорожденных диагностирован как изолированный порок развития ЖКТ, у 11 (12,1%) детей имели множественные и сочетанные аномалии. Сопутствующие заболевания диагностированы у 59 (64,8%) новорожденных. Окончательный клинический диагноз верифицирован данными клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований, а также интраоперационных находок.

Состояние детей при рождении определялось по шкале Апгар на 1-й и на 5-й минутах жизни. Оценка физического развития новорожденных и классификацию задержки внутриутробного развития проводили в соответствии предложениям Г.М. Деметьевой (2003). Характер динамику массы тела в периоде неонатальной адаптации оценивали по общепринятым критериям, включающим комплекс морфометрических параметров. Ежедневные взвешивание ребенка на этапах наблюдения проводилась на электронных весах СЕОМ.

Результаты и их обсуждение. Неосложненное течение беременности отмечено у 15 (16,5%) матерей. Абсолютное большинство матерей имели отягощенный соматический анамнез. Патологическое течение гестационного периода (высокая частота гестоза и угрозы прерывания беременности) более часто регистрировалось у матерей, дети которых родились в состоянии гипоксии. Анализ соматического здоровья женщин показал, что 35 (38,5%) имели различную экстрагенитальную патологию, 16 (45,7%) из них имели два заболевания, а 19 (54,3%) – три и более. Неблагоприятные факторы оказывали сочетанное и потенцированное воздействие на плод, приводя к хронической внутриутробной гипоксии плода и острой асфиксии детей (25 - 27,3%). Состояние новорожденных по шкале Апгар на 1-й и на 5-й минуты приведены в таблицах 1 и 2.

Средняя оценка по шкале Апгар при высокой КН составила на 1-ой минуте жизни $6,4 \pm 0,25$ балла, на 5-ой минуте жизни – $7,1 \pm 0,25$ балла ($P < 0,05$); при низкой КН – на 1-ой минуте жизни $6,7 \pm 0,19$ балла, на 5-ой минуте жизни – $7,7 \pm 0,19$ балла ($P < 0,05$); при мальротациях кишечника - на 1-ой минуте жизни $7,15 \pm 0,18$ балла, на 5-ой минуте жизни – $8,2 \pm 0,16$ балла ($P < 0,05$).

При ВКН физиологическое течение раннего периода адаптации имело место у 9 (9,9%) детей при частичной высокой или низкой КН. Они не имели сопутствующих ни соматических, ни неврологических нарушений и из-за не выраженности проявлений диагноз кишечной непроходимости своевременно не был установлен. У остальных 82 (90,1%) детей несмотря на тенденцию к нормализации оценки по Апгар к 5-ой минуте жизни, на 1-е сутки жизни состояние было расценено как, средне тяжелое - у 51 детей (62,2%), тяжелое – у 31 детей (37,8%). Тяжесть состояния была обусловлена транзиторным нарушением гемо-, ликвородинамики в виде синдрома повышенной нервно-

Таблица 1

Состояние новорожденных при ВКН по шкале Апгар на 1-й минуте (n=91)

Группы	Баллы по шкале Апгар на 1-ой минуте								Ср. балл
	2	3	4	5	6	7	8	9	
Высокая КН (n=27)	1	0	0	6	2	16	2	0	$6,4 \pm 0,25^{**}$
Низкая КН (n=44)	0	0	1	4	8	22	8	1	$6,7 \pm 0,19^*$
Мальротация (n=20)	0	0	0	1	2	10	7	0	$7,15 \pm 0,18$
Контроль (n=30)	0	0	0	1	0	6	23	0	$7,38 \pm 0,19$
Всего	1	0	1	12	12	54	40	9	

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой (* - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$)

Таблица 2

Состояние новорожденных при ВКН по шкале Апгар (n=91)

