

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.348-002.4-053.31-089.191-089.843

И. Ю. Карпова¹, В. В. Паршиков¹, В. А. Николайчук², Г. Б. Батанов²

ПРИМЕНЕНИЕ ОТСРОЧЕННОГО КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ МУЛЬТИСЕГМЕНТАРНОМ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЕНКА

¹ Кафедра детской хирургии (зав. — проф. В. В. Паршиков) Нижегородская государственная медицинская академия, ² Детская городская клиническая больница № 1 (главврач — Л. А. Смирнова), г. Нижний Новгород

Ключевые слова: мультисегментарный язвенно-некротический энтерит, новорождённый, кишечный анастомоз.

Некротический энтероколит (НЭК) — одно из наиболее сложных полиэтиологичных заболеваний у новорождённых, которое встречается с частотой 2–4% [1]. Летальность при НЭК достигает 70%, а при обширных некрозах кишечника — 100% [2, 3].

Больной У., 4 сут, родился от первой беременности и первых срочных родов в головном предлежании. Масса тела при рождении 3580 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. В 23 нед выявлен врожденный порок сердца (ВПС): открытый аортальный проток, дефект межжелудочковой перегородки (мембранозный). Из роддома на 4-е сутки ребенка реанимационной бригадой доставили в отделение новорождённых Детской городской клинической больницы № 1 с диагнозом: ВПС, перинатальное гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС средней степени, синдром угнетения.

В стационаре состояние ухудшилось на 6-е сутки жизни. При осмотре: кожный покров бледный, умеренно выражен цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. При аускультации тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке. ЧСС 70 в 1 мин, частота дыханий 40 в 1 мин. Асимметрия передней брюшной стенки, усиление венозного рисунка. По желудочному зонду выделяется темная желчь. Стул с прожилками крови. Перистальтика не выслушивается. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявили механическую кишечную непроходимость. В общем анализе крови гиперлейкоцитоз до $24,5 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом в формуле влево, миелоц. 1%, метамиелоц. 1%. В реанимационном отделении назначили предоперационную терапию, включающую полное парентеральное питание, инфузионную программу, антибактериальные препараты.

В возрасте 6 сут ребенку выполнили среднесрединную лапаротомию. При вскрытии брюшной полости получен серозно-каловый выпот. На всем протяжении тонкая кишка багрово-синюшного цвета, местами черного (зоны субсерозных некрозов). В 50 см от связки Трейтца обнаружено

перфорационное отверстие до 0,5 см в диаметре. Брюшную полость промыли раствором метрогила. Вывели еюностому. С учетом большого количества сомнительных очагов для дальнейшего динамического наблюдения за стенкой кишки наложили лапаростому.

Через 1 сут больному выполнили повторную ревизию органов брюшной полости. На операции выявлены 3 отчетливых циркулярных зоны некроза на протяжении тонкой кишки. С учетом отрицательной динамики произвели резекцию 3 некротизированных участков, после чего оставшиеся отрезки перевязали капроновыми нитями (clip and drop-back technique). Брюшную полость промыли антисептическим раствором, с последующим формированием лапаростомы. Через 48 ч этапная ревизия брюшной полости не выявила новых очагов воспаления и некроза. Цвет кишечной стенки восстановился, появилась отчетливая перистальтика. На лигированные (выключенные) отрезки тонкой кишки наложены анастомозы «конец в конец». Брюшную полость послойно зашили наглухо.

После операции продолжили инфузионную и антибактериальную терапию, на 8-е сутки начато кормление адаптированной смесью. Швы сняли на 10-е сутки, еюностома закрыта через 2 мес. В удовлетворительном состоянии на 28-е сутки ребенка выписали домой.

Таким образом, тактика отсроченных анастомозов в сочетании с программированной лапаростомой позволяет сохранить длину пораженного отдела кишечника, что способствует уменьшению риска развития синдрома короткой кишки.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Баиров Г. А. Срочная хирургия детей. — СПб.: Питер Пресс, 1997. — С. 342–350.
2. Муратов И. Д. Перитонеальный дренаж при лечении осложненных форм некротического энтероколита у новорождённых // Детск. хир. — 2000. — № 6. — С. 41–44.
3. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. — СПб.: Пит-Тал, 1997. — Т. 2. — С. 9–28.

Поступила в редакцию 15.06.2011 г.