



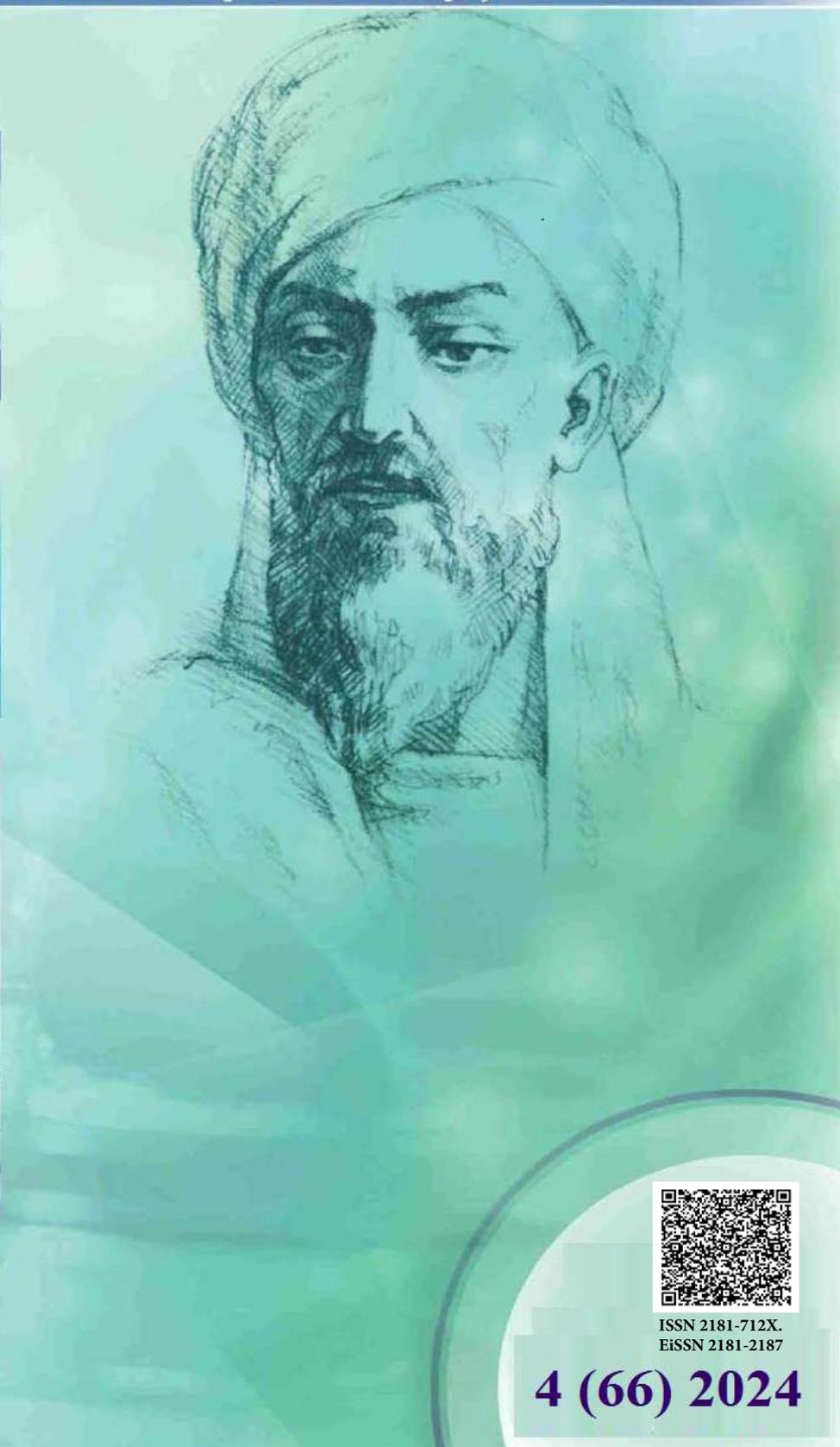
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (66) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (66)

2024

апрель

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.348-002-053.31-089

ХИРУРГИЧЕСКИЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Акментьева Т.А., Узакбаев К.А., Гаглоева Н.Ф.

