

Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Батанов Г.Б., Николайчук В.А.

УПРАВЛЯЕМАЯ ЛАПАРОСТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ¹Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра детской хирургии;
Детская городская клиническая больница № 1, г. Нижний Новгород

Karpova I.Yu., Parshikov V.V., Batanov G.B., Nikolaychuk V.A.

MANAGED LAPAROSTOMY AS A METHOD OF CHOICE FOR TREATMENT OF NECROTIC ENTEROCOLITIS IN NEWBORNS

Department of Pediatric Surgery, Nizhny Novgorod State Medical Academy; Children's City Clinical Hospital № 1, Nizhny Novgorod

Резюме

В статье представлен опыт лечения 323 новорожденных с некротическим энтероколитом (НЭК) в 1984–2011 гг.

При госпитализации состояние пациентов расценено как тяжелое, соответствующее НЭК IIB, IIIA, IIIB стадиям.

Проводимая консервативная терапия в 229 (71%) случаях привела к благоприятному исходу заболевания. В экстренном порядке 94 (29%) больным выполнены срединные лапаротомии, из которых 28 операций были закончены наложением лапаростом по методике, принятой в клинике.

Повторное формирование лапаростом от 1 до 3-х раз потребовалось 7 больным. В группе прооперированных пациентов летальных случаев было 46 (49%), из них 11 неблагоприятных исходов отмечены после лапаростомий.

Ключевые слова: лапаростомия, новорожденный, некротический энтероколит, перитонит

Abstract

The paper presents the experience of treatment of 323 infants with necroticenterocolitis (NEC) in the period from 1984 to 2011.

On admission, the patients regarded as serious, corresponding to NEC IIB, IIIA, IIIB stages.

Conducted by conservative therapy in 229 (71%) cases resulted in favorable outcome of the disease. As a matter of urgency 94 (29%) patients underwent median laparotomy, of which 28 operations were completed by the imposition of laparoscopic technique adopted in the clinic.

Re-shaping lapar from 1 to 3 times it took seven patients. In the group of operated patients were 46 deaths (49%), 11 of them marked with adverse outcomes after laparostomy.

Key words: laparostomy, newborn, necrotic enterocolitis, peritonitis.

Одной из наиболее сложных проблем детской хирургии остается лечение некротического энтероколита (НЭК) и его осложнений у новорожденных [2]. На практике детские хирурги чаще встречаются с НЭК уже на стадии перитонита, когда прогноз для жизни больных ухудшается и летальность достигает 70%, а при обширных некрозах кишечника – 100% [1, 5, 6, 11, 12].

Использование различных вариантов санации брюшной полости во время оперативного вмешательства и в послеоперационный период у больных с распространенным перитонитом не всегда приводит к купированию воспаления, что заставляет хи-

рургов прибегать к повторной операции (релапаротомии) в 6–8% случаев [7–9].

Немногим более 100 лет тому назад для лечения распространенного перитонита Микулич предложил методику открытого живота, а в 1928 г. Жан Луи Фор разработал технику дренирования брюшной полости. В те годы этот метод не получил широкого распространения, и только во второй половине 1970-х гг. многие хирурги вернулись к идее открытого ведения

¹ Приглашаем всех читателей принять участие в дискуссии на страницах журнала, просим заинтересованных коллег, имеющих опыт в лечении некротического энтероколита у новорожденных, присылать свои статьи и замечания.

брюшной полости при лечении тяжелых форм генерализованного и послеоперационного перитонита [4].

На сегодняшний день лапаростомия в комплексном лечении распространенного перитонита раскрывает широкие возможности и перспективы в плане снижения послеоперационной летальности и осложнений [3, 10].

Цель исследования – представить опыт лечения новорожденных с некротическим энтероколитом с помощью лапаростомии.

Материал и методы исследования

В клинике Нижегородской государственной медицинской академии на базе детской городской клинической больницы №1 с 1984 по 2011 г. наблюдались 323 больных с некротическим энтероколитом (НЭК). Мальчиков было 185 (57%), девочек – 138 (43%). Возраст пациентов варьировал от 1 до 13 дней. Пик заболевания приходился на 5-е сутки жизни.

Гинекологический, акушерский и соматический анамнез матерей больных детей был отягощен (хроническая маточно-плацентарная недостаточность, гипоксия плода, ранние и поздние токсикозы, угроза выкидыша, инфекционно-воспалительные заболевания матери, вредные привычки родителей). В процессе акушерского пособия отмечали слабость родовой деятельности у 89 рожениц, кесарево сечение выполнили в 65 (20%) случаях.

При госпитализации состояние пациентов расценивали как тяжелое, соответствующее НЭК ПБ, ША, ШБ стадиям (по Walsh и Kliegman). Наряду с клинко-лабораторным контролем выполняли инструментальное обследование (обзорная рентгенография и ультразвуковая диагностика органов брюшной полости).

