

ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Редько Е. К., ассистент кафедры педиатрии с курсом медгенетики медицинского института СумГУ,
Мороз Т.Д., Тресницкая Ю.В.-врачи СОДКБ

Многие патологические состояния в неонатальном периоде могут привести к **язвенно-некротическому энтерокоlitу** (ЯНЭК, в зарубежной литературе - НЭК). Это заболевание чаще встречается у детей с очень низкой массой тела при рождении: 90% случаев ЯНЭК приходится на недоношенных детей. ЯНЭК развивается у 10% детей, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Смертность колеблется от 10 до 50%. Возраст, в котором начинается ЯНЭК, зависит от массы тела при рождении и гестационного возраста. Чем меньше гестационный возраст и выраженнее незрелость ребенка (меньше 26 недель гестации), тем больше он подвержен продолжительному риску развития ЯНЭК и его раннему началу.

Этиопатогенез. По-видимому, множество факторов (включая гипоксию, ацидоз, артериальную гипотензию) могут привести к ишемическому повреждению слизистого барьера тонкой кишки. Вторично в патогенез может быть вовлечена бактериальная инвазия измененной слизистой оболочки тонкой кишки. Поэтому изменение биоценоза кишечника, заключающееся в повышении количества условно-патогенных микробов с одновременным снижением бифидобактерий и лактобацилл, указывает на риск развития ЯНЭК.

Многие состояния могут способствовать развитию ЯНЭК, включая врожденные *синие пороки сердца, гипоплазию левого сердца, коарктацию аорты, полицитемию, наличие пупочного катетера, трансфузии, перинатальную асфиксию, преэклампсию у матери*. У детей с *открытым артериальным протоком* также велик риск развития ЯНЭК. В этом случае оксигенированная кровь шунтируется от кишечника. Имеют значение также медиаторы воспаления и свободные кислородные радикалы.

Фактором риска для ЯНЭК может быть раннее начало энтерального питания младенцев с низким сроком гестации, так как в процессе кормления требуются изменение тока крови и кислород. ЯНЭК редко встречается у детей, которые не получали энтерального питания в раннем неонатальном периоде. В то же время при искусственном вскармливании гиперосмолярная формула смеси способствует развитию ЯНЭК.

У глубоко недоношенных, незрелых детей недостаточна продукция соляной кислоты, продукция энзимов, моторика кишечника. Незрелость слизистой оболочки приводит к недостаточной продукции слизи, а незрелость местной иммунной системы - к резкому снижению секреторного IgA.

Клиническая картина заболевания представлена очень широко и часто определяется степенью зрелости организма.

Вздутие, увеличение живота - обычно один из ранних и наиболее существенных клинических симптомов. Также изменяется общее состояние ребенка, появляются **приступы апноэ, гипотермия, нарушения микроциркуляции, срыгивание**. Часто обнаруживаются **кровь в стуле, брадикардия, сонливость, шок**.

Необильный стул вследствие мальабсорбции углеводов может быть ранним проявлением ЯНЭК. Достоверным методом оценки степени тяжести патологического процесса в кишечнике и прогноза заболевания служит определение содержания **секреторного IgA в копрофильтратах**.

Лабораторно определяются тромбоцитопения, нейтропения, метаболический ацидоз. Однако не у каждого пациента имеются все перечисленные симптомы, и клиническая картина может быть очень разнообразной.

Диагноз устанавливают с помощью **рентгенологического исследования**, при котором характерно обнаружение *интестинального пневматоза*. Неспецифические рентгенологические признаки: утолщение кишечной стенки, дилатация петель кишечника, асцит.

Лечение.

При подозрении на ЯНЭК энтеральное кормление должно быть прекращено на длительный период времени. Внутривенный доступ должен обеспечивать снабжение пациента жидкостью, электролитами, питательными веществами. Должно быть начато антибактериальное лечение. Антибиотики назначают внутривенно с учетом чувствительности к ним кишечной микрофлоры. Продолжительность отлучения от энтерального кормления зависит от клинического состояния пациентов. Так, если вздутие живота и интестинальный пневматоз выражены, длительность парентерального питания - 2 недели; при небольших клинических и рентгенологических изменениях - 48-72 часа.

Необходим динамический рентгенологический контроль органов брюшной полости для обнаружения перфорации кишечника. Внезапное появление апноэ, брадикардии, изменение цвета брюшной стенки, ее отек или нарастание окружности живота должны привести к подозрению на перфорацию кишечника. При наличии перфорации кишечника должно быть немедленно проведено хирургическое вмешательство.

Динамические лабораторные исследования включают развернутый анализ крови, в котором чаще всего выявляются нейтропения, тромбоцитопения.

Для поддержания кровообращения и артериального давления младенцам с ЯНЭК требуются большие объемы жидкости, электролиты, препараты крови. У детей с тяжелым метаболическим ацидозом развивается вторичная недостаточность кровообращения и может потребоваться искусственная вентиляция легких.

У детей, подвергшихся хирургическому вмешательству, имеется риск развития синдрома короткой кишки и различных осложнений, связанных с полным парентеральным питанием.

У некоторых детей воспаление слизистой оболочки приводит к трансмуральному некрозу и при отсутствии перфорации - к фибробластной трансформации грануляционной ткани и стриктурам. Стриктуры в дистальных отделах тонкой и толстой кишки - частые осложнения ЯНЭК. Если развиваются симптомы частичной обструкции, для уточнения диагноза необходимо проведение рентгеноконтрастного исследования.