

Состояние ребенка при выписке удовлетворительное. Активный, усваивает до 100 мл на кормление. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Стул желтого цвета без патологических примесей 3–4 раза в день. Количество койко-дней составило 58 суток.

Выводы

Новорожденные, особенно группы повышенного риска, должны быть консультированы детским хирургом при появлении первых симптомов НЭК, до развития хирургических осложнений. Оперативное вмешательство должно выполняться до появления признаков перфорации полого органа. Методом выбора для оперативного лечения является экономная резекция пораженного участка кишечника. При ревизии кишечника необходимо учитывать несоответствие протяженности язвенного процесса в кишечной трубке с выявляемыми при визуальном осмотре интраоперационно. При наличии перитонита выполняется выведение стомы: операция выбора — формирование двойной концевой стомы, для возможности проведения рентгеноскопии дистальных участков кишечной трубки с целью выявления рубцовых стенозов зажившего язвенного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Карпова, И. Ю.* Некротизирующий энтероколит у новорожденных (новые способы прогнозирования и лечения): дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.19 / И. Ю. Карпова. — Н. Новгород, 2017. — 242 с.
2. *Карпова, И. Ю.* Некротический энтероколит у новорожденных: клиника, диагностика и лечение / И. Ю. Карпова // Современные технологии в медицине. — 2012. — № 2. — С. 138–142.
3. *Мальцев, С. В.* Некротизирующий энтероколит новорожденных / С. В. Мальцев, Э. М. Шакирова // Практическая медицина. — 2010. — Т. 6, № 45. — С. 69–74.

УДК 616.34-007.272-089-053.2

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ

Мельников Ю. Н.

Научный руководитель: д.м.н., профессор И. И. Бабич

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация**

Введение

Некротический энтероколит является наиболее тяжелым заболеванием у новорожденных. Несмотря на развитие неонатальной, хирургической службы, летальность, согласно данным современной литературы, может достигать в среднем 45 % и существенно растет с уменьшением срока гестации [1, 2]. В отношении показаний к проведению экстренной операции разногласий среди хирургов нет. Однако подход к ведению и хирургическая тактика лечения пациентов с прогрессирующей формой некротического энтероколита по настоящее время остаются весьма дискуссионными. Ряд авторов считают целесообразным экономную резекцию измененного участка кишки с созданием двойной энтеро- или колостомы. В случае мультифокального поражения кишечника выполняется множественная энтероколостомия, с последующей реконструктивной операцией через 3–4 недели. Некоторые хирурги придерживаются иной тактики лечения, получившей название «clip and drop», заключающейся в резекции некротического сегмента кишки, клипировании концов жизнеспособных отрезков и погружении их в брюшную полость с последующим отсроченным анастомозом. Отдельным спосо-

бом лечения некротического энтероколита можно считать постановку перитонеального дренажа с целью декомпрессии брюшной полости, следует отметить, что выжившие после данной процедуры пациенты не нуждаются в лапаротомии [3]. Тем не менее, вне зависимости от тактики, ключевым этапом хирургического лечения прогрессирующего некротического энтероколита у новорожденных является оценка жизнеспособности кишки вовлеченной в патологический процесс [1].

Цель

Улучшить результаты лечения новорожденных с некротизирующим энтероколитом путем разработки способа определения зоны локального некроза и уровня резекции кишки.

Материал и методы исследования

В клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» с 2010 г. по 2018 г. на лечение по поводу прогрессирующего некротического энтероколита состояло 38 новорожденных. Средняя масса тела 1500 г, гестационный срок 32 недели. Локальное поражение желудочно-кишечного тракта было выявлено в 87 % случаев (33 пациента), мультифигментарное — у 13 % (5 пациентов). Летальность составила 18 % (7 пациентов), и была обусловлена множественными пороками развития, развитием ДВС-синдрома, сепсиса, полиорганной недостаточности.

Жизнеспособность кишки вовлеченной в патологический процесс во всех случаях определялась с помощью разработанного нами способа определения зоны локального некроза и уровня резекции кишки. Заявка на изобретение от 14 декабря 2017 г. № 2017143990.

Результаты исследования и их обсуждение

Всем пациентам, после проведения предоперационной подготовки, выполнялась лапаротомия, при этом, в 43 % случаев (16 пациентов) осуществлялся циркулярный параумбиликальный доступ, который в достаточной мере позволяет выполнить адекватную ревизию брюшной полости у новорожденного. Параумбиликальный доступ выполнялся в случае отсутствия у пациентов явлений пневмоперитонеума и являлся альтернативой диагностической лапароскопии. В 26 % случаев (10 пациентов), в связи с тяжелым состоянием больного, в комплекс предоперационной подготовки с целью снижения внутрибрюшного давления входило дренирование брюшной полости. Следует отметить, что именно в этой категории пациентов отмечались летальные исходы 18 % (7 пациентов). Показаниями к оперативному лечению послужили общепринятые стандарты. В 74 % случаев (28 пациентов) при наличии перфорационного отверстия уровень резекции определялся поэтапным перемещением наконечника электрода нейростимулятора «Стимулплекс 12» от центральной части патологически измененной области в проксимальном и дистальном направлении до момента появления циркулярного сокращения кишечной трубки. Резекция пораженного участка кишки выполнялась на расстоянии 2 см от зоны циркулярного сокращения. У 26 % (10 пациентов) при выявлении предперфорационного процесса и визуальной измененного сомнительного участка кишки электрод прикладывался к центральной его части с целью определения его жизнеспособности. При этом, появление характерного воронкообразного углубления достоверно свидетельствовало о развитии некроза, что являлось показанием к резекции. Таким образом, в 71 % (27 пациента) нами была выполнена двустольная илеостомия, 16 % (6 пациентов) — двустольная илеоколотомия с резекцией илеоцекального угла. В 13 % случаев (5 пациентов), в связи с мультифокальным поражением кишечника было принято решение максимально сохранить протяженность кишки и выполнить экономную резекцию только некротизированных отделов кишечника с сохранением жизнеспособных участков между ними с формированием нескольких пар двойных илеостом и илеоколотомы. В 80 % случаев (4 пациента) формирование множественных энтеростом сочеталось с ушиванием отдельных перфорационных отверстий и в 20 % (1 пациент) — формированием энтероанастомоза. Релапаротомий в послеопера-

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-