Национальный центр охраны материнства и детства, г. Бишкек, Кыргызстан

✓ Резюме

Актуальность. В статье приведены данные и результаты лечения детей с некротизирующим энтероколитом (НЭК), которые были госпитализированы с данной патологией в отделение реанимации новорождённых с хирургической патологией на базе клиники национального центра охраны материнства и детства г. Бишкек.

Цель исследования. Оценить результаты хирургической коррекции при хирургическом некротизирующем энтероколите у новорожденных в условиях НЦОМиД г. Бишкек.

Материалы и методы. С 2016 г по 2022 г. на базе национального центра охраны материнства и детства г. Бишкек в отделение интенсивной терапии новорожденных с хирургической патологией поступило 75 новорожденных с некротизирующим энтероколитом в возрасте от 2 дней до 16 суток. Из них 38 (50.6%) новорожденных с хирургическим энтероколитом, которым потребовалась хирургическая коррекция.

Результаты и обсуждения. Большинство всех заболевших новорожденных некротизирующим энтероколитом имели в анамнезе факторы, ведущие к централизации кровообращения вследствие перинатальной гипоксии, асфиксии, или развитие септического процесса.

Заключение. Несмотря на улучшение медицинской помощи новорождённым детям, НЭК является наиболее частой причиной патологии со стороны ЖКТ у недоношенных детей и высокий процент летального исхода. Учитывая выше указанное запланировано дальнейшее исследование, направленное на изучение патофизиологии НЭК, его профилактики и лечения.

Ключевые слова: некротический энтероколит, новорожденные, недоношенные, лапаротомия.

SURGICAL NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN NEWBORNS

Akmentieva T.A., Uzakbaev K.A., Gagloeva N.F.

National Center for Maternal and Child Health, Bishkek, Kyrgyzstan

✓ Resume

Introduction. The article presents data and results of treatment of children with necrotizing enterocolitis (NEC), who were hospitalized with this pathology in the department of intensive care of newborns with surgical pathology at the clinic of the National Center for Maternal and Child Health in Bishkek.

Purpose of the study. To evaluate the results of surgical correction in surgical necrotizing enterocolitis in newborns in the conditions of the National Center for Maternal and Child Health Care in Bishkek.

Materials and Methods. From 2016 to 2022, 75 newborns with necrotizing enterocolitis aged from 2 days to 16 days were admitted to the intensive care unit of newborns with surgical pathology on the basis of the National Center for Maternal and Childhood Care in Bishkek. Of these, 38 (50.6%) newborns with surgical enterocolitis required surgical correction.

Results and Discussion. The majority of all sick newborns with necrotizing enterocolitis had a history of factors leading to centralization of blood circulation due to perinatal hypoxia, asphyxia, or development of septic process.

Conclusion. Despite the improvement of medical care for newborns, NEC is the most frequent cause of GI pathology in premature infants and a high percentage of lethal outcome. Taking into account the above mentioned, further research is planned to study the pathophysiology of NEC, its prevention and treatment.

Key words: necrotizing enterocolitis, newborns, premature, laparotomy.

