

УДК 616.341:616.345-053.3-07-08-089

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

<sup>1</sup>Разин М.П., <sup>1</sup>Галкин В.Н., <sup>1</sup>Сухих Н.К., <sup>1</sup>Батуров М.А., <sup>2</sup>Лизин К.А.

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Минздрава России», Киров;

<sup>2</sup>БУХМАО-Югры «Сургутский клинический перинатальный центр»,

Сургут, e-mail: mprazin@yandex.ru

Авторами представлен собственный практический опыт лечения некротического энтероколита у новорожденных за последние 18 лет. Обобщены особенности течения и исходов заболевания в трёх временных периодах, высказано своё видение перспектив оптимизации лечебно-диагностических мероприятий, которое заключается в активизации оперативной тактики и в ее минимальной травматичности.

**Ключевые слова:** некротический энтероколит, новорожденные, оперативное лечение

## NEW FEATURES IN OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN NEWBORNS WITH NECROTIZING ENTEROCOLITIS TODAY

<sup>1</sup>Razin M.P., <sup>1</sup>Galkin V.N., <sup>1</sup>Sukhikh N.K., <sup>1</sup>Baturov M.A., <sup>2</sup>Lizin K.A.

<sup>1</sup>Kirov State Medical Academy, Kirov;

<sup>2</sup>Surgut Clinical Perinatal Center, Surgut, e-mail: mprazin@yandex.ru

The authors presented their own experience of treatment of necrotizing enterocolitis in newborns for the past 18 years. The features of the course and exodus of the disease in the three time-periods were generalized, the own vision of treatment and diagnostic measures optimization was expressed, which is enhanced operation tactics and its minimal traumatization.

**Keywords:** necrotizing enterocolitis, newborns, surgical treatment

Проблема некротического энтероколита (НЭК) новорожденных в настоящее время остается чрезвычайно актуальной для детской хирургии, что обусловлено трудностями ранней диагностики заболевания, дискуссионностью предложенных схем этиопатогенеза, частыми тяжёлыми осложнениями, и, как следствие, высокими показателями летальности среди больных данной группы. Из них врачам нашей специальности приходится сталкиваться далеко не со всеми, так как по литературным данным (нуждающимся в коррекции) только у трети больных с НЭК возникают угрожающие жизни осложнения, требующие хирургического лечения.

### Материалы и методы исследования

Нами были подвергнуты слепому ретроспективному анализу собственные практические данные наблюдения и лечения 48 новорожденных с осложнениями НЭК, лечившихся в клинике детской хирургии Кировской ГМА за период с 1996 по 2012 г. У всех детей выполнялись анамнестические, общеклинические, биохимические, инструментальные методы диагностики, все больные получали показанное комплексное (включая оперативное) лечение.

### Результаты исследования и их обсуждение

По обобщённым данным нашего 17-летнего опыта, в среднем пострадавшие дети родились на сроке гестации от 20 до 41 не-

дели (M = 29), массой от 680 до 4300 граммов (M = 2075). Период беременности был отягощён у 94% женщин (у большинства – инфекционными заболеваниями). Родовая травма была отмечена у 51,5% новорожденных. Все больные имели тяжёлые пороки развития и сопутствующие заболевания: внутриутробный сепсис (63,6%), негенерализованные инфекционные заболевания (18%). Врожденные пороки развития диагностированы у 46,4% новорожденных. Нами были проанализированы различные хронологические периоды лечения детей с НЭК в нашей клинике, сопоставимые по количеству пролеченных больных.

