

При лапароскопическом вмешательстве пациенты выписывались на 4–5 сутки после операции. После операций по Иванесвичу и Мармару — на 7-е сутки.

При лапароскопической диссекции имеется возможность визуализировать все стволы семенной вены. Так же преимуществом при лапароскопии является малоинвазивность, быстрое восстановление и косметический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев, В. А. Влияние варикоцеле на сперматогенез: В кн.: Современные технологии в оценке отдаленных результатов лечения урологической патологии у детей / В. А. Ковалев, С. В. Королёва // Тезисы докл. науч.-практ. конф. детских урологов. — М., 2001. — С. 13–15.
2. Варикоцеле в детском возрасте / С. Л. Коварский [и др.] // Детская хирургия. — 2008. — № 6. — С. 50–53.
3. Дронов, А. Ф. Лапароскопическое лечение рецидива варикоцеле у детей / А. Ф. Дронов // Эндоскопическая хирургия. — 2005. — № 1. — С. 45.
4. Пугачев, А. Г. Варикоцеле у детей и подростков и бесплодие / А. Г. Пугачев, В. В. Евдокимов, В. И. Ерасова // Урол. и нефрол. — 1995. — № 2. — С. 34–35.
5. Shiraishi, K. Effects of grade 1 varicocele detected in the pediatric age-group on testicular development / K. Shiraishi, H. Takihara, H. Matsuyama // J. Pediatr. Surg. — 2009. — Vol. 44, № 10. — P. 1995–1998.

УДК 616.348.-002.4:616.344-08

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ

Кугот А. К., Саухина А. Д.

Научный руководитель: ассистент *Т. А. Шачикова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Некротизирующий энтероколит (НЭК) — тяжелое полиэтиологичное заболевание у новорожденных детей, при котором органом мишенью является кишечник. В основе патогенеза по данным большинства исследований лежит результат нарушения кровообращения в кишечной стенке, вследствие различных причин, среди которых доминирует гипоксия, с последующим вазоспазмом в мезентериальных сосудах и нарушением перфузии и реперфузии стенки (постгипоксическая ишемия кишечника). Частота развития НЭК у новорожденных составляет 0,3–3 на 1000 живорожденных, обратно пропорциональна массе тела и гестационному возрасту новорожденного (чем меньше масса тела и гестационный возраст, тем чаще НЭК). У доношенных новорожденных частота НЭК 0,05 на 1000 живорожденных. НЭК является заболеванием «выживших недоношенных», однако этот процесс часто диагностируется и у доношенных детей. С клинической точки зрения НЭК отличается широким спектром вариантов течения заболевания: от легких случаев до тяжелых форм, осложняющихся некрозом кишечника, перфорацией, перитонитом и сепсисом и имеет несколько стадий течения заболевания: 1-я стадия — подозреваемый НЭК (1А, 1Б), 2-я стадия — явный НЭК (2А, 2Б), 3-я стадия — прогрессирующий НЭК (3А, 3Б).

К факторам риска, которые могут предрасполагать к развитию данного заболевания, относят гипоксию плода, гиповолемический шок, осложненное течение родов, длительность безводного периода более 6 часов, врожденные пороки сердца, внутриутробную инфекцию, недоношенность, перинатальное поражение центральной нервной системы, «агрессивное» энтеральное питание, особенности кровоснабжения кишечника у новорожденных и др. Выбор метода лечения НЭК зависит от стадии заболевания и

тяжести состояния ребенка. На 1–2 стадиях показано консервативное лечение. На 3-й стадии выполняется оперативное лечение [1, 2, 3].

Цель

Изучить и проанализировать клинический случай НЭК у новорожденного с поражением терминального отдела подвздошной кишки.

Материал и методы исследования

Для выполнения данной работы был проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента, находившегося на стационарном лечении в отделении анестезиологии, интенсивной терапии и реанимации (ОАИР) и детском хирургическом отделении (ДХО) У «ГОКБ» с 03.01.16 г. по 01.03.16 г.

Результаты исследования и их обсуждения

Ребенок С. от 2-й беременности, 2-х родов в сроке 39 недель, с осложненным течением беременности (киста правого яичника, кольпит, анемия, преждевременный разрыв околоплодного пузыря). Вес при рождении 2640 г, рост 49 см, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. Ребенок переведен из Жлобинского роддома на 5-е сутки жизни в отделение патологии новорожденных ГОДКБ в связи с ухудшением состояния (желтуха) с диагнозом: Врожденный порок сердца (ВПС): вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), мышечный нерестриктивный дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), открытый артериальный порок (ОАП), открытое овальное окно (ООО). Синдром Дауна (фенотипически). На следующий день ребенок был переведен в ОАИР УГОДКБ в связи с появлением в стуле примеси крови. Общее состояние при поступлении в ОАИР тяжелое. Назначена консультация детского хирурга УГОКБ в связи с подозрением на развитие НЭК. На момент осмотра диагностирована 2А-стадия заболевания, рекомендовано консервативное лечение, наблюдение. В динамике на 8-е сутки жизни состояние ребенка ухудшилось: нарастали явления интоксикации, вздутие живота, перистальтика не выслушивалась. На 10-е сутки жизни появились признаки перитонита (передняя брюшная стенка лоснится, гиперемия в области пупочного кольца); на контрольной обзорной рентгенограмме органов брюшной полости появились признаки перфорации полого органа - полоска свободного газа в брюшной полости над правой долей печени, требующая экстренного хирургического лечения. Ребенок переведен реанимобилем в ДХО УГОКБ для дальнейшего оперативного лечения.

Оперативное вмешательство (03.01.16): лапаротомия поперечным доступом над пупком. Выявлен некроз и перфорация подвздошной кишки на расстоянии 10 см от илеоцекального угла, разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Других участков измененной кишки не найдено. Проведена резекция участка подвздошной кишки с сохранением илеоцекального угла, наложением терминальной илеостомы, инфильтрированного участка большого сальника, санация и дренирование брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде имелось осложнение: эвентрация послеоперационной раны (санация брюшной полости, ушивание послеоперационной раны). После стабилизации состояния ребенка, купирования воспалительных явлений, стойкой прибавки в весе, в плановом порядке (11.02.16) выполнено закрытие илеостомы. Интраоперационно выявлена облитерация терминального отдела подвздошной кишки, правых отделов ободочной кишки до уровня селезеночного угла. Произведена резекция данного участка кишки, с наложением илеотрансверзоанастомоза «конец в конец».

С момента поступления ребенок находился в ОАРИТ, где получал респираторную поддержку, антибиотикотерапию, инфузионную терапию, обезболивающее, производилось переливание свежзамороженной плазмы, эритроцитарной массы, тромбоконцентрата, альбумин, парентеральное питание. С 18.02.16 начато частичное энтеральное питание, ребенок переведен в ДХО.

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-