

А.Д. Есиркепова, Ш.М. Сейдинов

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, г.Туркестан,
Республика Казахстан Перинатальный центр №3, г.Туркестан, Казахстан

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Актуальной проблемой неонатологии, которая существенно влияет на показатели заболеваемости и смертности новорожденных, является некротический энтероколит (НЭК). В статье отражены результаты лечения 108 новорожденных с некротическим энтероколитом в период 2014 по 2017г.

Ключевые слова: некротизирующий энтероколит, новорожденные, диагностика, консервативное лечение, эпидемиология.

НЭК определяется высокой частотой данной патологии с сохраняющейся высокой летальностью, отсутствием единого представления о профилактике этого заболевания и его ранней диагностике, обеспечивающей выбор адекватных методов лечения. Некротизирующий энтероколит (НЭК) новорожденных — наиболее частая причина постнатальной критической ситуации воспалительного генеза. С клинической точки зрения НЭК представляет собой широкий спектр вариантов течения заболевания: от легких случаев, заканчивающихся благополучно без каких-либо последствий до тяжелых форм, осложняющихся некрозом кишечника, перфорацией, перитонитом, сепсисом, и приводящих к смерти. Популяционные эпидемиологические исследования показывают, что частота язвенно-некротического энтероколита составляет 4-28 % от числа всех новорожденных, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии [2,5,9] или от 0,3 до 2,4 случаев на 1000 новорожденных. Недоношенность I-III степени выявляется в 63% случаев. Отдельные авторы отмечают пик заболеваемости по достижении постконцептуального возраста в 33-35 недель. Последнее согласуется и с нашими клиническими данными. Так, НЭК по многолетним наблюдениям, как правило, развивается у глубоко недоношенных детей (ГНД) на 4-6-й неделе после рождения. Подавляющее большинство пациентов с НЭК — дети с массой при рождении менее 2000 г, однако «большие к сроку» недоношенные и доношенные дети, отягощенные тяжелой перинатальной асфиксией и гипоксемией на фоне синдрома дыхательных расстройств (СДР), врожденных пороков развития (ВНР) также могут развить клиническую картину НЭК. Смертность зависит от тяжести заболевания и степени зрелости. Так, у новорожденных весом менее 1500 г она может достигать 50%, при массе более 2500 частота ее колеблется от 0 до 20%. В сравнительных исследованиях показателей летальности у доношенных и недоношенных детей летальный исход составляет соответственно 4,7 и 11,9%. Наиболее часто он встречается у недоношенных детей, но может развиваться и у доношенных новорожденных, а так же у пациентов более старшего возраста [1,8].

К факторам риска, которые могут быть пусковым моментом в развитии энтероколита, относятся гипоксия и асфиксия новорожденных, апноэ, заболевания легких, гипотензия, гиповолемический шок, роды в ягодичном предлежании, рождение двойни, желтуха, врожденные пороки сердца, заменное переливание крови, кормление гиперосмолярными смесями, влажностное кровотечение у матери, катетеризация пупочной вены или артерии, анемия новорожденных [3,5,7,8,10,12].

У старших детей факторами риска являются охлаждение, врожденные заболевания сердца и тяжелая диарея [4,6,10]. Значение факторов риска в развитии НЭК — вопрос достаточно спорный. В некоторых исследованиях отмечено, что факторы риска встречались одинаково часто как у пациентов с НЭК, так и в тех случаях, когда он не развивался [6,8].

Актуальность проблемы Наиболее тяжелыми и угрожающими жизни заболеваниями у новорожденных являются некротический энтероколит (НЭК). Летальность при которых составляет 40-80 % и достигает 100% у пациентов с наиболее тяжелыми формами заболевания и сопутствующими патологическими состояниями [1, 8, 11]. По определению M.L. Blakely et al., язвенно некротический энтероколит у новорожденных относятся к заболеваниям, которые носят катастрофический характер. В последние годы отмечается отчетливая тенденция к увеличению числа случаев НЭК. Большое число факторов риска некротического энтероколита обсуждается в литературе, и многие из них не нашли экспериментального и клинического обоснования. Поэтому приоритетным направлением в решении проблем НЭК у новорожденных остается выявление причин развития данного заболевания. **Цель работы** – улучшение результатов лечения НЭК путем разработки и внедрения алгоритма ведения новорожденных, основанного на ранней диагностике развития заболевания.

