

Гаймolenко С.Г., Панченко А.С., Васеева Е. В.,
Димова А. А., Кургузова А.Ю., Сиднихина Н. С.
**ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА
РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО
ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ
ДЕТЕЙ**

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В.Говорин)

Краевая детская клиническая больница (главный врач- В.В.Комаров)

данной патологии, несмотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также развитие современных технологий выхаживания и лечения новорожденных составляют 10-45% и зависят, помимо степени зрелости, также от стадии и распространенности процесса [1,3]. Перфорация кишки и развитие перитонита в 63% случаев приводит к летальному исходу [1,4]. С современной точки зрения НЭК является заболеванием преимущественно недоношенных детей с мультифакториальной природой. В литературе имеются данные о факторах риска НЭК, но не определена значимость каждого из них.

Цель нашего исследования: проанализировать и выявить значимость факторов риска НЭК у новорожденных детей, предложить план профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни новорожденных с установленным диагнозом НЭК, находившихся на стационарном лечении в отделениях патологии новорожденных, патологии раннего возраста, реанимации и интенсивной терапии новорожденных, Краевой детской клинической больницы г.Читы, за период времени 2008-2009 гг. Оценивались общепринятые факторы риска, обуславливающие развитие НЭК, и выделялись наиболее важные из них в исследуемой группе больных: недоношенность, перенесенная гипоксия в антениннатальном и интранатальном периодах, инфекционные причины, проблемы питания, наличие врожденной и наследственной патологии, преимущественно желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Для определения значимости исследуемых факторов риска применялся статистический анализ методом ШАНСА. При значении показателя ШАНСА (ПШ) более 1, вероятность развития НЭК считалась высокой.

Результаты и обсуждения. Анализ полученных данных показал, что большую часть заболевших составили недоношенные дети - 28 (69,4%; ПШ=2,3), средний вес которых составил $1730 \pm 101,5$ гр. В большинстве случаев беременность протекала на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН), чаще субкомпенсированной формы (ПШ=6,1), хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВУГП) - у 77% (ПШ=3,3), урогенитальной инфекции матери - 20% (ПШ=1,2). (рис.1)

Обращает на себя внимание поздняя

Резюме. С целью изучения и выявления значимости факторов риска, возможной профилактики некротического энтероколита (НЭК) был проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни новорожденных с установленным диагнозом НЭК. Выявлено преобладание среди антенатальных факторов риска хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН), хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВУГП), урогенитальных инфекций матери. Развитие II-III стадии НЭК отмечалось у недоношенных детей с гестационным возрастом менее 33 недель. Значимыми факторами риска развития II-III ст. НЭК в интранатальном и постнатальном периодах явились: дыхательные нарушения, искусственное вскармливание, перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС), асфиксия при рождении, кардиоваскулярные нарушения, оперативное родоразрешение, родовые травмы. Полученные результаты позволили составить перечень мероприятий по профилактике НЭК.

Ключевые слова: некротический энтероколит, новорожденный, факторы риска, профилактика.

Интенсивное развитие неонатологии и реаниматологии сделало возможным выживание детей, родившихся глубоко недоношенными, перенесших гипоксию в родах и имеющих признаки внутриутробного или интранатального инфицирования, а также родившихся с тяжелыми врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта и/или сердечно-сосудистой системы [2,3,6]. Согласно данным литературы заболеваемость некротическим энтероколитом (НЭК) составляет 2,4 на 1000 новорожденных [1,2]. Средние показатели летальности при

постановка на учет в женской консультации 36% женщин, 13% матерей во время беременности не наблюдались. В 55,5% случаев беременные не обследованы на TORCH-инфекцию.

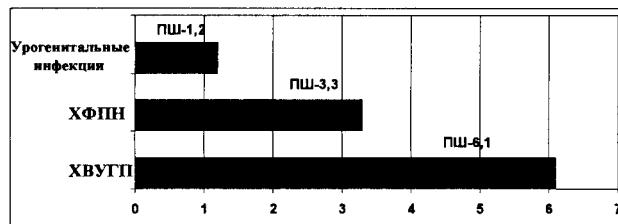


Рис. 1 Распределение по значимости антенатальных факторов риска НЭК.

У 17 женщин родоразрешение было оперативным (ПШ=1) и выполнялось по экстренным показаниям в 76% случаев (тяжелый гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

При рождении более чем у половины детей - 22 (55%) регистрировалась асфиксия средней и тяжелой степени (ПШ=1,2), что потребовало проведения реанимационных мероприятий в родильном зале. В дальнейшем у 13 (68%) из них был установлен диагноз НЭК II-III степени, что также подтверждает значимость данного фактора. В первые сутки жизни тяжесть состояния новорожденных была обусловлена у 28 детей (69,4%; ПШ=2,2) дыхательными (пневмонии, респираторный дистересс синдром), у 17 детей (42,5%; ПШ=1) - гемодинамическими (транзиторная дисфункция миокарда, гиповолемия) нарушениями. (рис.2,3)

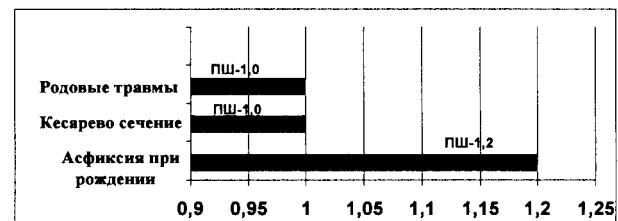


Рис.2 Распределение по значимости интранатальных факторов риска НЭК.