Группы	Баллы по шкале Апгар на 5-ой минуте								
	2	3	4	5	6	7	8	9	Ср. балл
Высокая КН (n=27)	0	0	0	0	6	3	16	2	7,1±0,25*
Низкая КН (n=44)	0	0	0	1	4	8	22	9	7,7±0,19*
Мальротация (n=20)	0	0	0	0	0	3	10	7	8,2±0,16
Контроль (n=30)	0	0	0	0	1	0	6	23	8,83±0,09
Всего	0	0	0	1	11	14	54	41	

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

рефлекторной возбудимости гипоксического генеза у 13 (15,9%) детей, а также внутриутробной гипотрофией 1 степени и морфофункциональной незрелостью - у 8 (9,8%), за счет нарастания дыхательной недостаточности на фоне синдрома дыхательных расстройств – у 22 (26,2%). В 39 случаях (47,6%) встречались такие осложнения как длительный безводный период, быстрые и стремительные роды, первичная слабость родовой деятельности, потребовавшая медикаментозной стимуляции, тазовое и ягодичное предлежание, 2-кратное тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода. Роды были самостоятельными в 69 случае (75,8%), оперативными - кесарево сечение по поводу тяжелого гестоза, преэклампсии, слабость родовой деятельности, при тазовом и ягодичном предлежании плода, предлежании плаценты – в 22 случаях (24,2%). Потребность в реанимационных мероприятиях нуждались 9 (9,9%) новорожденных с ВКН. Указанные явления как в отдельности, так и совокупности служили причиной тяжести состояния новорожденных в виде: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС - 15 (16,5%); внутрижелудочковые кровоизлияния - 18 (19,8%); синдром дыхательных расстройств - 22 (24,2%); гипербилирубинемия - 11 (12,1%); задержкой внутриутробного развития - 8 (8,8%); анемия - 78 (85,7%); отечный синдром - 3 (3,3%); ДВС синдром - 11 (12,1%); сочетание нескольких нарушений - 31 (34,1%), обуславливая нарушения динамики массы тела ребенка и ранней и поздней неонатальной адаптации.

43 ребенка (47,3%) с ВКН родились преимущественно от первой беременности, от второй беременности – 15 (16,5%), остальные 33 (36,2%) ребенка были рождены от последующих беременностей. Средний возраст матерей составил 24,6±0,47 года. Средние антропометрические данные новорожденных при рождении с различными формами ВКН приведены в таблице 3.

Средняя масса тела детей с ВКН составила 3081,1±99,8г, группы контроля — 3502,3±60,2 г (p<0,05); средняя длина тела — 49,6±0,51 и 52,5±0,31 см соответственно (p<0,05). Нормальная масса тела для срока родов у 64 (70,3%) новорожденных, маленькая масса тела - 27 (29,7%), из них: у 24 (88,9%) низкая масса тела.

Таблица 3

Антропометрические данные новорожденных с ВКН (n =91)

Показатели	Высокая КН (n =27)	Низкая КН (n =44)	Мальротация (n =20)	Контроль (n =30)
Масса тела, г	2864,8±119,3*	3217,7±106,2	3160,65±98,8	3502,3±60,2
Длина тела, см	49,1±0,74	50,3±0,57	49,5±1,0	52,5±0,31
Окр.гр.клетки, см	33,5±0,48	34,12±0,33	33,6±0,53	34,1±0,12
Окр.головы, см	33,4±0,41*	33,9±0,37*	33,7±0,38*	35,2±0,12

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой (* - P<0,05)

Таблица 4

Динамика массы тела при ВКН у новорожденных (n =91)

Показатели	Высокая КН (n =27)	Низкая КН (n =44)	Мальротация (n =20)	Контроль (n =30)
Максимальная убыль массы тела, %	11,9±1,3**	11,1±1,15**	8,6±1,5*	5,3±0,43
Максимальная убыль массы тела, сут	2,9±0,28*	5,5±0,65*	2,7±0,15	2,5±0,12
Период восстановления массы тела при рожд., сут	10,4±0,7***	8,6±0,59***	7,51±1,1***	3,6±0,13

Признаки задержки внутриутробного развития (ЗВУР) при ВКН были выявлены у 8 (8,8%) новорожденных, в виде гипотрофического варианта у 4 (50%) и гипопластического варианта у 4 (50%). Масса тела при рождении и степень транзиторной убыли массы тела при различных формах врожденной кишечной непроходимости имели существенные различия (табл. 4).

