

* * *

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЁННЫХ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Гурская А.С., Зоркин С.Н., Баязитов Р.Р.,
Сулаво М.А., Карнута И.В., Екимовская Е.В.,
Клепикова А.А., Наковкин О.Н., Алхасов А.Б.,
Дьяконова Е.Ю.

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

Ключевые слова: новорождённые; некротизирующий
энтероколит; синдром короткой кишки; врождённый
порок сердца

Актуальность. Некротизирующий энтероколит (НЭ) встречается в среднем у 1 на 1000 новорождённых, преимущественно у недоношенных младенцев с массой тела при рождении менее 1500 г. В хирургическом лечении нуждаются 20–40% пациентов, летальность составляет около 30%. **Цель:** улучшение результатов лечения и снижение показателей младенческой смертности у новорождённых с НЭ.

Материалы и методы. В исследование включены 40 новорождённых, прооперированных по поводу НЭ (срок гестации 26–39 нед, масса тела на момент операции 770–3000 г). У 25% ($n = 10$) больных выявлен сопутствующий тяжёлый врождённый порок сердца, в том числе транспозиция магистральных сосудов ($n = 3$), атрезия лёгочной артерии ($n = 2$).

Результаты. У 20 (50%) пациентов интраоперационно была выявлена перфорация тонкой кишки, при этом у 18 (45%) из них отсутствовал свободный воздух на рентгенограммах до операции, присутствовала свободная жидкость со взвесью в брюшной полости по данным ультразвукового исследования. У остальных 20 (50%) пациентов показанием к операции явилась клинико-рентгенологическая картина кишечной непроходимости. Послеоперационная летальность составила 22,5% ($n = 9$), в данной группе выявлена субтотальная ($n = 6$) и тотальная ($n = 3$) формы НЭ. У всех выживших пациентов ($n = 31$) послеоперационный период протекал без хирургических осложнений. В дальнейшем всем детям был выполнен второй этап хирургического лечения в объёме закрытия кишечной стомы, синдром короткой кишки отсутствовал. При наличии патологических потерь по стоме (суточный объём отделяемого более 20–40 мл/кг) операцию выполняли после достижения массы тела ребёнка 2,0–3,5 кг, но не ранее, чем через 6–8 нед после первичной операции ($n = 7$ (22,5%)). В остальных случаях ($n = 24$) закрытие стомы было выполнено в плановом порядке.

Заключение. Выведение кишечной стомы рекомендовано при лечении хирургической стадии НЭ у новорождённых. Наличие перфорации кишки очень часто сопровождается от-

сутствием свободного воздуха в брюшной полости. Свободная жидкость со взвесью в брюшной полости, симптом «статичной петли», пневматоз кишечной стенки, а также клиничко-рентгенологическая картина кишечной непроходимости являются показаниями к операции. Интраоперационно после резекции нежизнеспособных участков кишечника необходимо измерять длину оставшейся кишки по брыжеечному краю для верификации пострезекционного синдрома короткой кишки, который требует специализированного лечения и реабилитации ребёнка в дальнейшем. У новорождённых с сопутствующим врождённым пороком сердца (лево-правый сброс) риск развития хирургической стадии НЭ выше из-за снижения брыжеечной перфузии. У пациентов с субтотальным и тотальным поражением отмечена наибольшая летальность.

* * *