

ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

**О.Г. Мокрушина, Н.В. Голоденко, М.В. Левитская, В.С. Шумихин, Д.Н. Дегтярев,
И.Д. Беляева, Т.Н. Эверстова, О.А. Бабак**
Российский государственный медицинский университет, ДГКБ №13, ГКБ №8,
Москва, Российская Федерация

Некротизирующий энтероколит является одной из наиболее частых причин перевода новорожденных в хирургический стационар. За последние 5 лет в ДГКБ №13 им. Н.Ф.Филатова переведено 145 новорожденных с хирургической стадией ЯНЭК. Из них более одной трети составили новорожденные с низкой и экстремально низкой массой тела. Причем ежегодно в связи с улучшением постнатальной помощи данному контингенту больных, количество недоношенных новорожденных с ЯНЭК увеличивается.

За последние 5 лет количество оперированных с ЯНЭК недоношенных составило 50 детей, из них с экстремально низкой массой - 26. Если в 2004 году оперировано 3 новорожденных с низкой массой тела, то в 2008 г. - 12 новорожденных. Средний гестационный возраст уменьшился. В 2004 году он составлял 29 - 30 недель, то к 2008 году снизился до 27-28 недель. Средний вес при рождении оперированных в 2004 году составлял 1158,35 г., к 2008 году снизился до 1000,2 г. Средний возраст оперированных новорожденных в 2004 г. составлял 12,08 суток жизни, в 2008 г. - 21,29 суток жизни. До сих пор новорожденные с хирургической стадией ЯНЭК имеют по данным литературы самый высокий процент летальности, что составляет по разным данным от 30% до 60% от общего количества оперированных с ЯНЭК. Послеоперационный исход зависит от распространенности процесса и от послеоперационного лечения этой наиболее сложной категории больных. В нашем исследовании обнаружена перфорация желудка в 3 случаях, перфорация ДПК в 1 случае, поражение тонкой кишки у 34 больных, толстой кишки у 1 пациента, субтотальное поражение кишечника в 11 случаях. Объем и характер оперативного вмешательства определялся в зависимости от интраоперационной находки. Так, в подавляющем большинстве случаев (80%) выведена кишечная стома, в случаях перфорации желудка проводилось ушивание стенки желудка (6%), при выявлении субтотального поражения производилась резекция измененного участка кишечника с выведением отдельных еюно и илео- стом.

В остальных 14% случаев целостность кишечной трубки восстановлена путем ушивания перфорации кишечной стенки или путем наложения межкишечного анастомоза после резекции участка кишки. Летальные исходы в исследуемой группе составили в среднем 42%, причем в 2004 году из 3 оперированных выжил один ребенок, а в 2008 г. из 12 оперированных выжило 7 детей. Улучшение послеоперационного лечения недоношенных с ЯНЭК мы связываем с особенностями реанимационной помощи этому контингенту больных и с изменением хирургической тактики в некоторых случаях.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**О.Г. Мокрушина, Н.В. Голоденко, М.В. Левитская, В.С. Шумихин,
А.Г. Маннанов, Д.В. Залихин**
Российский государственный медицинский университет, ДГКБ №13,
Москва, Российская Федерация

Одно из ведущих мест в экстренной госпитализации новорожденных занимают острые процессы брюшной полости. Так, в отделение хирургии новорожденных ДГКБ №13 им. Филатова г. Москвы ежегодно госпитализируется около 30-35 детей с кишечной непроходимостью, не сопровождающейся пороками развития ЖКТ. В подавляющем большинстве случаев направляющим диагнозом является ЯНЭК.

Особенную сложность в диагностике причины непроходимости составляют дети в тяжелом соматическом состоянии или с нечеткими рентгенологическими симптомами. Альтернативным способом диагностики может служить лапароскопия. Так за последние 5 лет в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова выполнена 21 диагностическая лапароскопия новорожденным и детям до 3-х месяцев, поступившим с клинической картины кишечной непроходимости. Из них 5 детей ранее были оперированы: 1 по поводу врожденной ложной левосторонней диафрагмальной грыжи, 1 по поводу незавершенного поворота, 1 после наложения межкишечного анастомоза, 2 после операции по поводу ЯНЭК. У 4 детей имелась тяжелая сопутствующая неврологическая патология, у 1 ребенка врожденная ВИЧ-инфекция. Средний вес при рождении составил 2596,8 г. Самую низкую массу тела - 780,0г. на момент операции имел 1 ребенок, еще 4 новорожденных имели массу менее 1500 г, 3 детей имели вес менее 3,0 кг, остальные 13 детей весили от 3,0 до 3,3 кг. Средний возраст на момент операции составил 23 дня. 8 детей имели возраст менее 7 дней жизни, 4-старше 1 месяца.

После выполнения диагностической лапароскопии в зависимости от интраоперационной находки определялась дальнейшая тактика. Так, в 4 случаях интраоперационная картина соответствовала динамической кишечной непроходимости на фоне соматической патологии. Эти дети в дальнейшем в хирургическом лечении не нуждались. У 5 детей, оперированных ранее, выявлена спаечная кишечная непроходимость, которую в 4 случаях удалось разрешить эндохирургическим рассечением спаек, одному выполнена конверсия. У 12 детей имелись признаки хирургической стадии ЯНЭК, причем у 5 из них при отсутствии пневмоперитонеума обнаружена прикрытая перфорация стенки кишечника, у 1 - стенки желудка. У 5 детей обнаружен некроз стенки кишки, у одного выявлено субтотальное поражение тонкой кишки. У всех детей с ЯНЭК выполнена конверсия и выведена кишечная стома, ребенку с поражением желудка - ушивание стенки. Таким образом, лапароскопия является достаточно достоверным способом диагностики острых процессов в брюшной полости у новорожденных и детей раннего возраста, в т.ч. и у недоношенных.