

Хамраев А.Ж., Каримов И.М., Шамсиев А.Ф., Сайдалиходжаев А.Б., Файзуллаев Л.А.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

Hamraev A.J., Karimov I.M., Shamsiev A.F., Saidalihodjaev A.B., Fayzullaev L.A.

TACTICS TREATMENT OF NEONATES WITH NECROTISING ENTEROKOLITIS

Tashkent Pediatric medical institute

Резюме

Приводятся результаты лечения 90 новорожденных в возрасте от 1 до 28 дней в клинике ГКДБ №1 г. Ташкента по поводу НЭК и его осложнений. На основе изучения клинического течения НЭК выделили 2 группы больных: 1-я – 57 (63,2%) новорожденных с 1 и 2А стадиями НЭК, TORCH-инфекцией, а также признаками выпотного перитонита без перфорации кишечника; 2-я группа – 33 (36,8%) новорожденных, у которых патология осложнилась перфорацией кишечника и перитонитом. В зависимости от сопутствующего заболевания, клинического течения и тяжести основной патологии были определены стратегия и тактика лечения НЭК, что позволило получить благоприятные результаты. Хирургическая смертность составила 31,1%, общая летальность – 15,5%.

Ключевые слова: новорожденный, некротический энтероколит, диагностика, лечение

Abstract

The present article deals with treatment results of 90 sick newborns at the age from 1 to 28 days being in SCChD clinic in Tashkent city on the occasion of NEC and its complications. By that the patients were divided into 2 groups: 1 group were 57 newborns with NEC 1–2 A with hypoxic damage of CNS, were 24 children with NEC accompanying with TORCH infection and without intestinal perforation; 2 group were 33 newborns with NEC complications with intestinal perforation. Depending on accompanying diseases, clinical course severity of main pathology, the principles of diagnosis and treatment NEC in the newborns, were developed. It allowed to get good results in patients with NEC. Surgical death rate at NEC newborns was 31,1%, general lethality was 15,5%.

Key words: newborn, necrotizing enterocolitis, diagnosis, treatment

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении некротизирующего энтероколита (НЭК) у новорожденных, отмечается тенденция роста летальности, которая колеблется от 30 до 70%, что подтверждает актуальность изучения данной патологии в неонатальной хирургии.

Материал и методы исследования

В ГКДБ №1 г. Ташкента в 2007–2013 гг. в ОРИТ и отделении детской хирургии на лечении находились 90 новорожденных с НЭК: 52 (57%) мальчика и 38 (43%) девочек, причем 33 (34%) недоношенные новорожденные поступили с массой тела 700–2150 г и сроком гестации 28–35 недель.

Диагноз НЭК установлен на основании клинического, рентгенологического, ультразвукового и лабораторных исследований. УЗИ выполняли с помощью аппарата экспертного класса «Sim-7000 elenge» (Италия) с линейным (частота 7 МГц) и секторальным (частота 7,5 МГц) датчиками. У 72 (80%) больных при лабораторных исследованиях выявлена анемия, у 65 (72%) – гипопропротеинемия. Кроме того, выявлены сопутствующие заболевания: гипоксические поражения ЦНС – у 48 (48%), внутриутробное инфицирование (TORCH-инфекция) – у 26 (26%), болезнь Гиршпрунга – у 8 (8%) детей, эмбриональная пупочная грыжа – у 4 (4%), свищевые формы атре-

зии ануса и прямой кишки – у 4 (4%), пилоростеноз – у 2 (2%).

Результаты исследования

На основе изучения клинического течения НЭК выделили 2 группы новорожденных: 1-я – 57 (63,2%) новорожденных с 1-й и 2А стадиями НЭК, TORCH-инфекцией, а также признаками выпотного перитонита без перфорации кишечника; 2-я группа – НЭК, осложненный перфорацией кишечника и перитонитом.

В 1-й группе больных в 22 (24,4%) случаях отмечена тенденция к затяжному течению НЭК на фоне TORCH-инфекции. Клиническая картина характеризовалась парезом кишечника, метеоризмом, периодическим застоем желудочного содержимого по назогастральному зонду, патологическим стулом с примесью слизи и прожилок крови. В анализах крови отмечались лейкопения или умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия. У новорожденных с TORCH-инфекцией клинически проявлялись конъюгационная желтуха, токсический гепатит, анемия. ДВС-синдром клинически выражался кровотечением из пупочных сосудов, геморрагическими высыпаниями на коже и видимых слизистых оболочках.

На рентгенологическом и УЗИ исследованиях брюшной полости отмечались признаки воспаления стенок кишки в виде их утолщения и ригидности, расширение петель и пневматоз кишечника, а также наличие свободной жидкости в брюшной полости.

