НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НОВОРОЖДЕННЫХ

© *Балуева Я.И., Стегайлова А.И.*

Научный руководитель: д.м.н. Аксельров М.А.

Тюменский государственный медицинский университет. Россия. Тюмень

NECROTISIUS ENTEROCOLITIS OF THE NEWBORN

© *Balueva Y.I., Stegailova A.I.*

Research supervisor DMedSci Akselrov M.A.

Тюменский государственный медицинский университет. Russia. Tyumen

Цель. Оценить результаты лечения детей с прогрессирующим некротизирующим энтероколитом методом лапаростомии.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование результатов лечения 111 детей, получавших лечение по поводу прогрессирующего некротизирующего энтероколита с 2017 по 2021 г. Большинство 85,6% детей были недоношенными. Средний срок гестации составил $27,9 \pm 3,5$ нед. Средняя масса тела составила 1046 ± 446 г. Большинство были рождены в асфиксии, 92% по шкале Апгар на 5-й минуте имели оценку от 0 до 6 баллов, а 8% от 0 до 3 баллов. Сочетанные аномалии имели 89,7%. Факт внутриутробного инфицирования установлен в 48,7% случаев. У 86,5% детей, перфорации кишки возникали в период с 7 по 21 сутки после рождения, в среднем на $13,7 \pm 11,1$ день. Некротический процесс выявлен только в тонкой у 63,5%, только в толстой — у 23%, в тонкой и в толстой кишке у 13,5% больных. Множественные перфорации обнаружены у 66,2%, единичные — у 33,8% пациентов. Для выбора оптимальной тактики хирургического лечения была использована разработанная схема основанная на определении варианта окончания операции в зависимости от интраоперационной оценки, определяемой по совокупности объективных критериев с выведением интраоперационного коэффициента и уровня эндогенной интоксикации. Всем детям выполняли резекцию пораженного участка кишки с формированием кишечных стом, а при массивном поражении (интраоперационном коэффициенте III) — брюшную полость вели открыто, оставляли лапаростому (группа 1), которую закрывали на 3–4 сутки. В группе 2 — дети с интраоперационным коэффициентом 3 велись традиционно.

Результаты. Выведение стомы вело к снижению лейкоцитоза, уменьшению воспалительного сдвига и уменьшению уровня эндогенной интоксикации.

Выводы. Определение интраоперационного коэффициента позволяет выбрать наиболее оптимальную тактику хирургического вмешательства, что позволило снизить частоту осложнений на 22,5%, летальности на 21%.