

ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ. ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

О.В.Новоселова, Т.Б.Аболина, Л.Ф.Бушуева, Ю.К.Разддинова

В современной неонатологии и детской хирургии одной из наиболее значимых проблем является некротический энтероколит. Летальность в этой группе больных остается высокой, но к настоящему времени снизилась существенно, что объясняется, прежде всего, ранней диагностикой и активным консервативным лечением, изменением тактики антибактериальной терапии.

По мере установления диагноза некротического энтероколита (НЭК) в различных его стадиях, или при подозрении начала этого заболевания, необходимо:

- до минимума ограничить пальпацию живота;
- прекратить энтеральное кормление;
- установить назогастральный зонд для декомпрессии;
- удалить умбиликальный катетер;
- начать инфузионную терапию в периферическую вену, направленную на восстановление микроциркуляции в желудочно-кишечном тракте и ликвидацию нарушений гомеостаза;
- назначить антибактериальную терапию, используя антибиотики широкого спектра действия – цефалоспорины, аминогликазиды, дополнительно используя средства, воздействующие на анаэробную флору (метрогил);
- стартовая терапия карбопенемами является методом выбора при инфильтративных формах НЭК;
- на переднюю брюшную стенку необходимо положить компресс с 1% раствором Димексида..

Об эффективности проводимой терапии говорит – снижение количества желудочного содержимого, уменьшение вздутия живота, исчезновение крови в каловых массах. При восстановлении пассажа по кишечнику, ребенка начинают поить физиологическим раствором, постепенно переходя на энтеральное кормление.

Селективную деконтаминацию начинают с момента энтерального кормления путем введения канамицина (50 мг/кг/сут) сроком на 5 – 7 дней, с последующим назначением бифидум-бактерина 5 доз 2 – 3 раза в день сроком на 2 – 4 недели. Симптоматическая терапия, включающая витамины, ферментные препараты проводилась по общим принципам.

Анализ раннего опыта хирургического лечения НЭК показывает, что наиболее четким показанием к операции был пневмоперитонеум. В редких случаях дети оперировались при наличии пневматоза кишечника. Вмешательство при этом предпринималось в надежде предотвратить перфорацию. Однако и среди этой группы детальность оставалась высокой, так как невозможно было определить во время операции, при отсутствии очевидного некроза, какая часть кишечника требует резекции. Показаниями к хирургическому вмешательству являются:

- воспалительные изменения передней брюшной стенки - уплотнение или отек, воспаление подкожной клетчатки — признаки, которые появляются при наличии перитонита, или гангрены кишки;
- наличие пальпируемого опухолевидного образования в брюшной полости, свидетельствующего о наличии конгломерата петель кишечника спаянных между собой и воспалительно-измененных;
- специфические рентгенологические признаки — «статичная» петля кишки, асцит, «газ» в воротной вене, пневмоперитонеум.

Лабораторные изменения, отражающие признаки системного воспалительного ответа: лейкопения с нейтропенией, гипопротейнемия, остро возникшая тромбоцитопения, ДВС синдром, стойкий ацидоз подтверждают наличие некроза кишечника.

Оперативное лечение. Вид оперативного вмешательства при НЭК определяется характером интраоперационных находок. Сохранение длины кишечника достаточной для дальнейшего роста и развития, чрезвычайно важно. Желательно любыми путями избежать вмешательства, которое обрекает ребенка на парентеральное питание на всю оставшуюся жизнь. Методом выбора лечения НЭК являются шадящие резекции кишечника с последующим выведением сохраненных отделов кишки на переднюю брюшную стенку в виде двух концевых стом вместе или раздельно. При наличии изолированной единичной перфорации желательно вывести этот участок.

Анастомоз конец в конец не должен применяться у детей с быстро прогрессирующим сепсисом, диффузным вовлечением кишечника и разбросанными на протяжении участками гангрены.

Если ребенок поступает с клиникой перфоративного перитонита, в тяжелом состоянии, для стабилизации его состояния на период предоперационной подготовки возможно выполнение дренирования брюшной полости. Данная манипуляция позволяет при удалении свободного воздуха и инфицированного содержимого снижения внутрибрюшного давления улучшить состояние макрогемодинамики, сердечной деятельности и вентиляции легких.