Актуальность

Некротизирующий энтероколит (НЭК) является одним из наиболее частых неотложных состояний желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Это заболевание, характеризующееся ишемическим некрозом слизистой оболочки кишечника, которое связано с тяжелым воспалением, инвазией кишечных газообразующих микроорганизмов и расслоением газа в стенку кишечника и портальную венозную систему. Хотя раннее выявление и агрессивное лечение этого расстройства улучшили клинические исходы, НЭК является причиной значительной долгосрочной заболеваемости у выживших после интенсивной терапии новорожденных, особенно у недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении (ОНМТ) (масса тела менее 1500 г) [1]. Средние показатели летальности при НЭК составляют от 10 до 45% и зависят от степени зрелости, но также и от стадии и распространенности процесса. Дети с перфорацией кишечника и перитонитом, имеют наиболее высокую летальность, особенно при распространении воспалительного процесса на тощую кишку и проксимальнее: на 12-перстную кишку и желудок (до 63%). Средняя частота заболеваемости некротизирующим энтероколитом составляет 2,4:1000 новорожденных (от 1 до 10:1000), или около 2,1% (от 1 до 7%) от общего числа детей, поступающих в неонатальные отделения интенсивной терапии. Частота встречаемости заболевания нарастает с уменьшением срока гестации ребенка при рождении. На долю доношенных новорожденных приходится 10–20% случаев заболевания НЭК. НЭК рассматривают как полиэтиологическое воспалительное заболевание кишечника. К факторам риска развития НЭК относят: 1) недоношенность, 2) гипоксию/асфиксию, 3) бактериальную колонизацию кишечника патогенной микрофлорой, 4) неадекватное энтеральное питание [2].

Перфоративно-некротический энтероколит у ребенка с низкой массой тела при рождении в настоящее время является одной из наиболее распространенных хирургических проблем, встречающихся в современных отделениях интенсивной терапии новорожденных. Однако заболеваемость и смертность от НЭК остаются высокими, и оптимальное хирургическое лечение и тактика ведения этих детей остается дискуссионным вопросом. В настоящее время существует мало данных, которые влияют на исход у новорожденных с очень низкой массой тела при рождении с некротизирующим энтероколитом с перфорацией, при котором проводилось либо местное дренирование, либо оперативное лечение [3].

Хотя имеющиеся в настоящее время данные различны, частота хирургического некротизирующего энтероколита существенно не снизилась за последнее десятилетие, а наоборот имеет тенденцию к увеличению. Пневмоперитонеум и клиническое ухудшение, несмотря на максимальную медикаментозную терапию, остаются наиболее распространенными показаниями к оперативному лечению [4].

В настоящее время активно применяется классификация НЭК по стадиям течения, предложенная J.M. Bell и соавт. (1978), в модификации M.C. Walsh and R.M. Kliegman (1987).

I стадия – начальные проявления

Ia – скрытая кровь в стуле, Ib – явная кровь в стуле

II стадия – разгар заболевания

IIa – среднетяжелое течение, IIб – тяжелое течение с симптомами системной интоксикации

III стадия – развитие осложнений

III а – некроз кишечника без перфорации, III б – перфорация кишечника

Цель исследования: Проанализировать результаты хирургической коррекции при некротизирующем энтероколите и результаты их лечения у новорожденных.

Материал и методы

С 2016 г по 2022 г. на базе национального центра охраны материнства и детства г. Бишкек в отделение интенсивной терапии новорожденных с хирургической патологией поступило 75 новорожденных с некротизирующим энтероколитом. Из них 38 (50.6%) новорожденных с хирургическим энтероколитом, которым потребовалась хирургическая коррекция. Из этого количества, поступивших было недоношенных детей с очень низкой массой тела было 10 (26.3%), с малой массой тела 11 (29%) детей. Остальные дети были доношенными. Все новорожденные были госпитализированы в отделение реанимации новорождённых при появлении клиники хирургического НЭК. Предоперационная подготовка предусматривала коррекцию воспалительных изменений, метаболических, гемодинамических нарушений, нормализацию температуры тела и адекватного диуреза. Алгоритм диагностических обследований включал клинико-лабораторный и