Материалы и методы. 2014–2017гг. в отделении реанимации и интенсивной терапии перинатальном центре №3 г.Туркестана находилось 108 новорожденных с НЭК (максимальная масса тела 3870 г, минимальная –860 г). Детей с экстремально низкой массой тела (менее 1000), с очень низкой массой тела (1000-1500) – 54 (50%), с низкой массой тела (1500-2500) – 21 (19,4%). Количество мальчиков - 70, девочек - 38.

Таблица 1

Показатель	Группа 1	Группа 2	Всего
Количество детей	62 (57,4%)	46 (42,6%)	108 (100%)
Пол:			
-мальчик	40 (57,1%)	30 (42,9%)	70 (64,8%)
-девочки	22 (57,9%)	16 (42,1%)	38 (36,2%)
Гестационный возраст(недель)	31,2±0,6 (24-40)	32,8±0,7 (25-40)	31,4±0,5 (25-40)
Масса при рождении (г)	1480,5±61,6 (1050-3870)	1570,3±83,5 (-3540)	1497±69,3 (1050-3870)

Экстремально низкая масса тела (<1000г)	9 (14,5%)	6 (13%)	15 (13,9%)
Очень низкая масса тела (1000-1500г)	31 (50%)	23 (50%)	54 (50%)
Низкая масса тела (1500-2500г)	12 (19,4%)	9 (19,6%)	21 (19,4%)
Нормальная масса тела	10 (16,1%)	8 (17,4%)	18 (16,7%)

Стадия заболевания определялась по клиническим проявлениям согласно классификации Walsh и Kliegman. Все новорожденные с НЭК были разделены на две группы. В I группу вошли 62 (57,4%) детей с первичной диагностикой НЭК на ранних стадиях (I-IIA). В II группу вошли 8 (7,4%) детей (с первичной диагностикой НЭК поздних стадий (IIB и III)).

Сразу после постановки диагноза НЭК у этих пациентов инициировались мероприятия в рамках традиционного протокола консервативного ведения НЭК (полное парентеральное питание, декомпрессия желудка и прямой кишки, бивалентная внутривенная антибактериальная терапия и метронидазол). Если симптоматика НЭК развивалась на фоне антибактериальной терапии, проводилась ее немедленная коррекция. Контроль за состоянием ребенка осуществлялся круглосуточно неонатологом (или врачом отделения реанимации и интенсивной терапии) и хирургом-неонатологом (производили контроль анализов крови, рентгенографию брюшной полости – с периодичностью приблизительно один раз в сутки, по показаниям). Пациентам I группы вместе с вышеуказанным лечением проводили каудальную анестезию, для улучшения гемодинамики кишечника. Пациентам II группы проводились только традиционные методы лечения.

Результаты исследования.

У 56 (90%) детей I группы в течение 3–7 суток симптомы заболевания купировались. У 2 детей консервативное лечение проводили в течение двух недель. У 4 детей консервативное ведение не дало ожидаемого эффекта (заболевание прогрессировало до хирургической стадии (IIB и тяжелее). У 35 новорожденных II группы заболевание прогрессировало до IIB/III стадии.

Энтеральное питание возобновляли через 3-5 суток после нормализации эвакуаторной функции желудка, улучшения ультразвуковой/рентгенологической картины и купирования клинических симптомов дисфункции ЖКТ, что соответствовало 10-12 суткам от начала заболевания.

Общая летальность среди 108 новорожденных с НЭК составила 7,4% (8 новорожденных). В ходе консервативного лечения в группе 1 из 62 новорожденных у 2 (3,2%) недоношенного ребенка отмечался летальный исход на фоне прогрессирования НЭК и генерализованной внутриутробной инфекции. В группе 2 из 46 новорожденного имело место 9 (19,6%) летальных случаев. Все дети относились к группе с высокой степенью риска развития НЭК.