В процессе наблюдения и лечения проводимая консервативная терапия в 229 (71%) случаях привела к благоприятному исходу заболевания. Отсутствие эффекта от назначенного лечения в течение 24–72 ч и ухудшение состояния отмечено у 94 (29%) новорожденных, которым в экстренном порядке выполнили оперативное вмешательство.

Результаты исследования и их обсуждение

Показания к хирургическому лечению в течение 3-х суток от момента поступления были выставлены 94 (29%) больным. Большинство детей 75 (80%) родились доношенными, с массой тела, превышающей 2500 г, и только у 19 (20%) пациентов она была меньше 2000 г.

В процессе осмотра отмечали угнетение центральной нервной системы, лабильность температуры тела,

нарушения ритма дыхания в виде периодического апноэ и сердечной деятельности, проявляющиеся брадикардией. Визуально определяли признаки экзикоза.

Со стороны желудочно-кишечного тракта диагностировали вздутие живота, частый стул, скудный со слизью и зеленью (иногда с кровью), вялую перистальтику, иногда задержку стула (рис. 1).

Возраст прооперированных детей варьировал от 2-х до 24 суток жизни.

Предоперационная подготовка проводилась не больше 2,5–3 ч и была направлена на коррекцию функций жизненно важных органов.

С учетом тяжести состояния лапароцентез применили 16 (17%) пациентам. Полученный гнойно-каловый выпот был основным показанием в 4-х случаях для расширения операционного вмешательства.

Всем пациентам операции выполняли из срединного доступа. После вскрытия брюшной полости мутный выпот получили у 20 (20%) больных, гнойный экссудат с колибациллярным запахом – на 8 (7%) вмешательствах, каловый – в 14 (15%) случаях, геморрагическое отделяемое – в 5 (5%), светло-желтое по типу реактивного компонента – у 12 (13%) новорожденных при постановке первичного перитонеального дренажа. В качестве шовного материала использовали атравматические иглы с мононитью «Викрил» 6–0.

Для снижения внутрикишечного давления, улучшения кровообращения в кишечной стенке при локальном или мультисегментарном поражении кишечника наиболее целесообразным вмешательством считали экономную (локальную) резекцию измененного участка кишки с созданием двойной энтеро- или колостомы (или нескольких стом). Данную хирургическую тактику применили в 27 (29%) случаях. Этапное закрытие кишечных стом проводили через 1–5 месяцев после первой операции.

При локальной форме поражения кишечника, осложненной единичными перфорациями (1–2 язвы), 7 больным провели ушивание язвенных дефектов двухрядным швом (рис. 2), наложение первичных анастомозов «конец в конец» выполнено 7 пациентам.

В случаях субтотального и тотального поражения различных отделов кишечника, при которых перфорационные отверстия сочетались с множественными мозаично расположенными субсерозными некрозами (рис. 3), прибегали к комбинированной хирургической тактике в виде лапаростомы в сочетании с кишечными стомами. С учетом высоты поражения 3-м больным была наложена энтеростома,



Рис. 1. Вид пациента с некротическим энтероколитом



Рис. 2. Перфорационное отверстие в кишечной стенке (указано стрелкой)



Рис. 3. Множественные участки с субсерозными некрозами в кишечной стенке

12 – илеостомы. Изолированную лапаростомию формировали в 13 случаях, причем в одном из них данную методику с успехом применили при множественных субсерозных некрозах как способ динамического наблюдения за состоянием стенки кишечника.

Методику лапаростомии применили 28 (30%) пациентам и выполняли по принятому в клинике способу из срединного доступа под интубационным наркозом (рис. 4). После ревизии органов брюшной полости, ликвидации источника перитонита и санации брюшной полости большим количеством физиологического раствора с антибиотиками или метрогилом формировали лапаростомию, основным моментом которой было укрывание петель кишок перфорированной полиэтиленовой пленкой с множеством отверстий диаметром около 5,0 мм (рис. 5). Пленку

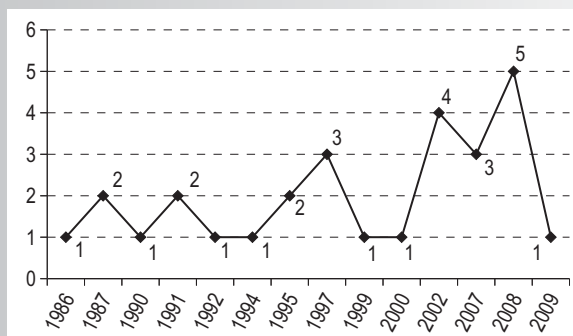


Рис. 4. Количество лапаростомий, выполненных при некротическом энтероколите у новорожденных на базе ДГКБ № 1 в 1984–2011 гг.



Рис. 5. Перфорированная полиэтиленовая пленка, используемая для лапаростомии

заводили за края лапаротомной раны на несколько сантиметров (профилактика эвагинации!). На рану накладывали 2–3 капроновых шва через все слои, затем асептическую наклейку. При наличии абдоминального выпота повязка обильно промокала гнойным экссудатом, ее меняли по мере надобности.

