

YENİDOĞULANLARDA NEKROTİK ENTEROKOLİTİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

Musayev A.A.

K.Y.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu.

NEK-in diaqnostikasının səmərəliliyinin yüksəlməsi üçün kompleks yanaşma mütləqdir. Antenatal və postnatal dövrləridə klinik əlamətlərin, ultrasəs, rentgen və laborator müayinələrin nəticələrinin təhlili xəstəliyin gedişinin proqnozlaşdırılmasını, adekvat müalicəni təyin etməyə və düzgün cərrahi korreksiyanın seçilməsinə imkan verir. Belə ki, NEK-in müalicəsi zamanı əsas müvəffəqiyyət xəstəliyin terapevtik mərhələdən cərrahi mərhələyə keçməsinin qarşısının alınmasıdır. Digər tərəfdən yenidoğulanlarda nekrotik enterokolit təsdiq edildik-dən sonra müalicə taktikasının seçilməsində, cərrahi əməliyyatın nə zaman, hansı həcmdə və necə yetirilməsi, intraoperasion diaqnostika problemləri, qarın boşluğunun sanasiya metodi-kası, postoperasion müalicənin taktikası məsələləri tam həll edilməmiş qalmaqdadır. Qeyd edilənlər problemin aktualığına dəlalət edir və bu sahədə mövcud olan problemlərin elmi-praktiki davamlı araşdırılmasına əsas verir.

Açar sözlər: nekrotik enterokolit, yenidoğulan, cərrahi müalicə.

NEK-in cərrahi müalicəsinə həsr olunmuş ilk tədqiqatlardan 50 il keçməsinə baxmayaraq bu istiqamətdə aparılan tədqiqatların sayı azalmır, bu da bu sahədə çoxsaylı həll olunmamış sualların olduğunu göstərir.

NEK-in mübahisəli diaqnostik və ağır hallarında diaqnoz qoyulması, qarındaxili təzyiğin azalması və uşağın ümumi vəziyyətinin yüngülləşməsi üçün palliativ müalicə-qarın boşluğunun drenə olunması ilə laparosentez edilir [1-3].

X.Demestre göstərmişdir ki, laparosentez və qarın boşluğunun drenə olunmasından sonra 86-100% hallarda xəstələrin vəziyyəti klinik yaxşılaşır. Bu təsir yüksək qarındaxili təzyiğin aradan götürülməsi ilə əlaqədardır, hansı ki, ağciyər ventilyasiyasının pozulması, kəskin böyrək çatmamazlığı və mezenterial qan axını və ürək yığılmalarının azalması kimi patofizioloji əlamətlərə daxildir [4].

Laparosentezin müsbət nəticəsi qarın boşluğunda bağırsağın nekrozuna dəlalət edən sərbəst iltihabi mayenin ləğvi ilə qiymətləndirilir. Cərrahi müdaxilənin növü cərrahi tapıntıların olması ilə müəyyən edilir.

Sübut olunmuşdur ki, NEK daha çox qalça və yoğun bağırsağın proksimal hissəsində olan "səpələnmiş" zədələnmə ocaqları ilə xarakterizə olunur. Perforasiyalar antimezenterik kənardə tək və ya çoxsaylı ola bilər [1-3].

Bununla əlaqədar müalicənin 2 üsulu təklif olunur: bağırsağın stomalarının formalaşması ilə nekroz sahələrinin rezeksiyası və ya I-li anastomozların qoyulması.

Çox ağır vəziyyətdə olan xəstələrdə S.A. Karavayeva tərəfindən T-şəkilli anastomozların qoyulması əsaslandırılmışdır. Zədələnmə zonasının ölçüsündən asılı olmayaraq, zədələnməmiş bağırsağın qənaətli rezeksiyası və bağırsağ stomalarının (2 və daha artıq) qoyulması təklif olunmuşdur ki, bu da maksimal dərəcədə bağırsağın uzunluğunu saxlamağa imkan verir [3].

Son dövrlərdə tibbdə NEK-in yenidoğulanlarda müalicəsi zamanı laparoskopiyanın tətbiqinə dair işlərə rast gəlinir.

Yayılmış peritonit zamanı yenidoğulmuşların qarın boşluğunun drenə olunmasına görə müxtəlif baxış nöqtələri vardır. Bəzi mütəxəssislər 1-2 drenaj borularının qoyulmasını yetərli hesab edirlər. Bir çox tövsiyələrdə isə qarın boşluğunda yalnız antibiotiklərin yeridilməsi üçün mikroirriqatorun olması göstərilir.