Выводы:

1. Недошенность и гипоксические состояния в перинатальном периоде – наиболее частые факторы, способствующие развитию у новорожденных НЭК.
2. Первичная клиническая диагностика НЭК должна проводиться на ранних стадиях, так как выявление НЭК на поздних стадиях повышает вероятность летального исхода. Обязательно производилась обзорная рентгенография брюшной полости, где в различной степени определяется ячеистость петель кишечника. На базе профильных неонатальных стационаров эффективность диагностики и лечения НЭК может быть достаточно высокой за счет совместных усилий неонатолога, реаниматолога и хирурга.
3. Первичная диагностика в условиях стационара проводилась в 1-2 сутки клинических проявлений заболевания в 94% случаев. Симптомы НЭК у 75 (69,45%) новорожденных отмечены в первые 7 суток жизни, на 2-й неделе – у 25 (23,15%) детей и во второй половине 1-го месяца жизни лишь у 8 (7,41%).
4. Мероприятия в рамках традиционного протокола консервативного ведения НЭК (полное парентеральное питание, декомпрессия желудка и прямой кишки, бивалентная внутривенная антибактериальная терапия и метронидазол) дали положительный результат. Если симптоматика НЭК развивалась на фоне антибактериальной терапии, проводилась ее немедленная коррекция. контроль за состоянием ребенка осуществлялся круглосуточно неонатологом (или врачом отделения реанимации). Таким образом, снижение заболеваемости, смертности и инвалидизации от некротического энтероколита у новорожденных является важной государственной задачей для профилактики и лечения новорожденных с некротическом энтероколитом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Обедин А.Н., Интенсивная терапия новорожденных с пороками развития желудочно-кишечного тракта и высоким риском развития гнойно-септических осложнений // Детская хирургия. - 2013. - №1. – С. 19-21.
- 2 Абдуллин И.М. Микробиоценоз кишечника и состояние кислородозависимого метаболизма нейтрофилов у недоношенных детей с неонатальной инфекцией: Дис. ... канд. мед. Наук - Казань, 2008. - 132 с.
- 3 Л. Ньюэлл, Д. Мак-Интайли Врожденные и перинатальные инфекции: предупреждение, диагностика и лечение. - М.: Медицина, 2000. - 287 с.
- 4 Курлаева О.В., Лукашенко И.В., Космович Т.В., Жуков С.В. Факторы риска язвенно-некротического энтероколита у детей с малой и экстремально низкой массой тела при рождении // V всероссийский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М.: 2006. - С. 238-248.
- 5 Национальное руководство по неонатологии. — М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007. — Гл. 32. — 848 с.
- 6 К. Фризе, В. Кехель Инфекционные заболевания беременных и новорожденных лечение. - М.: Медицина, 2003. — 422 с.
- 7 Campeotto F., Kalach N., Lapillonne A. et al. // Acta Paediatr. – 2007. - Vol. 96, № 1. – P. 1531–1533.
- 8 Caplan M. S., Tamajiling. // Curr. Opin. Pediatr. – 2001. – Vol.3. – P. 111–115.

- 9 Caplan M. S.// Ital. J. Pediatr. – 2003. – Vol. 29. – P. 348–353.
10 Caplan Michael// J. Pediatr. – 2007. – P. 329–330.
11 Walsh m., Kleigman R. Necrotizing enterocolitis: treatment based onstaging диагностика и интенсивная терапия. – М.: Издатель Мокеев, 2003. – 201 с.

А.Д. Есиркепова, Ш.М. Сейдинов

*Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-Түрік университеті,
№3 Перинаталдық орталық, Түркістан қаласы, Қазақстан*

ЖАҢА ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ НЕКРОТИКАЛЫҚ ЭНТЕРОКОЛИТТІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ ЖӘНЕ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Түйін: Жаңа туылған нәрестелердегі некротикалық энтероколит нәрестелердің аурушаңдығы мен өлім-жітімінің көрсеткішіне айтарлықтай үлесін қосатындықтан неонатологияның өзекті мәселелерінің біріне айналды. Бұл мақалада 2014-2017ж.туылған 108 нәрестелердің некротикалық энтероколиттен емделгенің нәтижесі көрсетілген.
Түйінді сөздер: некротикалық энтероколит, жаңа туылған нәрестелер, диагностика, консервативті ем, эпидемиология.

A.D. Esirkepova, Sh.M. Seydinov

*International Kazakh-Turkish University them. H.A. Yassau
Perinatal center №3, Turkestan, Kazakhstan*

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN NEWBORNS

Resume: Anurgent problem of neonatology, which sign ificantly affects the morbidity and mortality of new borns, is necrotizing enterocolitis. A total of 108 newborn infants with necrotizing enterocolitis (NEC) were treated in 2014-2017.

Keywords: necrotizing enterocolitis, newborn infants, newborns, diagnostics, conservative treatment, epidemiology.