

ОТСРОЧЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННОГО НЕОБЛИТЕРИРОВАННОГО ОМФАЛОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У РЕБЁНКА В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЁННОСТИ

Пилюян Ф.С., Баязитов Р.Р., Карнута И.В.

Научный руководитель: доктор мед. наук

Е.Ю. Дьяконова

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: клинический случай, новорождённый
омфаломезентериальный проток, хирургическое
лечение

Актуальность. Развитие гнойно-септических осложнений после хирургических вмешательств в периоде новорождённости зачастую приводит к развитию жизнеугрожающих осложнений, что делает невозможным проведение любых реконструктивно-пластических операций. В таких случаях рекомендовано купирование инфекционного процесса и, после стабилизации состояния ребёнка, выполнение хирургической коррекции.

Описание клинического случая. Мальчик, 23 дней жизни, был переведён в НМИЦ здоровья детей в крайне тяжёлом состоянии, обусловленном течением инфекционного процесса с угнетением трёх ростков кроветворения (тромбоциты — $1 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты — $1,62 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты — $3,36 \times 10^9/\text{л}$), частичной кишечной непроходимостью, интоксикационным синдромом с выраженными метаболическими нарушениями, геморрагическим синдромом. В возрасте 9 сут жизни ребёнок был оперирован по месту жительства по поводу необлитерированного омфаломезентериального протока, стеноза подвздошной кишки с формированием межкишечного анастомоза. При повторной операции в связи с перфорацией кишки была выведена илеостома. В послеоперационном периоде развилась несостоятельность лапаротомной раны с присоединением вторичной инфекции и формированием обширного раневого дефекта с перифокальной инфильтрацией и наложениями фибрина. Учитывая имеющееся у ребёнка септическое состояние, хирургическое лечение представлялось невозможным. Было принято решение о консервативном ведении пациента с целью устранения системного воспалительного ответа, восстановления показателей гомеостаза и улучшения репаративного потенциала тканей. На фоне лечения рана зажила вторичным натяжением, восстановился пассаж по желудочно-кишечному тракту, энтеральная нагрузка была доведена до возрастной нормы, что позволило выписать ребёнка на амбулаторную паузу. При повторной госпитализации через 2 мес было выполнено закрытие илеостомы с одномоментной пластикой передней брюшной стенки местными тканями.

Заключение. Представленный клинический случай является примером эффективно подобранной консервативной терапии с применением отсроченной хирургической тактики у ребёнка с тяжёлыми послеоперационными гнойно-септическими осложнениями. Клинический результат лечения достигнут с отличным косметическим результатом.

* * *