Изучение динамики транзиторной убыли первоначальной массы тела у новорожденных с ВКН показало, что в среднем она составила 10,5±1,15% (вариационный ряд был в пределах 0,72-36%). У 56 (61,5%) новорожденных убыль первоначальной массы тела оказалась выше 11%, у - 28 (30,8%) ниже 11%. У 7 детей убыли массы тела не отмечалось. Степень транзиторной убыли массы тела не зависела от пола ребенка, однако данный показатель был более выраженным среди недоношенных детей (7,5±0,28% соответственно) и при явлениях полной кишечной непроходимости по сравнению с частичной (4,8±0,36 и 5,3±0,31% соответственно).

В группе детей, рожденных с высокой ВКН, транзиторная потеря первоначальной массы тела оказалась в 1,1 раза выше, чем у новорожденных с низкой кишечной непроходимостью (11,9±1,3% и 11,1±1,15% соответственно). Данное обстоятельство объясняется тем, что при высокой кишечной непроходимости у новорожденных наблюдаются продолжающаяся рвота и/или упорные срыгивания, в связи с чем данная категория детей находилась на энтеральном кормлении. Более значимая потеря массы тела наблюдалась при полной высокой кишечной непроходимости, а также у больных с локализацией препятствия ниже большого дуоденального соска. В этих случаях ребенок полностью теряет желудочно-панкреатический сок и желчь. Фактором, способствовавшим большей потере первоначального веса в этих случаях также служили, ассоциированные патологические состояния как ЗВУР - 6, недоношенность - 5, сопутствующие заболевания - 12.

При врожденной низкой кишечной непроходимости снижение первоначальной массы тела регистрировалось не у каждого ребенка, а только у 25 из 44 детей. У 19 больных детей не происходило потери массы тела. У 12 из 44 детей была зарегистрирована патологическая прибавка массы тела в первые 3 суток жизни. В этих случаях, несмотря на избыточную массу тела, новорожденные выглядят гипотрофичными с истощением подкожно-жирового слоя. Эти особенности динамики массы тела новорожденных, можно объяснить тем, что при низкой ВКН наблюдается задержка в организме кишечного химуса, с характерным внешним видом – резкое вздутие и увеличение живота с гипотонией мышц передней брюшной стенки, поэтому рвота появляется поздно на 2-3-е сутки и заболевания сопровождается развитием как общего отека синдрома. У 3 из 44 новорожденных с низкой ВКН наблюдалось развитие токсической нефропатии, в виде олигоанурической формы с появлением пастозности и отеков тела, у части новорожденных развилась склерема. Прирост массы тела у этих больных, возможно, был обусловлен проведенной с целью дезинтоксикации организма ребенка инфузионной терапией.

При пороках ротации и фиксации кишечника, сопровождавшихся кишечной непроходимостью, степень убыли первоначальной массы тела у новорожденных и ежедневная потеря веса была менее интенсивной (2,9±0,28 и 2,7±0,15 соответственно) по сравнению с высокой и низкой кишечной непроходимостью. Полученные данные можно объяснить особенностями течения мальротации, как правило, при этом наблюдается высокая кишечная непроходимость и наблюдающийся заворот кишечника вызывает циркуляторно-ишемические расстройства в кишечнике сопровождающиеся вы-

раженным болевым синдромом и кишечным кровотечением у части детей.

