

ционном периоде не было. Реконструктивная операция по закрытию энтероостом, как правило, выполнялась на 3–4 недели с момента первичной операции.

#### **Выводы**

Разработанный способ определения зоны локального некроза и уровня резекции кишки позволяет выполнить максимально экономную резекцию пораженного участка кишки в пределах здоровых тканей, тем самым способствовать предотвращению развития энтеральной недостаточности в дальнейшем, а также избежать осложнений, требующих хирургической коррекции.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Тактика лечения новорожденных с некротическим энтероколитом / А. Ж. Хамраев [и др.] // Российский вестник. — 2014. — Т. 4, № 1. — С. 55–57.
2. Comparison between killed and living probiotic usage versus placebo for the prevention of necrotizing enterocolitis and sepsis in neonates / H. Awad [et al.] // Pak. J. Biol. Sci. — 2010. — Vol. 13. — P. 253–262.
3. Козлов, Ю. А. Новые хирургические стратегии лечения некротизирующего энтероколитау новорожденных / Ю. А. Козлов, В. А. Новожилов, К. А. Ковальков // Анналы хирургии. — 2015. — № 5. — С. 24–30.

**УДК 616.348-002.4**

### **РЕДКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Саухина А. Д., Кугот А. К.*

**Научный руководитель: ассистент Б. А. Баллыев**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Некротизирующий энтероколит (НЭК) новорожденных является неспецифическим воспалительным заболеванием с невыясненной этиологией, вызываемым инфекционными агентами на фоне незрелости механизмов местной защиты [1]. В основе патогенеза лежит ишемия и циркуляторные нарушения в кишечнике, следствием которых является централизация кровообращения и локальное нарушение мезентериального кровотока с последующим изъязвлением слизистой, некрозом и перфорацией кишечника [2].

НЭК — одно из наиболее тяжелых заболеваний новорожденных, большинство из которых являются недоношенными с массой тела меньше 1500 г, с распространенностью от 0,3 до 3 случаев на 1000 детей [3]. В последнее десятилетие наблюдается увеличение количества новорожденных с данной патологией, что связано со стремительным развитием неонатологии и реаниматологии, позволяющим выхаживать глубоко недоношенных детей, детей с факторами риска развития НЭК — гипоксия в родах, синдром дыхательных расстройств, врожденные пороки сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), внутриутробная инфекция и др. Однако, несмотря на совместные усилия неонатологов, реаниматологов и детских хирургов показатель смертности остается высоким и составляет от 28 до 54 %, а после оперативных вмешательств — 60 % [1, 2, 3]. На базе детского хирургического отделения Гомельской областной клинической больницы (ГОКБ) летальность от данной патологии за 2018 г. составила 40 %.

Клинические проявления НЭК варьируются от подострой формы с возможностью консервативного лечения (характерна для детей с массой тела 1000-1500г), до молниеносных форм, характерных для доношенных «крупных» детей с быстрым развитием перфорации кишки, перитонитом [1]. НЭК характеризуется стадийным течением: 1 стадия — подозреваемый НЭК (1а, 1б), 2 — явный НЭК (2а, 2б), 3 — прогрессирую-

щий НЭК (3а, 3б). Перфорация ЖКТ может быть в любом его отделе, но наиболее часто встречается в подвздошной кишке [3]. Лечение зависит от стадии заболевания и складывается из консервативной терапии и хирургического лечения [2]. Однако часто заболевание диагностируется уже в стадии перитонита, что снижает успех лечения. Операцией выбора у больных с НЭК является экономная резекция некротизированного участка кишки с наложением кишечных стом, а так же формирование прямого кишечного анастомоза [4].

Таким образом, широкое распространение, тяжелое клиническое течение с высоким уровнем летальности, трудности ранней диагностики НЭК делают проблему актуальной на сегодняшний день.

#### ***Цель***

Углубленно изучить и проанализировать клинический случай НЭК с перфорацией аппендикса у новорожденного.

#### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ медицинской карты стационарного больного (форма №003/у-07) новорожденного, находившегося на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации ГОКБ в 2016 г. с 12.01 по 22.01 по поводу НЭК. Также была проанализирована отечественная и зарубежная литература по данному заболеванию.

#### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Ребенок от 1-ой беременности, 1-ых преждевременных родов, в сроке гестации 34–35 недель, беременность протекала с эрозией шейки матки, синдромом задержки развития плода 1 ст., маловодием. Родился в Жлобинском роддоме. Масса тела при рождении 2050 г, длина — 47 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Находился на естественном вскармливании. На 13-е сутки жизни развился парез кишечника, выставлен диагноз: НЭК 2 А. В оперативном лечении не нуждался, проведено консервативное лечение: энтеральная пауза, амклав, амикацин, метронидазол, стизон, тейкопланин, флуконазол, инфузионную терапию. За период наблюдения состояние оставалось тяжелым, стабильным. Ежедневно контроль УЗИ органов брюшной полости (ОБП) — толщина кишечной стенки, наличие свободной жидкости в брюшной полости, ее характер. На 17 сутки жизни на Rg ОБП выявлен свободный газ в брюшной полости. Переведен в ГОКБ с диагнозом: Внутриутробная недифференцированная инфекция с преимущественным поражением легких и кишечника. ДН 0–1 ст. НЭК 3Б. Перфорация полого органа. Геморрагический синдром (купирован). Энцефалопатия новорожденного токсико-гипоксическая, синдром угнетения. Неонатальная желтуха. Малая аномалия развития сердца: дополнительная хорда левого желудочка, удлинённая евстахиева заслонка в правом предсердии. Недоношенность, 35 недель гестации.

При переводе: состояние тяжелое, дыхание спонтанное, вялый. Живот умеренно вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, не напряжен, мягкий, доступен глубокой пальпации. Перистальтика прослушивается. На контрольной Rg ОБП с контрастом имеется полоска свободного газа под обоими куполами диафрагмы, контраст заполняет все отделы кишечника.

При диагностической видеолапароскопии выявлен в правой подвздошной области рыхлый инфильтрат из петель кишечника, сальника. Выполнена поперечная лапаротомия выше пупка; инфильтрат в мезогастрии справа, состоящий из сигмовидной кишки, терминального отдела подвздошной кишки, гангренозного перфоративного червеобразного отростка, большого сальника разделен. Купол слепой кишки и терминальный отдел подвздошной кишки незначительно инфильтрированные, с налетами фибрина. Язв и участков перфорации на кишечнике при ревизии не выявлено. Произведена аппендэктомия, резекция большого сальника, санация и дренирование брюшной полости.

В послеоперационном периоде получал кардиотоники (допамин) в течение первых 3-х суток; комплексную инфузионную терапию, полное парентеральное питание, альбумин, дважды переливались трижды отмытые эритроциты, обезболивающие. Проводилась антибиотикотерапия: цефсульпин, ванкомицин, метронидазол в возрастных дозировках. Энтеральное зондовое питание начато с 8-го дня после операции по 10 мл на 1 кормление, затем переведен на самостоятельное кормление, на момент выписки усваивал по 70 мл. При наличии стойкой положительной динамикой общего состояния для дальнейшего лечения переведен в отделение для выхаживания недоношенных детей 3-й городской больницы. Вес при переводе составил 2820 г.

#### **Выводы**

Таким образом, НЭК остается актуальной проблемой в детской хирургии, неонатологии, анестезиологии-реаниматологии. Предиктором успеха в лечении новорожденных остается своевременная диагностика хирургической стадии заболевания, раннее оперативное лечение до появления перфорации кишки с развитием перитонита. При единичных поражениях кишечника без развития перитонита операцией выбора является резекция измененного участка кишки с наложением первичного кишечного шва с сохранением естественного пассажа по кишечной трубке.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Карпова, И. Ю. Некротический энтероколит у новорожденных: клиника, диагностика и лечение / И. Ю. Карпова // Современные технологии в медицине — 2012. — № 2. — С. 138–142.
2. Чубарова, А. И. Некротический энтероколит новорожденных / А. И. Чубарова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2012. — № 1. — С. 70–75.
3. Диагностика и лечение некротического энтероколита у недоношенных / Ю. И. Кучеров [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2014. — № 6. — С. 18–24.
4. Случай формирования кишечного анастомоза при лечении некротического энтероколита у новорожденных детей / М. Т. Ильясов [и др.] // Медицинский журнал Западного Казахстана. — 2012. — № 3 (35). — С. 145–147.

УДК 616.346.2-089.87-053.2"2014/2016"

### **СОВРЕМЕННЫЙ СПЕКТР ПРИЧИН И СПОСОБОВ АППЕНДЭКТОМИЙ У ОПЕРИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА ПЕРИОД 2014–2016 ГГ.**

*Сотникова В. В.*

**Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Баранов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Острый аппендицит (ОА) — наиболее частая острая хирургическая нозология брюшной полости в детском возрасте. Болеют дети любого возраста, крайне редко до года [1, 2, 3]. Примерно у 1/3 пациентов к моменту операции уже имеется выраженная деструкция с/без перфорации червеобразного отростка. Несмотря на все современные достижения фармакотерапии, на сегодняшний день течение ОА нередко сопровождается развитием осложненных форм.

У детей с болями в животе и подозрением на острый аппендицит или иную острую абдоминальную патологию, при отсутствии чётких объективных данных подтверждающих этот диагноз, обычно применяется тактика активного наблюдения в динамике в условиях стационара.