рентгенологический метод, ультрасонографию и ультразвуковое исследование внутренних органов, ультразвуковое исследование сердца, бактериальный посев крови и кала. Предоперационная подготовка проводилась длительностью от нескольких часов до суток в зависимости от состояния ребенка, сроков поступления, наличия сопутствующей патологии. Все дети получали антибактериальную терапию до проведения бактериального посева крови и инфузионную терапию. Выбор лечебной тактики при НЭК зависит от тяжести состояния новорожденного и стадии заболевания. При I и II стадиях НЭК проводится консервативная терапия. Назначаются АБТ широкого спектра действия, отменяется энтеральная нагрузка с декомпрессией желудка, начинается парентеральное питание из расчета суточной потребности жидкости ребенка и коррекция метаболических нарушений. При III стадии возможно, как консервативная терапия в виде антибактериальной терапии широкого спектра действия, отмены энтерального питания, декомпрессия желудка и перевод на полное парентеральное питание, так и оперативное лечение. Хирургические процедуры для лечения НЭК включают в себя: лапаротомию с резекцией пораженных отделов кишечника или первичный перитонеальный дренаж. В хирургическом лечении нуждается в среднем 35-40% детей, заболевших НЭК, консервативная терапия у которых оказалась безуспешной [4]. Абсолютным показанием к оперативному лечению является перфорация кишечника, которая проявляется на рентгенограмме органов брюшной полости пневмоперитонеумом. Операцию выполняли из срединного доступа. После ревизии органов брюшной полости и выявления места перфорации, проводилось попытка ушивания перфорации желудка нитью айкол 3.0. При выявлении мультисегментарного поражения кишечника целесообразно было проводить экономную резекцию измененного участка кишечника с созданием двойной энтеростомы или колостомы. Следующие этапы закрытия кишечных стом проводилась от 8 недель и более.

В связи с распространением абдоминального экссудата выполняли дренирование брюшной полости с помощью полихлорвинилового микроиригатора диаметром от 0,2 до 0,4 см, устанавливаемого через отдельный прокол кожи к месту наибольшей локализации гнойно-воспалительного процесса. Данный метод пассивной санации используют в течение 3–4 сут после операции [5].

Таким образом, показатель смертности значительно выше в группе недоношенных новорожденных, среди детей с синдромом задержки внутриутробного развития и колеблется в пределах от 28 до 54 %, а после оперативных вмешательств - 60%, несмотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также развитие современных технологий выхаживания и лечения новорожденных. В странах, где уровень рождения недоношенных детей низкий (Япония, Швейцария), НЭК встречается реже - с частотой 2,1% среди всех детей, поступающих в неонатологические отделения интенсивной терапии [6].

Показатель смертности после хирургического НЭК в отделение интенсивной терапии новорожденных НЦОМид составило 36 %.

Заключение

Несмотря на улучшение медицинской помощи НЭК является наиболее частой причиной патологии со стороны ЖКТ у недоношенных детей и высокий процент летального исхода. Необходимо дальнейшее исследование, направленное на изучение патофизиологии НЭК, его профилактики и лечения.

Высокая летальность наблюдалась в группе недоношенных детей с сочетанной патологией других органов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Джэ Х Ким, Стивен А. Абрамс, Лори Уилки. Некротизирующий энтероколит новорождённых: клиника и диагностика // [http:// www.UpToDate](http://www.UpToDate). декабрь 2022 г.
2. А.И. Чубарова. Некротический энтероколит у новорожденных. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2012; 1:70-75
3. Эрлих П.Ф., Сато Т.Т., Шорт Б.Л., Хартман Г.Е. Исход перфоративно-некротического энтероколита у новорожденного с очень низкой массой тела при рождении может не зависеть от типа хирургического лечения. // *Am Surg*. 2001 Aug; 67 (8):752-6. PMID: 11510576.
4. Робинсон младший, Реллингер Э. Дж., Хэтч Л. Д., Вейткамп Дж. Х., Спек К.Е., Данко М., Блейкли Мл. Хирургический некротизирующий энтероколит. // *Semin Perinatol*. 2017 Feb; 41(1):70-79. doi: 10.1053/j.semperi.2016.09.020. Epub 2016, 8 ноября. PMID: 27836422; PMCID: PMC5777619.
5. И.Ю. Карпова. Некротический энтероколит у новорожденных: клиника, диагностика и лечение. // *СТМ* 2012; 2:138-142
6. Ш.М. Сейдинов. Язвенно-некротический энтероколит у новорождённых. // Ахмет Ясауи университет г. Хабаровск, 2015; 5-6.

Поступила 20.3.2024