

Жук Е. Н., Белоокая А. С.

ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ЗАКРЫТИЯ СТОМ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НЭЖ И ЭНТЕРАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Свирский А. А.

Кафедра детской хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Успехи развития акушерской, неонатальной и хирургической помощи позволили увеличить количество выживших новорожденных с некротизирующим энтероколитом, перенесших хирургические вмешательства. Хирургическое пособие при НЭЖ может включать обширную резекцию кишки с наложением стом на различных уровнях тонкой и толстой кишки. Стомы рассматриваются как наиболее безопасный вариант хирургического лечения, из-за высокой вероятности несостоятельности кишечных анастомозов, выполненных в условиях перитонита. Выхаживание новорожденных, после массивных оперативных вмешательств на кишечнике, вызывает значительные трудности. Установление оптимальных сроков закрытия стом является сложной задачей, имеющей непосредственное влияние на длительность выздоровления пациентов. Хирургическая тактика должна определять наиболее благоприятные для здоровья ребенка сроки выполнения окончательного этапа коррекции, имеющие низкую вероятность возникновения различных послеоперационных осложнений.

Цель: выявить оптимальные сроки закрытия кишечных стом у детей, перенесших хирургическое лечение некротизирующего энтероколита.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ карт стационарных пациентов ГУ РНПЦ ДХ поступивших для лечения с диагнозом некротический энтероколит в период 2014-2015 год. Изучен акушерский анамнез, объему первичных оперативных вмешательств, заключения гистологического исследования после них, сроки начала энтеральной поддержки, ее методы и характеристики выбранной смеси, время закрытия стом, возраст пациентов, их антропометрические данные (масса тела, толщина подкожной клетчатки), и биохимические показатели крови, характеризующие нутритивный статус. Также изучены результаты гистологического исследования удаленных участков кишки, несущих стомы..

Результаты и их обсуждение. При изучении акушерского анамнеза было выявлено, что все большинство пациентов (87%) родились раньше срока. Масса тела при рождении составляла от 1100 до 4180г. Беременность и роды протекали с различными осложнениями. Внутриутробная инфекция отмечена у 62% детей. Повышение уровня прокальцитонина выявлена у половины пациентов. Все дети поступили в хирургический стационар с некротизирующим энтероколитом 2б;3б стадии. Возраст детей, которым проводили стомирование кишечника составлял от 3 до 28 дней после рождения. Чаще всего выполнялась терминальная илеостома (60%). При анализе заключений гистологического исследования резецированных участков кишечника был выявлен некроз слизистой оболочки или субтотальный некроз стенки кишки, геморрагическое пропитывание, клеточная инфильтрация, полнокровие сосудов. Кормление после стомирования кишечника начинали в среднем на 9 – 12 день после операции, молочной смесью – Alfare, концентрацией – 25%, способом фракционного введения 8 раз в сутки в среднем по 5-10 мл.

Возраст ребенка перед закрытием стомы – от 3 до 88 недель (чаще с 8-24 неделю жизни). Разница между открытием и закрытием стомы составила от 20-581 дня (чаще от 30 до 50 дней). Энтеральную поддержку после анастомоза кишечника начинали в среднем на 6 день после операции. Молочная смесь – Alfare, концентрация молочной смеси – 25%, способ введения – фракционное 8 раз в сутки в среднем по 10-20 мл.

Выводы. Закрытие кишечной стомы нужно выполнять после купирования воспаления и окончания формирования стриктур отключенной части кишки (в среднем 3-4 месяца). Энтеральная поддержка должна быть приближенной к физиологической.