Lakin bəzi müəlliflər NEK-in dəyişmiş klinikası zamanı enterostomanın qoyulması və drenaj qoyulmadan kortəbii qarın boşluğunun tikilməsi iləbağırsağın nekrotik sahələrinin qənaətli rezeksiyasını optimal hesab edirlər. Bu üsul uşaqlarda enteral qidalanmanın erkən başlamasına səbəb olur ki, bu da reparasiya prosesləri zamanı az əhəmiyyətli deyil [1,5-8].

Yenidoğulanlarda və həyatın ilk aylarında olan uşaqlarda stomanın əsaslandırılmış bağlanma vaxtı axırıncı qoyulan stomadan sonrakı 3-4həftə hesab olunur. Ağır vəziyyətdə olan xəstələrdə, bədən kütləsində artma dinamikası olmadıqda stomanın bağlanmasını daha gec vaxtlara keçirmək olar [2, 8,9,10].

R.G.Bury, D.Tudehope vaxtından əvvəl doğulan və az çəkili yenidoğulanlarda enterokolitin profilaktikası məqsədilə antibiotiklərin enteral qəbulunu təklif etmişlər. Bu üsul NEK olan xəstələrin miqdarını və letallığını azaltmış, ancaq xəstələrdə bakteriyalara rezistent kolonizasiyanın tezliyini azaltmamışdır [11].

Müasir dövrümüzdə neonatoloqlar nutritiv dəstəklə bağlı məsələlərə çox diqqət yetirirlər, belə ki, yenidoğulmuş xəstənin adekvat qidalanması onu ağırlaşmalardan qoruyur və boy artımı və inkişafa gətirib çıxarır.

Vaxtından əvvəl doğulan və bədən kütləsi 2500 qramdan aşağı olan xəstələrdə NEK-in müalicəsinin optimallaşdırılması məqsədilə probiotiklərin profilaktik tətbiqi göstərilir, belə ki, onlar xəstəliyin inkişaf riskini azaldır.

Beləliklə, həm konservativ, həm də cərrahi müalicənin müxtəlif üsulları mövcuddur.

İşin məqsədi: Yenidoğulanlarda nekrotik enterokolitin cərrahi müalicənin əhəmiyyətini müəyyən etməkdən ibarətdir.

Material və müayinə metodları: Tədqiqat 2015-2020-ci illərdə K.Y.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutuna daxil olan 1-15 günlük NEK aşkar olunmuş 305 yenidoğulmuşda aparılmışdır. Bu illər ərzində NEK-in cərrahi mərhələsində olan 112 yenidoğulan müalicə olunmuşdur. Yenidoğulmuşların əksəriyyəti Bakı və Azərbaycanın rayon doğum evlərindən daxil olmuşdur. Onlardan vaxtında doğulan 46 (15,1%), isə 259 (84,9%) vaxtından əvvəl doğulmuşdur. 13 (4,2%) vaxtından əvvəl doğulmuş 22-28 həftə, 63 (20,7%) 29-31 həftə, 97 (32%) yenidoğulmuş 32-34 həftə, 130 (42,8%) yenidoğulmuş 35-37 həftə hestasiya yaşına malikdir.

NEK aşkar olunmuş xəstələrin 99(71,4%) yaş 1 bir neçə saatdan 10 günə kimi təşkil edir.

Bu uşaqlar klinik əlamətlərinə görə aşağıdakı qruplara bölünmüşdür:

I qrup – I dərəcəli NEK aşkar edilən 79 (25,9%) xəstə

II qrup – II dərəcəli NEK aşkar edilən 134 (43,9%) xəstə.

III qrup – III dərəcəli NEK aşkar edilən 92 (30,2%) xəstə.

İşdə hər bir uşaq üçün müfəssəl anamnez, klinik diaqnoz (xəstənin dinamikası və nəticəsi), müayinə və müalicənin nəticələri əks olunan xüsusi müayinə kartları hazırlanmışdır.

NEK olan xəstələrin xüsusi işlənmiş, formalaşdırılmış müayinə kartlarında onların yaşı, cinsi, anamnestik məlumatlar, qidalanması, xəstəliyin gedişi, subyektiv və obyektiv əlamətləri, qarın boşluğunun ultrasəs müayinəsi, neyrosonografiya və rentgenoloji müayinələr, qanın, sidinin, nəcisin ümumi analizi, nəcisin bakterioloji müayinəsi, nəcisin disbakterioza görə müayinəsi, qanın immunoloji müayinəsi və müalicə tədbirləri qeyd edilmişdir.