После проведенного антибактериального, противовирусного, парентерального, дезинтоксикационного, метаболического лечения и применения эубиотиков и синбиотиков в сочетании с бактериофагами отмечалась положительная динамика у 40 (70,1%) больных с благоприятным результатом. При этом, несмотря на купирование ДВС-синдрома и проводимую терапию, у 10 больных отмечена отрицательная динамика. У них нарастали клинические проявления пареза кишечника, увеличивался застой по желудочному зонду с присоединением кишечного содержимого и т. д., поэтому для купирования пареза кишечника и профилактики перфорации кишечника и вторичного перитонита на терминальную часть подвздошной кишки была наложена разгрузочная петлевая илеостома, что в дальнейшем способствовало спасению

от тяжелого калового перитонита, угрожающего жизни новорожденных. Летальный исход отмечен в одном случае с присоединением тяжелой пневмонии у новорожденного с массой тела менее 1500 г – у него оперативное вмешательство не проводили.

Во 2-ю группу вошли 33 (36,8%) новорожденных, поступившие в ОРИТ в крайне тяжелом состоянии: в терминальной стадии перфоративного перитонита, соответствовавшей 2Б – 3Б клинической стадии НЭК. У этих больных на УЗИ в динамике отмечались утолщение кишечной стенки, ригидность и расширение петель кишечника, визуализировалась свободная жидкость в брюшной полости. При УЗИ удалось дифференцировать пневматоз кишечника и наличие свободного воздуха в брюшной полости. Рентгенологически выявлено наличие свободного газа в брюшной полости в 65% случаях, в 35% случаев не выявлены перфорации полого органа и наличие свободного газа в брюшной полости на фоне фиксированного пневмоперитонеума.

Интраоперационно перфорация локализовалась у 13 (39,4%) новорожденных на уровне толстой кишки, у 11 (33,3%) – на уровне тонкого кишечника, у 9 (27,3%) детей отмечено сочетание ее в тонком и толстом кишечнике. Объем хирургических вмешательств определяли с учетом общего состояния больного, гемодинамических и биохимических показателей угрозы развития ДВС-синдрома.

Мы ограничивались наложением илеостомы или колостомы без резекции кишечника (60% случаев) или с резекцией участков некроза (у 40% пациентов). Терминальная илеостома наложена 10 (28,5%) детям, колостома – 4 (11,5%) детей, в остальных случаях (21 (60%)) была наложена двустольная илеостома. Во всех случаях мы старались сохранить баугиневую заслонку для дальнейшей профилактики развития синдрома короткой кишки. Оперативные вмешательства у всех больных заканчивали тщательной санацией органов брюшной полости раствором бетадина и оставлением микроирригатора для введения антибиотиков и дренирования малого таза. Послеоперационный период у всех детей протекал крайне тяжело, что объясняется интоксикацией вследствие перитонита, операционной травмы, низкой массы тела, ДВС-синдрома, пареза кишечника и т. д.

В послеоперационном периоде у всех больных в первые сутки отмечен парез кишечника различной степени тяжести, который был разрешен консер-

вативными мероприятиями. Кроме того, у 7 детей развивалась ранняя спаечная кишечная непроходимость, у 3-х – повторная перфорация с другой локализацией кишечника, у 5 – эвентрация и у 3-х – эвагинация кишечника. Комплексную терапию проводили на основе принципов лечения гнойно-септических заболеваний: применяли антибиотики широкого действия, иммуно- и дезинтоксикационную терапию, полноценное парентеральное питание, пробиотики, ферменты и бактериофаги (секстофак) и т. д. У недоношенных и детей с низкой массой тела в послеоперационном периоде проводили продленную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) до стабилизации общего состояния и адаптации самостоятельного дыхания. Отмечено 13 (37,1%) летальных исходов.

Таким образом, из 90 новорожденных с НЭК прооперировано 45 (50,0%), в послеоперационном периоде общая летальность отмечена в 14 (15,5%)

случаях, хирургическая летальность составила 31,1% случаев.

Выводы

1. Хирургическая тактика у новорожденных с НЭК определяется тяжестью состояния больного, характером осложнений, распространенностью патологического процесса в брюшной полости.

2. У новорожденных с НЭК при отсутствии положительной динамики при консервативном лечении рекомендуются ранняя лапаротомия, ревизия органов брюшной полости с наложением разгрузочной стомы во избежание вторичного перитонита.

3. На результаты хирургического лечения НЭК у новорожденных в большой степени влияют фоновые состояния: степень недоношенности, внутриутробное инфицирование, гипоксические поражения ЦНС, TORCH-инфекция и т. д.

Список литературы

1. Гераськин А. В. и др. Неонатальная хирургия. – М., 2009. – 409 с.
2. Щербинин Р. Л. и др. Хирургическое лечение новорожденных с некротизирующим энтероколитом // Вестник РГМУ. Материалы 50-й Всесоюзной научной конференции «Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста». – М., 2010. С. 53.
3. Горбатюк О. М., Мартынюк Т. В. Перфоративный перитонит новорожденных // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2011. С. 27.
4. Kimira K., Loening-Baucke V. // J. Pediatr. Surg. 2000. Vol. 61, № 16. P. 181–190.

Авторы

Контактное лицо:

ХАМРАЕВ

Абдурашид Журакулович

Доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Тел.: (998-712) 264-10-67 (дом)., (998-712) 224-29-05 (раб.), (998-90) 970-61-62 (сот.).

E-mail: abdurashid-56@rambler.ru