За семь лет первого временного периода (с 1996 по 2001 г.) нами было пролечено 17 новорожденных с хирургическими осложнениями НЭК. Дети в этой группе родились на сроке гестации от 30 до 41 недели (M = 33), массой от 1245 до 4300 граммов (M = 2475). Беременность была отягощена в 91% случаев, родовая травма была отмечена у 54,5% новорожденных. Все больные имели тяжёлые сопутствующие заболевания и пороки развития, из которых наиболее часто диагностировался внутриутробный сепсис (около 70%). По экстренным показаниям всем выполнялась срединная лапаротомия с ревизией ЖКТ. Резекция поражённого участка кишечника с приводящей энтеростомией была выполнена 6 больным,

колостомия – еще 6 больным, остальным 5 новорождённым с жизнеспособным кишечником и невыраженным интрамуральным пневматозом проводились ушивания перфораций, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал тяжело. Койко-день составил 5,5 суток, общая летальность – 88%. По данным мировой литературы снижение летальности при НЭК за последние годы (в среднем с 70% до 25%) связывается с такими магистральными направлениями в ранней терапии, как сбалансированное парентеральное питание, адекватная антибиотикотерапия, борьба с респираторным дистресс-синдромом и предупреждение полиорганной недостаточности. Внедрение этих схем позволило и нам надеяться на лучшие результаты лечения в следующем хронологическом периоде.

За следующие пять лет (с 2002 по 2006 г.) мы наблюдали 10 новорождённых с НЭК, консервативное лечение которых строилось с учётом вышеназванных положений. Оперативное пособие сводилось к резекции поражённого участка кишечника с энтеростомией у 3 больных; колостомия без резекции проведена 2 больным; резекция илеоцекального угла с наложением двойной коло-энтеростомы – 1 больному; и у 1 новорождённого была выполнена аппендектомия, так как язвенный процесс локализовался в червеобразном отростке. Всем больным была выполнена санация и дренирование брюшной полости. В связи с крайней степенью тяжести состояния радикальные операции не проводились 3 больным, оперативное лечение ограничилось лапароцентезом. Летальность в этой группе оказалась существенно ниже, чем в предыдущей, и составила 30%. Мы констатировали, что адекватная консервативная терапия на ранних этапах лечения может предотвратить грозные осложнения НЭК у новорождённых.

За шесть лет третьего временного периода (с 2007 по 2012 г.) нами был пролечен 21 больной с хирургическими осложнениями НЭК: энтеро(коло)стомия – 11, лапароцентез – 10. Общая летальность в этой группе составила 42,8%. Средний койко-день среди умерших составил 6,8, среди выживших – 19,2. Дети поступали в специализированный стационар в среднем возрасте 4 суток, что не согласуется с классическими сроками дебютирования заболевания (клинический дебют в 2–3 недели жизни, а здесь уже на 4 сутки перитонеальные осложнения) – почему? Возможно, ответ на этот вопрос, а также на правомочный вопрос о причинах роста летальности, заключается в следующем. Масса при рождении в этой группе равнялась 680–3200 граммов (M = 1637), у половины больных при поступлении диагностирован тяжёлый сепсис. Т.о., нам пришлось отметить новый период роста заболеваемости и летальности новорождённых с НЭК в динамике, этот факт напрямую связан с появлением в клинике новорождённых с экстремально низкой массой тела.

В последние годы нам, как и нашим коллегам из других регионов, приходится констатировать: в нашу клиническую практику пришла фетальная хирургия (согласитесь – если вам приходится оперировать 700-граммового новорождённого, то это скорее плод, чем ребенок). В этих условиях практический эмпирический опыт детской хирургии, накопленный за долгие годы, может оказаться не только недостаточным, но и вредным в некоторых ситуациях. В случае диагностики и лечения НЭК у новорождённых мы считаем, что пора отходить от определённых хрестоматийных постулатов, перенятых нами из хирургии взрослых (пневмоперитонеум на рентгенограмме в вертикальном положении → показания для оперативного лечения НЭК) [1].