Nəticə və müzakirələr: Medikamentoz terapiya

Bizim tədqiqatlara əsasən, cərrahi stasionara daxil olan bütün yenidoğulanlara start terapiya təyin olunmuşdur: nazoqastral zondla mədənin dekompressiyası, 3-5 gün və daha artıq tam parenteral qidalanma, respirator, inotrop dəstək, metrogil məhlulu ilə birgə geniş təsir spektrli antibiotiklər, ağrıkəsici və simptomatik müalicə (təzə dondurulmuş plazma, eritrositar kütlə, laziks, kanakion).

Bütün NEK olan xəstələrdə immun əvəz edici terapiya (pentaqlobulin, immunovenoglobulin) kurs müalicəyə daxil edilmişdir.

Bakterioloji göstəriciləri nəzərə alaraq, bütün xəstələrə müalicənin müxtəlif vaxtlarında bağırsaq disbiozunun kompleks müalicəsi aparılmışdır.

Mədəaltı vəzi fermentlərinin çatmamazlığının bərpa edilməsi və həzm proseslərinin yaxşılaşması məqsədilə (mədədən patoloji möhtəviyyət olmadıqda) bütün xəstələrə pankreatin, kreon təyin edilmişdir.

Vəziyyətin stabilləşməsi zamanı (qarında köp və ağrı olmadıqda, mədə möhtəviyyətinin tam evakuasiyası) uşaqlara zond vasitəsilə 5-7ml su verilmişdir. Mayenin mənimlənməsi zamanı qalıq həcmə nəzarət edərək 2,5 saat sonra 3-5 ml müalicəvi qarışıqlarla qidalanma başlanmış, növbəti dəfə qidanın həcmi 5-10 ml-yə qaldırılmışdır.

Cərrahi müalicə

Üçüncü mərhələ NEK diaqnozu 112 xəstədə müəyyən edilmişdir. Cərrahi müdaxilə stasionarda olarkən müxtəlif vaxtlarda yerinə yetirilmişdir (6-72 saat və daha çox).

Rentgenoloji müayinəyə əsasən cərrahi müalicəyə göstərişlər hesab edilmişdir:

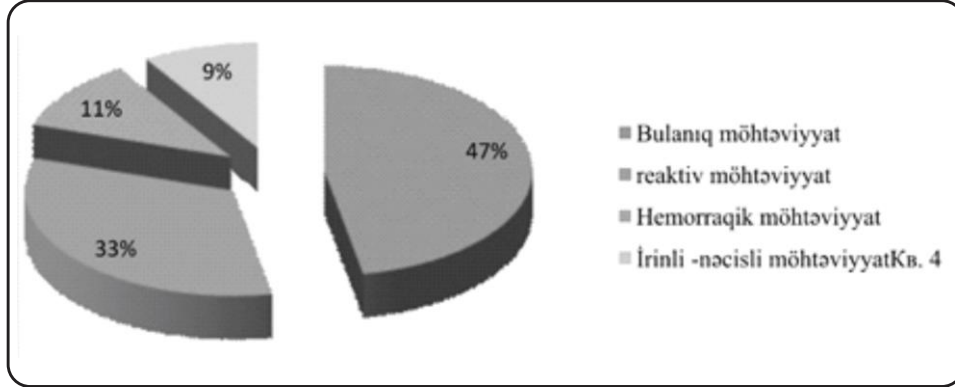
1. Ön qarın divarında iltihabi dəyişikliklərlə birgə qarının köpməsi

2. Qarın boşluğunda şişəbənzər törəmə (infiltrat)

3. Spesifik rentgenoloji şəkil (bağırsağ divarının yayılmış pnevmatozu, bağırsaqda maye səviyyələri, qarın boşluğunda möhtəviyyət, pnevmoperitoneum).

4. Laparosentez (bulanıq möhtəviyyət, çox miqdarda leykositlər, neytrofillərin üstünlüyü-80%-dən çox)

5. Laborator göstəricilər (trombositopeniya, koagulasion pozğunluqlar, ağır hiponatremiya, davamlı asidoz)



Şəkil 1. Laparotomiya zamanı möhtəviyyətin xarakteri

24 xəstədə (22%) ilk cərrahi əməliyyat laparosentez və qarın boşluğunun drenə edilməsi, 27 xəstədə laparotomiya, qarın boşluğunun sanasiyası və entero-, kolostomiya əməliyyatı icra edilmişdir. Xəstədə laparosentez, qarın boşluğunun drenajı və sanasiyası əməliyyat-önu xarakter daşmışdır. Yalnız laparosentez edilmişdir xəstədən 9, laparosentez və sonra laparotomiya olunmuş 12 xəstədən 9 nəfəri, birbaşa laparotomiya olunmuş 7 xəstədən isə 4 nəfər yaxşılaşma, yaxud sağalma ilə ambulator müşahidəyə yazılmışdır.