Дальнейший план лечения больного с лапаростомой строили индивидуально. Число повторных санаций зависело от особенностей послеоперационного периода, тяжести перитонита, причин, его вызвавших. Плановые санации брюшной полости выполняли через 24–48 ч, во время которых, как правило, проводили комплексную оценку характера и количества перитонеального выпота, а также состояние кишечных петель. Повторное формирование лапаростомы от 1 до 3-х раз потребовалось 7 больным в связи с продолжающимся перитонитом. После купирования гнойно-перфоративного процесса лапаростома закрывали. В ближайшем послеоперационном периоде все раны зажили первичным натяжением.

До 2000 г. промывание брюшной полости проводили фурацилином, диоксином и растворами антибиотиков. При повышенной кровоточивости тканей применяли 5%-ный раствор

ε-аминокапроновой кислоты. В последнее десятилетие с учетом распространения анаэробной флоры широкое применение (внутривенно и интраабдоминально) получил 0,5%-ный раствор метронидазола.

В послеоперационном периоде продолжали инфузионную и антибактериальную терапию (цефалоспорины III поколения с аминогликозидами (амикацин) и метронидазолом). Для улучшения обменных процессов и ускорения регенерации тканей применяли солкосерил внутривенно струйно. С учетом бактериологических данных проводили комплексное лечение дисбиоза кишечника (специфические бактериофаги, ферментные и спазмолитические препараты, энтеросорбенты, иммуномодулирующие средства).

В группе прооперированных больных летальных случаев было 46 (49%), из них 11 неблагоприятных исходов отмечены после лапаротомий.

Как правило, ведущее место в танатогенезе занимал обширный некроз дистального отдела подвздош-

ной кишки и нисходящего отдела толстой кишки с развитием разлитого гнойного перитонита и эндотоксического шока и полиорганной недостаточности (следствие поступления новорожденных в хирургический стационар в IIIБ стадии заболевания).

Выводы

1. Применение лапаротомии при некротическом энтероколите у новорожденных улучшает микроциркуляцию в кишечной стенке и способствует раннему восстановлению ее моторной активности.

2. Открытая брюшная полость способствует лучшей аэрации, что существенно при наличии анаэробного компонента микрофлоры.

3. Применение лапаротомии целесообразно не только при наличии тяжелых гнойно-некротических процессов, но и при множественных субсерозных некрозах, когда вопрос об объеме резекции остается спорным.

Список литературы

1. Альперович Б.И., Соловьев М.М. Неотложная хирургия живота. – Томск: Изд-во «Курсив», 2002. – С. 165–196.
2. Баиров В.Г., Караваева С.А. Об опыте хирургического лечения некротического энтероколита: Сб. научных трудов. – Саратов, 2002. – С. 16–20.
3. Бузунов А.Ф. Лапаротомия. Лечение хирургических заболеваний живота методом открытого ведения брюшной полости. – М.: Практическая медицина, 2008. – 202 с.
4. Комаров Н.В., Маслагин А.С. Лапаротомия в лечении перитонита. – Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 1996. – 49 с.
5. Красовская Т.В., Белобородова Н.В. Хирургическая инфекция у новорожденных. – М: Медицина, 1993. – С. 125–138.
6. Муратов И.Д. Перитонеальный дренаж при лечении осложненных форм некротического энтероколита у новорожденных (необоснованный метод лечения? альтернатива операции? прелюдия лапаротомии? последний шанс?) // Детская хирургия. – 2000. – № 6. – С. 41–44.
7. Струков А.И. Острый разлитой перитонит. – Медицина, 1987. – 285 с.
8. Шелестюк П.И., Блакитко Е.М., Ефремов А.В. Перитонит. – Новосибирск: Наука, 2000. – 302 с.
9. Шомадов Н.Е. Управляемая лапаротомия в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита: Дисс. ... канд. мед. наук. – Душанбе: Изд-во Таджикского государственного медицинского университета, 2005. – 120 с.
10. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Гнойный перитонит. – М., 1993. – 142 с.
11. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб.: Пит – Тал, 1997. – Т. 2. – С. 9–28.
12. Simon G.L., Gorbuch S.L. Intestinal flora in health ad disease // Gastroenterology. – 1984. – Vol. 84. – P. 174–193.

Авторы

Контактное лицо: КАРПОВА Ирина Юрьевна	Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детской хирургии Нижегородской государственной медицинской академии. 603122, г. Нижний Новгород, ул. Ванеева, д. 211. Почтовый адрес для переписки: 603006, г. Нижний Новгород, ул. Ванеева, 3-41. Тел.: 428-75-17, 8 (951) 901-20-65. E-mail: ikarpova73@mail.ru.
ПАРШИКОВ Вячеслав Владимирович	Заведующий кафедрой детской хирургии Нижегородской государственной медицинской академии. Тел.: (211) 416-81-24. E-mail: ped-surg@gma.nnov.ru.
БАТАНОВ Георгий Борисович	Заведующий хирургическим отделением ДГКБ № 1.
НИКОЛАЙЧУК Виктор Андреевич	Врач-хирург ДГКБ № 1.