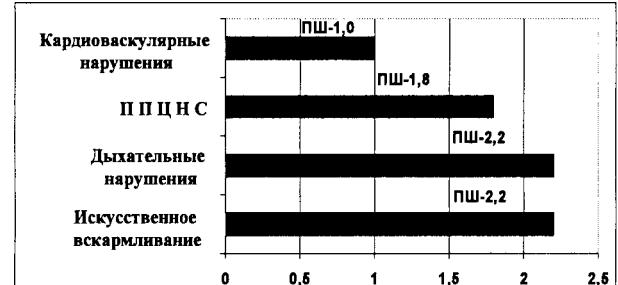


Рис.3 Распределение по значимости постнатальных факторов риска НЭК.

Анализ особенностей вскармливания детей

до установления диагноза НЭК показал, что большая часть младенцев (65%) находилась на искусственном вскармливании (ПШ=2,2), которое часто осуществлялось через зонд, и было начато позднее 1 суток жизни (ПШ=4,4).

В клинике преобладали симптомы дисфункции ЖКТ: у всех больных отмечалось снижение перистальтики, вздутие живота у 38 (95%), остаточный объем натощак в желудке у 23 (60%), контурирование петель кишечника у 13 (33,3%) детей. У некоторых больных имелись признаки перитонита: болезненность при пальпации живота у 29 (72,5%), отек и гиперемия брюшной стенки у 11 (27,7%) детей. Тяжесть состояния больных с НЭК была обусловлена и сопутствующей патологией. У всех детей выявлено перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) средней и тяжелой степени тяжести (ПШ=1,8), в том числе у трети больных травматического генеза. Кроме этого, неонатальный период осложнился течением пневмонии у 44,4% (ПШ=1), а у 33,3% пациентов диагностирована анемия.

Первые признаки НЭК регистрировались преимущественно на 7-10 сутки жизни. При этом диагноз НЭК I ст. был выставлен у 15 (38%), НЭК II ст. - 9 (22%), НЭК III ст. - 16 (40%) больных (классификация по Bell's, 1978г.). Вторая и третья стадии заболевания отмечались у детей, рожденных на сроке гестации менее 33 недель (рис.4).



Рис. 4 Стадии НЭК в зависимости от сроков гестации.

Лечение НЭК проводилось согласно принятым протоколам (5), 40% больных потребовалось хирургическое вмешательство, которое во всех случаях закончилось формированием кишечного свища. Общая летальность в исследуемой группе составила 10%, при этом летальные исходы отмечались только в группе больных с хирургической стадией НЭК.

Выводы

- Среди антенатальных факторов риска развития НЭК наиболее значимыми явились:

- ХФПН, преимущественно средней степени тяжести, ХВУГП, урогенитальные инфекции.
2. Развитие НЭК II-III ст. отмечалось у недоношенных детей с гестационным возрастом менее 33 недель.
 3. В интранатальном и постнатальном периодах значимыми факторами риска развития II-III ст. НЭК явились: дыхательные нарушения, искусственное вскармливание, ППЦНС, асфиксия при рождении, кардиоваскулярные нарушения, оперативное родоразрешение, родовые травмы.

Полученные результаты и анализ литературных данных позволяют предложить перечень мероприятий по профилактике развития некротического энтероколита у новорожденных.

В антенатальном периоде рекомендуется проводить профилактику недоношенности, своевременную диагностику, лечение и мониторирование патологии (в том числе инфекционной) у матери во время беременности.

В интра- и постнатальном периодах профилактические мероприятия должны включать профилактику родового травматизма, острой гипоксии плода, своевременную диагностику и лечение кардиореспираторных нарушений различного генеза, патологическую контаминацию новорожденных, в том числе госпитальной флорой (минимизация инвазивных вмешательств, которые в частности связаны и с зондовым кормлением, раннее назначение пробиотиков), адекватное лечение ранних стадий НЭК.

В группе недоношенных детей особое внимание следует уделять адекватному

энтеральному питанию, профилактике "динамической кишечной непроходимости" как ведущего патологического синдрома в развитии НЭК у недоношенных, включающей заместительную ферментотерапию, стимуляцию перистальтики, механическую декомпрессию ЖКТ.

Литература

1. Володин Н.Н. Национальное руководство по неонатологии/ Н.Н.Володин. - Москва : "ГЭОТАР-Медиа", 2007. - С.510-517.
2. Гаймolenko C.G. Хирургия новорожденных/ С.Г.Гаймolenко, Н.М.Степанова, С.Л.Дручкова/ / - Чита, ИИЦ ЧГМА,2009. - С.117-136.
3. Головко О.К. Особенности ведения новорожденных с некротизирующими энтероколитом/ О.К.Головко, Е.М.Левицкая, Г.Л.Линчевский//Архив клинической и экспериментальной медицины. - 2002.- Т. 11, № 2. - С. 241-244.
4. Иванов В.В. Оперативная тактика при лечении НЭК /В.В.Иванов., П.Чевжик, Е.А.Черпалюк // Детская хирургия. - 2003. - № 6. - С. 25-27.
5. Исаков Ю. Ф. Национальное руководство по детской хирургии/ Ю.Ф. Исаков, А.Ф. Дронов/ / Москва: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - С.340-351.
6. Караваева С.А. Диагностика и особенности клинического течения некротического энтероколита у детей/ С.А. Караваева// Вестник хирургии. - 2002. - Т. 161, № 4. - С. 41-46.
7. Ostile D.J., Necrotizing enterocolitis in full-term infants/ D.J Ostile, T.L. Spilde, St Peter S.D//J. Pediatr Surg.- 2003/- P.1039-1042.