

Чепурной Г.И., Чепурной М.Г., Кацунеев В.Б., Розин Б.Г.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону. Россия

Язвенно-некротический энтероколит является до конца неизученным гнойно-септическим заболеванием детского возраста. *Целью* настоящей работы является: показать возможности современного комплексного лечения новорождённых с язвенно-некротическим энтероколитом.

Материал и методы. В клинике детской хирургии больницы № 20 г. Ростова-на-Дону, являющейся базой РостГМУ, за последние 10 лет (2010-2020 гг.) находилось на лечении 96 детей с язвенно-некротическим энтероколитом. Все дети родились с высокими показателями по шкале Апгар – 7-8 баллов с массой тела от 2700 до 3200 г (медиана - 2830±233 г). Возраст их при рождении колебался от 34 до 39 недель (медиана - 36±1,7 нед.). Дети поступали в клинику в предперфоративной стадии (57) и стадии перфорации (39). Они сразу же размещались в отделении детской реанимации.

Ориентируясь на доклады израильских детских хирургов на московских форумах, мы всем детям, находящимся в стадии предперфорации, выполняли лапаротомию в подвздошных областях, эвакуировали экссудат и дренировали брюшную полость резиновыми выпускниками (полоски от перчаточной резины). После такой манипуляции состояние большинства больных сразу же улучшалось. Мягкие тефлоновые трубки, обёрнутые резиновыми полосками, вводимые в брюшную полость, использовались для орошения брюшных органов тёплыми антисептическими растворами. Продолжали кормление детей различными питательными смесями с помощью инфузомата. Газовая смесь, ингалируемая ребёнку, содержала до 50-60% чистого кислорода. В таком режиме новорождённые находились в течение 5-6 суток. В этот период у 72% больных перфорацию кишки удалось предотвратить, у 16 (28%) больных произошла кишечная перфорация.

Всем детям с перфорацией кишки проводили 2-часовую предоперационную подготовку и оперировали под интубационным наркозом. Выполняли поперечную трансректальную лапаротомию чуть выше пупка. Отрезок кишки с перфорациями и выраженными язвенно-некротическими изменениями резецировали и вшивали кишечные концы на передней брюшной стенке в виде стом через отдельные разрезы передней брюшной стенки в стороне от основного лапаротомного разреза. Петли кишок с небольшими и редкими поражениями стенки оставляли в брюшной полости.

Освобождали кишечный просвет от жидкого токсического содержимого и газов, санировали брюшную полость тёплыми антисептическими растворами, дренировали брюшную полость и обязательно дугласовы пространства с выведением резиновых дренажей в подвздошных областях, затем послойно ушивали брюшную стенку.

У двух больных нам пришлось выполнить резекции 2 кишечных сегментов: в начальных петлях тощей кишки и в терминальных отделах подвздошной кишки с выведением 4 стом. Выхаживание таких детей составило определённые трудности, связанные с быстрой эвакуацией наружу питательных смесей, вводимых в желудок, а также через дистальный конец верхней энтеростомы в изолированный фрагмент тонкой кишки. В связи с этим происходили значительные потери организмом ребёнка белков, жиров и углеводов, что потребовало вначале наложения проксимального Т-образного анастомоза на 8-е сутки после операции, а затем окончательного закрытия свища на 18-е сутки. Одновременно использовали в энтеральном питании фрагмент толстой кишки с её физиологической функцией – всасывания жидкости, находящейся в её просвете. При этом назначались питательные смеси с депонирующими свойствами, без активизации перистальтических движений кишечника

Дистальные фистулы были закрыты в более поздние сроки также в 2 этапа, через этап Т-образного соустья. Один больной перенёс эти хирургические вмешательства и поправился, второй больной умер на одном из этапов закрытия проксимальных свищей.

Результаты. Таким образом, при хирургическом лечении язвенно-некротического энтероколита в стадии перфорации кишок у 55 больных (39 первичных+16 вторичных) были получены следующие результаты. Выздоровело 37 детей (66,7%), умерло – 18 новорождённых, что составило 33,3%, т. е. погиб каждый третий ребёнок. При этом следует отметить, что у 15 из 16 больных, у которых перфорация произошла в стационаре в процессе лечения пред-перфоративного состояния, радикальное хирургическое вмешательство закончилось выздоровлением. Таким образом, 17 из 18 умерших детей, лечились у нас в отделении с уже имеющейся при поступлении перфорацией кишечной трубки, получая в полном объёме всю комплексную терапию. В основном дети погибали от полиорганной недостаточности, развивающейся на фоне сепсиса. Общая летальность, рассчитанная на 96 больных, проходивших лечение в стадиях предперфорации и перфорации тонкой кишки, т. е. в финальных стадиях язвенно-некротического энтероколита, составила 18,7%.

Выводы: 1. Предперфоративные и перфоративные стадии язвенно-некротического энтероколита у новорождённых следует считать хирургическими. 2. В стадии предперфорации хирургическое лечение следует

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

начинать с дренирования брюшной полости, что позволяет прервать патологический процесс у 73% больных, направив его в сторону выздоровления пациентов 3. Комплексное лечение больных в перфоративной стадии заболевания позволяет достичь выздоровления у 66,7% пациентов. 4. Механизм улучшения состояния больных, находящихся в предперфоративной стадии заболевания, после дренирования брюшной полости в настоящее время до конца ещё не познан, но его эффект детоксикации организма больного бесспорен. 5. Для лечения кишечной непроходимости, развившейся в отдалённые сроки у детей, перенесших язвенно-некротический энтероколит, требуются специальные морфо-функциональные исследования.