

анамнезе была тяжелая интранатальная травма ЦНС, у 34 диагностированы МВПР.

Синдром дыхательных расстройств, являющийся одним из пусковых звеньев в развитии НЭК отмечался у 68 новорожденных. Не менее значимыми в патогенезе заболевания были: анемия, гипокалиемия, гипопроотеинемия, тромбоцитопения и другие изменения гомеостаза. У 39 детей выявлены локальные проявления НЭК в виде перфораций ЖКТ (у 10 больных – перфорации желудка, у 6 – перфоративные язвы ДПК, перфорации тощей кишки обнаружены у 4 новорожденных. Перфорации толстого кишечника выявлены интраоперационно у 7 детей, с локализацией в слепой кишке – у 2 пациентов, восходящего отдела толстого кишечника – у 1 больного, ободочной

кишки – у 2 больных, т. е. анализируемые больные поступали в терминальной стадии НЭК. Преобладающее большинство больных (54 ребенка) погибали в ранние сроки послеоперационного периода от нарастающей полиорганной недостаточности, тяжелой травмы ЦНС, конкурирующих заболеваний (МВПР). Значительное увеличение числа выживших больных с НЭК в последние годы (в 2004 году – 8 из 12 больных) связываем с более ранней диагностикой заболевания в соматических стационарах; установившейся преемственностью между педиатром и хирургом, более активной лечебной тактикой, до развития у больных НЭК грозных осложнений – перфорации полых органов, профузных кишечных кровотечений, полиорганной недостаточности.

НАРУЖНЫЕ КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ У ДЕТЕЙ

С.Н. Гисак, В.И. Руднев, С.З. Заскин, В.Ф. Васильев, Л.С. Гурвич, В.А. Птицын

Воронежская медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

В клинике хирургии детского возраста Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко за период с 1996 по 2004 год на стационарном лечении находились 82 ребенка с различной хирургической патологией и сформированными наружными кишечными свищами различной локализации. Эти больные были распределены на 4 группы в зависимости от основного хирургического заболевания.

Первая, наиболее многочисленная, группа была представлена 37 детьми, находившимися на лечении по поводу перитонита различной этиологии (аппендикулярного – у 27, травматического – у 5, язвенно-некротического энтероколита – у 6). С целью выключения из пассажа патологически измененного отдела кишечника, операцией выбора у них было формирование наружного кишечного свища /подвесной энтеростомы – у 23 больных, терминальной – у 4, илестомы по Микуличу – у 5, энтеростомии по Майдлю – у 1 больного (на терминальном отделе тонкого кишечника). При травматическом повреждении толстого кишечника накладывалась колостома (терминальная сигмостома – у 1 больного, противостома – у 3 детей).

Вторая группа была представлена 7 детьми с опухолями тонкого и толстого кишечника (в-лимфома – у 3 больных, лимфосаркома – у 3, гемлимфангиома – у 1). Этим больным превентивно с целью разгрузки были наложены: подвесная энтеростомия – 4, терминальная илестомы – 1, по Микуличу – 1, петлевая колостома – 1.

В третью группу были отнесены 29 больных с приобретенной кишечной непроходимостью (у 5 – странгуляционная кишечная непроходимость, у 15 – ранняя спаечно-паретическая, у 8 грудничков – инвагинация кишечника с некрозом кишки, потребовавшая выполнения резекции илеоцекального угла и выведения терминальной илестомы – у 3 больных, энтеростомии по Микуличу – у 5 больных). У 1 новорожденного диагностирована непроходимость кишечника с некрозом участка кишки. В остальных случаях у 19 больных данной подгруппы наложена подвесная энтеростомия, у 2 больных – по Микуличу.

В четвертую группу были включены 9 детей с пороками развития кишечника (у 2 высокая атрезия ануса и прямой кишки, у 5 – низкая форма атрезии, у 2 болезнь Гиршпрунга.)

В целом наружные кишечные свищи нами преимущественно использовались по жизненным показаниям, в том числе при перитоните, непроходимости кишечника, травматических разрывах кишечника в качестве первого этапа операций при пороках развития толстого кишечника. В числе анализируемых детей с наружными кишечными свищами при тяжелой абдоминальной патологии с угрожаемыми состояниями летальных исходов не отмечено. Это подтверждает незыблемость мнения Бильрота «о спасительности в трудных ситуациях операций с формированием наружного кишечного свища».

ПОРТАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В.Ф. Доронин, С.В. Минаев, Ф.В. Доронин, А. Д.Панков, С.И. Закаидзе

Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

В комплекс лечебных мероприятий у детей с внепеченочной портальной гипертензией с 1995 года включена субтотальная резекция селезенки. Операция направлена на купирование явлений гиперспленизма за счет перевязки селезеночной артерии, значительного сокращения массы органа и полной изо-

ляции оставляемого фрагмента от сосудистых систем пищевода, желудка и ободочной кишки (Доронин В.Ф., 2005).

Цель настоящего исследования: по данным доплерометрии изучить изменения гемодинамики в основных сосудах портальной системы в раннем и