Возможно использование перитонеального дренажа в качестве паллиативного метода хирургического лечения у глубоко недоношенных детей.

В клинике хирургии детского возраста с 2000 по 2003 г.г. находились на лечении 35 детей со следующими формами НЭК:

- перфорация желудка - 5,7 % случаев
- локальное поражение подвздошной кишки - 25,7 %
- локальное поражение слепой кишки - 5,7%
- мультисегментарное поражение тонкой кишки - 20%
- мультисегментарное поражение тонкой и толстой кишки - 37,1%
- тотальный некроз - 5,7%

Первоначально были выполнены следующие оперативные вмешательства:

- двойная еюностомы - 11,4%
- двойная илеостомы - 45,7%
- илеоколостомы - 34,2%
- двойная колостомы - 2,8%

Всем детям с целью временного восстановления непрерывности кишечника был сформирован отсроченный магнитно-компрессионный анастомоз (МКМА).

Использовались магнитные элементы из сомарий-кобальтового сплава. Размеры магнитов подбирались в зависимости от диаметра кишечных петель. Магниты помещали в силиконовую оболочку, устанавливали через 14 дней после формирования стомы. МКМА формировался на 5 – 6 день после установки магнитов.

Признаками образования МКМА является симптом «проваливания» магнитов, уменьшение отделяемого из стомы, появление самостоятельного стула.

Таким образом, временное восстановление непрерывности кишечника у новорожденных детей путем создания МКМА позволяет:

- устранить истощающие патологические потери;
- восстановить гомеостаз;
- подготовить ребенка к реконструктивной операции по оригинальной методике.

До закрытия стомы дети выписываются из стационара домой, получают курс противоспаечной терапии, который включал:

- ионофорез тизоль + лидаза на переднюю брюшную стенку;
- курсы ферментов и биопрепаратов;
- массаж живота.

Стому закрывали в среднем через 3 месяца от начала функционирования магнитного анастомоза путем создания конце-бокового анастомоза с сохранением МКМА.

Все дети после перенесенного НЭК как после консервативного, так после оперативного лечения нуждаются в диспансерном наблюдении детского хирурга, гастроэнтеролога.

Описаны поздние осложнения НЭК в виде кишечной стриктуры как результат воспаления, заверщенного фиброзом. Данное осложнение приводило к развитию механической кишечной непроходимости и требовало резекции кишки.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КАРБЕПЕНЕМАМИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Т.Б.Аболина, Н.Н. Кузнецов, Г.А. Вершинина, В.В. Цап.

Взаимоотношение микроорганизмов и человека характеризуется циркуляцией в природе атипичных штаммов хорошо известных групп патогенных микроорганизмов, появлением новых инфект-агентов, увеличением в человеческой популяции пропорции лиц с иммунодефицитными состояниями (Агапова Е.Д., 1998, Мионов П. И., 1998). Количество назначаемых химиопрепаратов из года в год увеличивается, что приводит к увеличению антибиотико-резистентных штаммов и нарушению эволюционно сложившихся биоценозов. Поэтому вопросы этиотропного лечения в настоящее время также важны, как и в доантибиотическую эру.

В то же время применение массивной антибактериальной терапии связано с опасностью иммуносупрессивного действия, усугублением катаболических процессов, особенно у новорожденных с их несформировавшейся еще эндофлорой. По-прежнему, ведутся дискуссии о целесообразности и выборе метода антибактериальной терапии у этого контингента больных.

Некротизирующий энтероколит, как любое воспаление, особенно в терминальной стадии, сопровождается комплексом метаболических реакций, сопровождающихся распадом тканей, резорбцией продуктов распада, накоплением микробных токсинов, ретенцией продуктов катаболизма. В настоящем анализе, проведенном в 2002 году в областной детской больнице города Екатеринбурга, представлена оценка эффективности проводимой антибактериальной терапии тиенамом при помощи комплекса гематологических, гемостазиологических, эндотоксикологических и оптико-поляризационных параметров, названных адаптограммой.