Laparosentezə göstərişlər aşağıdakılardır:

1. Az və ekstremal az çəkili yenidöğülənlərdə peritonit olduqda mərhələli cərrahi müdaxilənin variantı kimi

2. Qarın boşluğunda çox miqdarda sərbəst mayenin olması (assit)

3. Vaxtında doğulan körpələrdə III dərəcəli NEK (abdominal şok vəziyyəti)

4. NEK zamanı qarın boşluğunda möhtəviyyətin xarakterinin dinamik monitorinqi vacib olduqda

NEK, bağırsağ perforasiyası, peritonit diaqnozu müəyyən edilmiş xəstələrə cərrahi müalicə taktikası hər iki qalça nahiyəsində laparosentez, qarın boşluğuna hər iki tərəfdən 2 drenaj yeridilməsindən ibarətdir. İnterabdominal təzyiqin azalması, qarın boşluğundan möhtəviyyətin isti 0,9% -li NaCl məhluluna yuyularaq xaric edilməsi əksər hallarda xəstələrin vəziyyətlərini stabilləşdirməyə imkan

verir. Xəstənin vəziyyətinin yaxşılaşması – hemodinamik və respirator göstəricilərin stabil olması, mədədən rezidual israzatın azalması, sərbəst defekasiyanın olması, qarının ön divarında infiltrasiya və hiperemiyanın repressiyası konservativ müalicəni davam etdirməyə imkan verir. 48 saat müddətində aparılan müalicə effektivdirsə, drenajlardan çox miqdarda bağırsağ möhtəviyyəti xaric olursa, mədədən ödlü ifrazat azalmırsa yaxud artırsa, defekasiya olmayıbsa xəstəyə laparotomiya icra edilir. 48 saat müddətində aparılan müalicə, xüsusilə də qarın boşluğunun sanasiyası yayılmış intraabdominal iltihab əlamətlərinin xeyli dərəcədə azalmasına səbəb olur ki, bu vizual olaraq da tam aydınlığı ilə görünür. 12 xəstədə laparosentez, qarın boşluğunun drenajı və sanasiyası perforativ dəliyin bağlanmasına səbəb olmuş (medikamentoz müalicə ilə birlikdə), əlavə cərrahi əməliyyata ehtiyac olmamış, xəstələr sağalmışlar. Aqonal vəziyyətdə olan 3 xəstə (NEK, bağırsağ perforasiya, peritonit) laparosentezdən bir neçə saat sonra ölmüşlər.

Qeyd olunan kimi, 24 xəstədən 12 –də laparosentez, qarın boşluğunun drenajı əməliyyat-önu xarakter daşmışdır, onlar yuxarıda qeyd edilən kriteriyalar əsasında laparotomiya məruz qalmışlar.

Əməliyyatlar orta xəttədən həyata keçirilmişdir. Qarın boşluğu açılan zaman müxtəlif patoloji komponentli möhtəviyyət əldə edilmişdir.

Cərrahi müdaxilə zamanı nazik, yoğun bağırsağın izolə olunmuş və birgə iltihabi prosesə cəlb olunması aşkar olunmuşdur.

Bağırsağın müxtəlif hissələrinin zədələnməsi zamanı adətən, bir və ikilüləli stoma qoyulması həyata keçirilmişdir.

Radikal əməliyyatlar (bağırsağ stomalarının bağlanması) yenidəğulmuşun vəziyyəti stabilləşdikdə və bədən kütləsi 5 kq qədər olduqda icra olunmuşdur.

Anastomozların qoyulması və xora defektlərinin tikilməsi zamanı ikisıralı tikişlər aparılmışdır.

Qarın boşluğunun əməliyyatdan sonra drenə olunması 67(60%) əməliyyatlarda, laparos-

kopiya üsulu isə yenidəğulanlarda istifadə olunmuşdur. Laparotomiya zamanı möhtəviyyət xarakteri- bulanıq, irinli-nəcisli, reaktiv, hemorragik olmuşdur.

