

ДООПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Хамраев А.Ж.¹, Латипова Г.Г.²

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан;

² Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Лечение некротизирующего энтероколита у новорожденных является актуальной проблемой в неонатологии и неонатальной хирургии.

Цель: повысить эффективность хирургического лечения НЭК у новорожденных на основе комплексного клинично-инструментального и лабораторного обследования и оптимизации предоперационной подготовки.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное и проспективное исследование 64 историй болезни новорожденных с различными стадиями НЭК. Доношенных было 14 (22 %), недоношенных — 50 (78 %). Мальчики составили 55 %, девочки — 45 %. Среди больных с НЭК преобладали недоношенные мужского пола. Больные были распределены на 2 группы: 1-я группа — 36 детей (2017–2019), 2-я — 28 новорожденных (2020–2021). В большинстве случаев заболевание развивалось у детей с весом от 2500 до 1500 г — 46 (35,6 %). В 43 (65 %) случаях лечение было начато в родильном доме и включало в себя: отмену энтерального кормления и назначение антибактериальной терапии. Наиболее часто, в 42 % случаев, применяли цефотаксим, амикацин и метронидазол, подключали в лечение у 15 % больных в виде монотерапии, а также в сочетании с антибиотиками цефалоспоринового ряда. Сроки поступления или перевода в стационар варьировали от 1 до 7 сут.

Результаты. В хирургическом стационаре назначали стартовое лечение: декомпрессию желудка, полное парентеральное питание 3–5 сут и более, антибактериальное и симптоматическое лечение. Монотерапию цефалоспорином III поколения проводили в 8 случаях, всем остальным пациентам назначали АБ широкого спектра действия в сочетании с аминогликозидом III поколения (амикацин), что позволило добиться синергизма в отношении грамотрицательных и грамположительных аэробных микроорганизмов. Применяли два антибактериальных препарата в сочетании с раствором метрогила внутривенно. Данная комбинация препаратов наиболее эффективна, так как оказывает сочетанное влияние на аэробную и анаэробную флору. Восстановление и поддержание функций жизненно важных органов с помощью респираторной и инотропной поддержки [допамин, в дозе 2–4 мкг/(кг·мин)] было наиболее актуально в группе пациентов с осложненным течением заболевания. Коррекцию анемии и дотацию факторов свертывания крови проводили всем больным, которым в последующем выполняли операции. Проявления олигурии и отечного синдрома отмечали у 84 (65 %) пациентов. С целью коррекции выделительной функции почек выполняли стимуляцию диуреза. С учетом бактериологических данных проводили противогрибковую терапию и комплексное лечение дисбиоза кишечника. Использовали инфузионные препараты: Аминовен, СМОФ липид, глюкозаинтралипид Инфант 10 %, содержащие углеводы, липиды и аминокислоты. При стабилизации состояния детям через зонд заводили 5–7 мл воды. При усвоении жидкости, с помощью контроля на остаточный объем, через 2,5 ч начинали кормление лечебными (Альфаре, Нутрилон Пепти ТСЦ), адаптированными смесями (Нутрилон 1) по 3–5 мл, с последующим постепенным увеличением объема на 5–10 мл. Положительный эффект от консервативной терапии получили у 4 пациентов с I стадией заболевания.

Выводы. НЭК у новорожденных требует полного парентерального питания, назначения антибактериальной терапии курсом 7–10 дней, раствора метрогила внутривенно и интраабдоминально. Энтеральное питание в послеоперационном периоде следует назначать при стабилизации состояния, увеличивая объем кормления до возрастной нормы.

Ключевые слова: некротизирующий энтероколит; хирургия; парентеральное питание; новорожденные.