При анализе особенности транзиторной убыли массы тела у новорожденных с ВКН в зависимости от способа родоразрешения выяснилось, что новорожденные, появившиеся на свет путем кесарева сечения, имели достоверно большую транзиторную убыль массы тела в раннем неонатальном периоде ($12,5 \pm 2,5$; $P < 0,05$). По-видимому, оперативное родоразрешение приводит к дезадаптации новорожденных, которая выражается в том числе в более высокой транзиторной убыли массы тела.

Средний постнатальный возраст максимальной убыли массы тела у новорожденных с ВКН при различных его клинко-анатомических вариантах также имели статистические различия: около $2,9 \pm 0,28$ суток жизни при высокой кишечной непроходимости; $5,5 \pm 0,65$ суток - при низкой; $2,7 \pm 0,15$ суток - при пороках мальротации кишечника.

Представляет интерес динамика массы тела новорожденных непосредственно до, после и в ближайшие сроки проведения операции. Обычно при операциях по поводу высокой кишечной непроходимости и в случаях оперативного вмешательства без резекции кишечника большие изменения в массе тела до и после операции не наблюдается. Поскольку, при адекватной инфузионной терапии и парентеральном обеспечении необходимыми ингредиентами достигается поддержки массы тела во время операции. В то же время при низкой кишечной непроходимости и операциях сопровождающиеся с резекцией кишечника, за счет удаления скопившейся обильного кишечного содержимого и резекции части кишечника наблюдается 12 - 16% потеря от фактического веса ребенка.

Восстановление первоначальной массы тела при ВКН зависит от степени потеря массы тела, срока, характера и течения проведенного оперативного вмешательства, а также тяжести сопутствующей соматической патологии и индивидуальных компенсаторных возможностей каждого ребенка в послеоперационном периоде. Средние показатели восстановления первоначальной массы тела при рождении при высокой кишечной непроходимости был равен к $10,4 \pm 0,7$ суткам жизни. При низкой ВКН и пороках мальротации кишечника восстановление первоначальной массы наблюдались соответственно на $8,6 \pm 0,59$ и $7,51 \pm 1,1$ сутки.

Выводы. Установлено, что фактический вес и показатель транзиторной потери массы тела и сроки его восстановления при различных клинко-анатомических формах ВКН имеют свои особенности. Более выраженная и пролонгированная потеря первоначальной массы тела у новорожденных при ВКН, свидетельствует о срыве механизмов адаптации в неонатальном периоде.

У новорожденных с низкой ВКН, минимальная убыль массы тела или даже отсутствие потери массы тела не может считаться благоприятным показателем, ибо свидетельствует о патологическом скоплении кишечного содержимого и задержке жидкости в организме ребенка. У новорожденных при ВКН сопутствующая недоношенность, ЗВУР, отягощенный соматический фон отягощают физиологические параметры динамики массы тела.

Использованная литература:

1. Исмаилов С.И., Урманова Ю.М., Мавлонов У.Х., Ходжаева Ф.С., К вопросу о факторах, влияющих на нормальный рост плода в антенатальном периоде // Международный эндокринологический журнал.- 2011.- № 4 (36).- С.9-21;
2. Неонатология: национальное руководство (Под ред. Н.Н.Володина).- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 848с.;
3. Cheung V.Y., Bocking A.D., Dasilva O.P. Preterm discordant twins: what birth weight difference is significant? // Amst. J. Obstet. Gynecol. -1995.- V.172.- №3. – P.955-959;
4. Kilic M., Aygun C., Kaynar-Tuncel E. et al. Does birth weight discordance in preterm twins affect neonatal outcome? // Perinatol. – 2006.- V.26.- №5.- P.268-272;
5. Luo Y.M., Fang Q., Zhuang G.L., et al. Perinatal outcome of discordant twin pregnancies.//J: Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. – 2005.- V.40.- №7.- P.449-452;
6. Yalcin H.R., Zorlu C.G., Lembet A., et al. The significance of birth weight difference in discordant twins: a level to standardize? //J: Acta Obstet Gynecol Scand. – 1998.-V.77.- №1.- P.28-31.