

**ХВОРОСТОВ И.Н., ДАМИРОВ О.Н.**

УДК 616.34-007.251-08:616.348-002-053.34

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

## Результаты лечения перфораций желудочно-кишечного тракта у новорожденных с язвенно-некротическим энтероколитом

Язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК) новорожденных — генерализованное неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание, протекающее на фоне незрелости механизмов местной защиты, сопровождающееся гипоксически-ишемическим повреждением слизистой кишечника и развитием тяжелых хирургических осложнений. Несмотря на успехи, достигнутые в понимании механизмов развития и прогрессирования ЯНЭК, появление современных технологий выхаживания, анализ отдаленных результатов лечения показывает, что смертность после оперативных вмешательств у больных с ЯНЭК достигает 60%. Дискутабельными остаются вопросы выбора тактики хирургического лечения новорожденных с перфорациями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), ценности ультразвукового исследования в диагностике ранних осложнений ЯНЭК, методов прогнозирования исхода заболевания.

Проведен анализ результатов лечения 20 новорожденных с перфорациями ЖКТ, находившихся на лечении в детском анестезиолого-реанимационном отделении МУЗ «КБСМП № 7» г. Волгограда с 2010 по 2012 г.

Стадию ЯНЭК оценивали по данным рентгенологического и ультразвукового исследований. Показанием к оперативному лечению считали наличие явных признаков перфорации ЖКТ с развитием перитонита. Статистический анализ проводился с использованием программы SPSS 13.0 for Windows.

Все больные поступили в клинику с клиническими проявлениями перфоративного перитонита. Молниеносная форма с развитием перфорации ЖКТ выявлена у 37,5% больных, острая форма заболевания наблюдалась в 62,5% случаев. Лабораторные изменения у 87,5% больных характеризовались изменениями в лейкоцитарной формуле с регенераторным сдвигом. У 12,5% новорожденных значимых нарушений в общем анализе крови при поступлении не обнаружено. Нарушения в системе гемостаза характеризовались преимущественно гиперкоагуляцией (62,5%). Электролитные нарушения проявлялись гипокалиемией и гипонатриемией у всех новорожденных. Явные признаки перфораций ЖКТ (инфильтраты, свободная жидкость в брюшной полости) при проведении ультразвукового исследования обнаружены только у 37,5% больных. Появление явных признаков перфорации ЖКТ в виде пневмоперитонеума (75%), пневматоза кишечной стенки (12,5%), в сочетании с признаками непроходимости являлось показанием для срочного оперативного лечения (12,5%). Продолжительность предоперационной

подготовки составляла от нескольких часов до нескольких суток. Установлено, что дренирование брюшной полости на этапе предоперационной подготовки не оказывало существенного влияния на исход лечения. Положительный исход заболевания наблюдали как у новорожденных, которым выполняли лапароцентез (57,1%), так и у новорожденных без предварительного дренирования брюшной полости (42,9%). Традиционно оперативный доступ осуществлялся в виде перечной супраумбиликальной лапаротомии. В ходе лапаротомии множественные перфорации тонкого и толстого кишечника обнаружены у 50% больных, перфорации на уровне подвздошной кишки у 25% новорожденных. Оперативные вмешательства в большинстве случаев (62,5%) выполнены в объеме резекции пораженного отдела кишечника с наложением разобщенных кишечных стом. У 6 больных (37,5%) с коротким анамнезом заболевания после резекции пораженного отдела кишечника накладывали прямой межкишечный анастомоз, что позволило сократить длительность пребывания в стационаре до 21 суток и избежать реконструктивных операций по закрытию кишечных свищей.

Кишечные свищи закрывали в срок от 4 до 6 недель после первичных операций. Ранние осложнения в виде развития местной раневой инфекции, не потребовавшие дополнительных хирургических вмешательств, наблюдались только у 25% больных. Поздних хирургических осложнений после закрытия кишечных свищей не отмечено. Установлено, что включение в программу лечения больных с ЯНЭК иммуномодуляторов (пентаглобин, хумоглобин, биавен и др.) оказывало существенное положительное влияние на исход заболевания ( $r=-0,756$ ;  $p<0,03$ ). Использование дифференцированного подхода к лечению новорожденных с хирургическими стадиями ЯНЭК позволило снизить летальность с 60 до 30%.

Таким образом, ультразвуковое исследование органов брюшной полости имеет низкую диагностическую значимость в выявлении осложнения ЯНЭК. Предварительное дренирование брюшной полости не оказывает существенного влияния на исход заболевания. Предпочтительным методом лечения перфорации ЖКТ у новорожденных с ЯНЭК является резекция патологически измененных сегментов кишечника с последующим наложением кишечных свищей или анастомозов. Назначение иммуномодуляторов повышает выживаемость новорожденных с хирургическими стадиями ЯНЭК.