Laparotomiyayagöstərişlər:

1. Ağır endogen intoksikasiya və ya poli-orqan çatmamazlığı ilə müşayiət olunan yayılmış peritonit.

2. Bağırsağ nekrozu olan yayılmış və ya məhdud peritonit.

3. Çox saylı mozaik, böyük nahiyədə yerləşmiş perforasiya dəlikləri və ya subseroz nekrozu olması.

Cədvəl 1.

Nekrotik enterokolitdə cərrahi müdaxilələrin növləri

Cərrahi korreksiyasının növləri	Çəmi
Enterostoma	8
Kolostomiya	14
“Uc-uca” anastomoz	10
Subseroz nekrozun közənməsi	12
Perforasiyanın tikilməsi	16

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə peritonitli xəstələrin aparılmasına müvafiq müalicə davam etdirilmişdir.

İrinli-perforativ proses dayandırıldıqdan sonra əməliyyat yaraları sıx bağlanmış, sonra isə I-li sağalmışdır.

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar və letallıq

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar (bağırsağ keçməməzliyi, yoğun bağırsağın stenozu, əməliyyatdan sonrakı infiltratlar, “qısa bağırsağ” sindromu) 25% hallarda, letallıq isə 15 % təsadüf etmişdir.

Ağırlaşmalar əməliyyatdan sonrakı bir neçə gündən 2 ay müddətinə qədər inkişaf etmişdir. Xəstəliyin ağırlaşmış gedişi zamanı uşaqların stasionarda qalma müddəti 45 çarpayı günü təşkil etmişdir.

Cədvəl 2.

Nekrotik enterokolitli uşaqlarda əməliyyat sonrası fəsadlar

Fəsadlar	Çəmi
Bağırsağ keçməməzliyi	11
Bağırsağın stenozu	6
Peritonit	4
Əməliyyat sonrası infiltrat	4
“Qısa bağırsağ” sindromu	7

Sağalma 67% xəstələrdə qeydə alınmışdır, bu xəstələrin stasionarda qalma günləri 47 çarpayı günü təşkil etmişdir.

Yenidəğulmuşlarda nekrotik enterokolit - poli-orqan zədələnməsi ilə müşahidə edilən ağır polietoloji xəstəlikdir. Nekrotik enterokolitin rastgəlmə tezliyinin get-gedə artması ilə əla-

qədar neonatologiyanın aktual problemlərindən biri olaraq qalır. Erkən diaqnostika məqsədilə yenidəğulmuşlarda NEK-in müalicə və diaqnostikasında dürüslüyün çətinliyini nəzərə alaraq vaxtında konservativ müalicənin başlanması məqsədilə klinik simptomatika, paraklinik müayinə metodlarının aparılması müt-

ləqdir. Aparılan müayinələrdən aydın olur ki, bağırsağ divarında sərbəst hava və bağırsağ peristaltikasının olmaması cərrahi müdaxiləyə göstərişdir.

Nəticə: NEK-in diaqnostikasının səmərəliyinin yüksəlməsi üçün kompleks yanaşma mütləqdir. Antenatal və postnatal dövrləridə klinik əlamətlərin, ultrasəs, rentgen və laborator müayinələrin nəticələrinin təhlili xəstəliyin gedişinin proqnozlaşdırılmasını, adekvat müalicəni təyin etməyə və düzgün cərrahi korreksiyanın seçilməsinə imkan verir. Belə ki, NEK-in müalicəsi zamanı əsas müvəffəqiyyət xəstə-

