

Кугот А. К., Саухина А. Д.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОРАЖЕНИЯ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ

Научный руководитель ассист. Шачикова Т. А.

Кафедра хирургических болезней №2

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Актуальность. Некротизирующий энтероколит (НЭК) – тяжелое полиэтиологичное заболевание новорожденных, при котором органом мишенью является кишечник, с распространенностью от 0,3 до 3 случаев на 1000 детей. Не смотря на разработанные критерии ранней диагностики, принципов консервативной терапии заболевания, НЭК все еще остается актуальной проблемой и на практике часто приходится встречаться с его осложненным течением и поздним поступлением новорожденных в хирургический стационар.

Цель: изучить и проанализировать клинический случай НЭК у новорожденного с поражением терминального отдела подвздошной кишки.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента, находившегося на стационарном лечении в отделении анестезиологии, интенсивной терапии и реанимации (ОАИР) и детском хирургическом отделении (ДХО) Гомельской областной клинической больницы с 3 января по 1 марта 2016 года.

Результаты и их обсуждение. Ребенок от 2-й беременности, протекающей на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза матери, 2-х родов в сроке гестации 39 недель. Вес при рождении 2635 гр, рост 50 см, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. Ребенок переведен на 5-е сутки жизни в отделение патологии новорожденных Гомельской областной детской клинической больницы в связи с ухудшением состояния с диагнозом: Врожденный порок сердца. Синдром Дауна (фенотипически). Неонатальная желтуха. На следующие сутки ребенок был переведен в ОАИР в связи с появлением в стуле примеси крови. Консультирован детским хирургом с выставлением диагноза: НЭК 2А. В оперативном лечении не нуждался. Рекомендовано проводить консервативную терапию и наблюдение за состоянием ребенка в динамике. На 10-е сутки жизни объективно наблюдались признаки перитонита. На контрольной рентгенограмме органов брюшной полости признаки перфорации полого органа. Ребенок был переведен в ДХО УГОКБ для дальнейшего экстренного оперативного лечения.

Состояние при поступлении тяжелое. На аппаратном дыхании. В желудке застойное содержимое. Оперативное вмешательство было проведено в день поступления (03.01.16). При лапаротомии поперечным доступом над пупком был выявлен некроз и перфорация подвздошной кишки на расстоянии 10 см от илеоцекального угла, разлитой фибринозной перитонит. Других участков измененной кишки не найдено. Проведена резекция участка подвздошной кишки с сохранением илеоцекального угла, наложением терминальной илеостомы, инфильтрированного участка большого сальника, лаваж и дренирование брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде имелось осложнение: эвентрация послеоперационной раны (санация брюшной полости, ушивание послеоперационной раны). В плановом порядке (11.02.16) выполнено закрытие илеостомы. Интраоперационно выявлена облитерация терминального отдела подвздошной кишки, правых отделов ободочной кишки до уровня селезеночного угла. Проведена резекция данного участка кишки, с наложением илеотрансверзоанастомоза «конец в конец». При выписке состояние ребенка удовлетворительное, вес набирает (на момент выписки 3590гр). Количество койко-дней в стационаре составило 58 суток.

Выводы. При наличии перитонита операцией выбора является – формирование двойной концевой стомы. Перед закрытием илеостомы в плановом порядке, после стабилизации состояния ребенка, купирования воспалительных явлений, выполняется ирригоскопия дистальных участков кишечной трубки, с целью выявления рубцовых стенозов зажившего язвенного процесса.