

НЕИММУННАЯ ВОДЯНКА ПЛОДА У ОДНОГО ИЗ ДВОЙНИ, ВЫЗВАННАЯ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНИКА

Васильченко Е.М.

Научный руководитель: проф. С.Т. Кизатова

Некоммерческое акционерное общество «Карагандинский медицинский университет», Караганда, Республика Казахстан

Ключевые слова: новорождённый; водянка плода; перфорация; диагностика; лечение

Актуальность. Представленный случай демонстрирует неиммунную водянку плода в условиях двойни, вызванную пороком развития кишечника.

Описание клинического случая. Новорождённый от многорожавшей женщины 35 лет (беременность 4-я, роды 3-и) из дихориальной диамниотической двойни, родившийся в 37 нед + 2 дня. Масса тела при рождении 4280 г, длина тела 48 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. У второго плода признаки патологии при рождении отсутствовали. С 29-й недели по данным УЗИ у одного из плодов отмечались признаки водянки: асцит, гепатомегалия. Состояние новорождённого при рождении тяжёлое за счёт выраженной дыхательной недостаточности, генерализованного отёчного синдрома. Проведены шаги А и В реанимации. Дыхание аппаратное, выслушивались влажные разнокалиберные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардии нет. Пульс на периферических артериях снижен. Артериальное давление в пределах нормы. Живот резко увеличен в объёме, плотный, пальпации не доступен. Перистальтики не слышно. В 1-е сутки жизни продолжена респираторная поддержка искусственной вентиляцией лёгких. Проведена катетеризация пупочной вены. Начата антибактериальная терапия 1 курс: бензилпенициллин + гентамицин, инфузионная терапия, с целью седации и обезболивания титрование 0,005% фентанила. С учётом данных рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ почек и УЗИ плевральной полости выставлен диагноз: Асцит. Двусторонний гидроторакс. С целью декомпрессии брюшной полости детским хирургом проведён лапароцентез, установлен дренаж в брюшную полость N12. На 3-и сутки жизни состояние больного ухудшилось, хирургом по клиническим и рентгеновским данным выставлен диагноз: P78.0. Перфорация кишечника в перинатальном периоде. Проведено оперативное вмешательство. Выставлен диагноз: Q41.1. Врождённое отсутствие, атрезия и стеноз тощей кишки. Выполнена срединная лапаротомия, произведена резекция атрезированного участка тощей кишки с наложением прямого тонко-тонкокишечного анастомоза «конец в конец». Антибактериальная терапия усилена метронидазолом. Удалён пупочный катетер. Установлен центральный венозный катетер. На 9-е сутки жизни начато энтеральное питание, которое больной усваивал. Абдоминальный дренаж удалён. На 16-е сутки жизни состояние ребёнка удовлетворительное, находится на полном энтеральном питании. Зондовое кормление отменено. Переведён в палату к маме. Ребёнок выписан домой на 20-е сутки жизни (17-е сутки после операции) под наблюдение участкового врача. Масса тела при выписке 3336 г (-104 г с рождения).

Заключение. Данный клинический случай свидетельствует о необходимости ранней диагностики и использования мультидисциплинарной тактики в лечении неиммунной водянки плода. Своевременно проведённое хирургическое вме-

шательство, антибактериальная терапия и нутритивная поддержка обеспечили положительный клинический результат.

* * *