təliyin terapevtik mərhələdən cərrahi mərhələyə keçməsinin qarşısının alınmasıdır. Digər tərəfdən yenidoğulanlarda nekrotik enterokolit təsdiq edildikdən sonra müalicə taktikasının seçilməsində, cərrahi əməliyyatın nə zaman, hansı həcmdə və necə yetirilməsi, intraoperation diaqnostika problemləri, qarın boşluğunun sanasiya metodikası, postoperation müalicənin taktikası məsələləri tam həll edilməmiş qalmaqdadır. Qeyd edilənlər problemin aktuallığına dəlalət edir və bu sahədə mövcud olan problemlərin elmi-praktiki davamlı araşdırılmasına əsas verir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Батанов Г.Б. Опыт хирургического лечения новорожденных с некротическим энтероколитом//Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2012.-№2. С. 58-60.
2. Карпова, И.Ю. Самоампутация червеобразного отростка у новорожденного при язвенно-некротическом энтероколите с последующим развитием ранней спаечной кишечной непроходимости/И.Ю. Карпова, В.А. Николайчук, Е.Д.Пятова // Детская хирургия, 2016. - № 20 (2). - С. 111-112.
3. Караваева С.А. Диагностика и особенности клинического течения некротического энтероколита у детей//Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2008. - Т. 161, № 4. - С. 41-44.
4. Demestre, X. Peritoneal drainage as primary management in necrotizing enterocolitis /X.Demestre// J. Pediatr. surg.- 2002. - Vol.37.- № 11.- P.1534-1539.
5. Intraluminal intestinal microdialysis detects markers of hypoxia and cell damage in experimental necrotizing enterocolitis/ N.Hogberg, B.C. Per-Ola Carlsson, Lars Hillered D, A.Stenback //J Pediatric Surgery. -2012. - № 47. - P. 1646-1651.
6. International survey on the management of necrotizing enterocolitis/ A. Zani, S. Eaton, P. Puri [et al.]/Eur. J. Pediatr. Surg.- 2015.- Vol.25.- P. 27-33.
7. Numanoglu, A. Necrotizing enterocolitis: early conventional and fluorescein laparoscopic assessment/ A. Numanoglu, A.J. Millar//J. Pediatr. Surg. -2011.-Vol.46.-P. 348-51.
8. Peritoneal drainage versus laparotomy as initial surgical treatment for perforated necrotizing enterocolitis or spontaneous intestinal perforation in preterm low birth weight infants/ S.C. Rao, L. Basani, K. Simmer [et al.]/Cochrane Database Syst. Rev. -2011.- (6): CD006182.
9. Treatment of necrotizing enterocolitis: an American Pediatric Surgical Association Outcomes and Clinical Trials Committee systematic review/ D. Downard Cynthia, E. Renaud, D. Shawn St. Peter [et al.]/ J Pediatric surgery. - 2012. - № 47. - P. 2111-2122.
10. Zhang, H.Y. An experimental study of acute neonatal enterocolitis/ H.Y. Zhang, F. Wang, J.X. Feng //Chin Med. J. (Engl). -2013.- Vol.126(9).- P.1771-8.
11. R Bury , D Tudehope Enteral antibiotics for preventing necrotizing enterocolitis in low birthweight or preterm infants// Cochrane Database Syst Rev. 2001;(1):CD000405. doi: 10.1002/14651858.CD000405.

SUMMARY

Surgical treatment of necrotic enterocolitis in newborns

Musayev A.A.

Scientific Research Pediatric Institute named after K.Y. Farajova.

Key words: necrotic enterocolitis, newborn, surgical treatment

Comprehensive approaching is mist for increasing productivity of diagnostics of the NEK. During the postnatal and antenatal periods assaying clinical symptoms such as x-ray, ultrasound, lab tests assists us to predict the sickness, the proper treatment and implementing the correct surgical procedure. Therefore, the crucial success throughout the treatments is to prevent the illness not to transform therapeutic form to surgical needed form. According to information about particular problems that emphasized previously, we ought to incorporate the sake of developing new treatments, exploring scientific researches. On the other hand, after the confirmation of neurotic enterocolitis in newborns, the choice of treatment tactics, when, how much and how to perform surgery, intraoperative diagnostic problems, methods of abdominal counting, tactics of postoperative treatment should be fully resolved. It indicates the urgency of the problem and provides a basis for continuous scientific and practical research of existing problems in this area.

РЕЗЮМЕ

Хирургическое лечение некротического энтероколита у новорожденных.

Мусаев А.А.

Научно-Исследовательски Институт Педиатрии имени К.Я. Фараджевой.

Ключевые слова: некротический энтероколит, новорожденный, хирургическое лечение.

Для повышения эффективности диагностики НЭК необходим комплексный подход. Анализ клинических признаков, ультразвуковых, рентгенологические и лабораторные исследования в антенатальном и послеродовом периодах позволяет спрогнозировать течение заболевания, назначить адекватное лечение и выбрать правильную хирургическую коррекцию. Таким образом, главный успех в лечении НЭК - это предотвращение перехода болезни из терапевтической стадии в хирургическую. С другой стороны, выбор лечебной тактики после подтверждения некротического энтероколита у новорожденных, когда, в каком объеме и как проводить операцию, проблемы интраоперационной диагностики, методы санации брюшной полости, тактика послеоперационного лечения остаются нерешенными. Вышеуказанное свидетельствует об актуальности проблемы и дает основу для постоянного научного и практического исследования существующих проблем в этой области