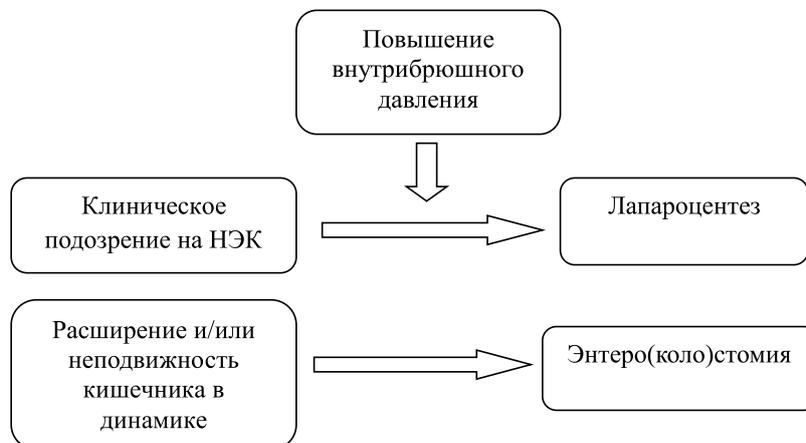


Рис. 1. Активизация оперативной тактики при подозрении на НЭК

Следует искать и стандартизировать новые диагностические методики, следует существенно расширять показания для раннего оперативного вмешательства при этой патологии у глубоко недоношенных детей. Мы считаем, что перспективы оптимизации лечебных мероприятий могут заключаться в активизации оперативной активности

и выполнении лапароцентеза всем новорожденным с подозрением на НЭК при диагностировании повышения внутрибрюшного давления, энтеростомии – при повышении внутрикишечного [2–4]. Видимо, показания к оперативному лечению должны определяться не только стадией НЭК по Walsh M.C. et al., 1986 [5].

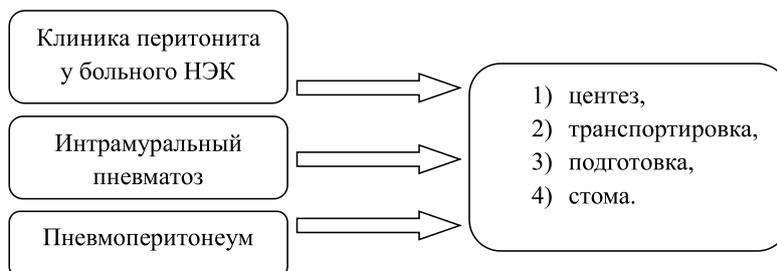


Рис. 2. Оптимизация оперативной тактики при установленном НЭК

Практический опыт интуитивно подсказывает и некоторые другие пути решения этой сложной проблемы (т.к. существующие диагностические, лечебные, технические средства исчерпали себя в лечении глубоко недоношенных с НЭК), но их реализация требует должного научно-методического обеспечения [3, 4].

#### Выводы

1. Актуальность проблемы некротического энтероколита у новорожденных неуклонно возрастает в последние годы.

2. Необходима дальнейшая научная разработка этиопатогенетических вопросов этого тяжелого заболевания (включая постановку экспериментальных моделей).

3. Предлагаем создать рабочую группу при научном совете по детской хирургии МЗ РФ по разработке и внедрению новых диагностических и лечебных алгоритмов оказания помощи новорожденным с НЭК.

4. К разработке алгоритмов привлечь смежных специалистов: неонатологов, акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов.

#### Список литературы

- Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – 1168 с.
- Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста: учебное пособие для студентов. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012. – 148 с.
- Разин М.П., Скобелев В.А., Батуров М.А. Некротический энтероколит у новорожденных: вчера, сегодня, завтра // Мат. Российского симпозиума детских хирургов «Перитониты у детей». – Астрахань, 2013. – С. 59.
- Разин М.П., Скобелев В.А., Батуров М.А., Галкин В.Н. Оптимизация диагностики и лечения некротического энтероколита у новорожденных / Новые технологии в детской хирургии. Сб. науч. тр., посв. 100-летию медицинского образования в Пермском крае, 95-летию со дня рождения А.А. Лишке. – Пермь, 2014. – С. 181–186.
- Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных / Под ред. проф. В.В. Подкаменева, чл.-кор. РАМН, проф. Е.Г. Григорьева. – М.: «Медицина», 2010. – 244 с.