

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

О.А. Адеева

Уральская государственная медицинская академия,
Екатеринбург, Российская Федерация

Достижения в оказании помощи новорожденным с низкой массой тела, недоношенным, перенесшим хроническую внутриутробную гипоксию, увеличили количество новорожденных по риску развития некротического энтероколита (НЭК).

Цель исследования: изучить основные причины выздоровления и летальности у глубоконедоношенных с НЭК. Критерии включения: масса тела менее 1000 г, гестация менее 30 недель, наличие перфорации кишки и перитонита. Критерии исключения: масса тела более 1000 г, гестация более 30 недель, отсутствие перфорации. Мы разделили глубоконедоношенных на 2 группы – выжившие (4 ребенка) и умершие (4 ребенка). Средняя масса тела выживших составляла 863 ± 110 г, у умерших – 971 ± 223 г, сроки гестации – 26 и 27 недель соответственно. Дети в обеих группах были сравнимы по оценке по шкале Апгар 3,5 $\pm$ 1.5 балла. Лечение этих тяжелых пациентов проводилось в отделении реанимации новорожденных ОДКБ №1, куда они поступали из роддомов города и области после проведенной интенсивной терапии в роддоме через 6-8 дней после рождения.

НЭК с развитием перфорации кишки сформировался у выживших через 33,6 $\pm$ 4 дня, у умерших – на 20-й день пребывания. У всех детей диагностирована 3В стадия НЭК. Глубоконедоношенные дети получали стандартную инотропную терапию, ИВЛ, антибактериальную терапию. В группе выживших всем детям выполнен лапароцентез, дренирование брюшной полости, дальнейшая предоперационная подготовка в течение 3-5 дней. В группе умерших 3 детям также выполнен лапароцентез, но дренирование и последующая терапия были кратковременны, в течение 6-12 часов, одному ребенку не предприняты меры предварительной декомпрессии брюшной полости. Алгоритм помощи включал как основной этап лапаротомию и ревизию брюшной полости. При этом выявлено, что в группе выживших перфорация локализовалась в 12-перстной кишке, в группе умерших – в тощей и подвздошной кишке, один ребенок имел два перфоративных отверстия. В группе выживших оперативное лечение заключалось в ушивании перфорации и дренировании брюшной полости. В группе умерших – ушивание перфорации и резекция кишки с формированием двойной энтеростомы. В той и другой группе из брюшной полости высевался гемолитический стафилококк и энтерококк.

Таким образом, при прочих равных условиях у глубоконедоношенных детей с массой тела менее 1000 г, имеющих НЭК, перитонит, важное место в прогнозе выживаемости занимает этапное хирургическое лечение: лапароцентез – пролонгированное дренирование брюшной полости – лапаротомия.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Р.О. Александрова, Е.А. Мельникова, Е.Н. Максимова, Е.Г. Моисеева

Удмуртская государственная медицинская академия,
Ижевск, Российская Федерация

Изучение диафрагмальных грыж является актуальным вопросом в патологии новорожденных. Первую успешную операцию у младенца 3,5 месяца выполнил Heiden Hain в 1902 году. Врожденные диафрагмальные грыжи выявляются у одного из каждых 2 тысяч рождений, включая мертворождения, и составляет 8% всех врожденных аномалий.

Цель работы: провести анализ частоты диафрагмальных грыж среди всей хирургической патологии и результатов хирургического лечения детей в Удмуртской республике.

Задачи исследования: 1) исследовать частоту диафрагмальных грыж среди всей хирургической патологии детского возраста; 2) определить анатомические варианты диафрагмальных грыж; 3) провести анализ хирургического лечения.

Материал и методы. Исследованы 23 истории болезни детей в возрасте от 0 до 10 лет, поступивших в хирургическое отделение РДКБ г. Ижевска с 1998 по 2008 год. Из них новорожденных – 10 (50%), до 1 года – 6 (20%), старше 1 года – 7 (30%). Девочек – 11 (47,8%), мальчиков – 12 (52,2%). Выявлены следующие анатомические варианты: истинные – 20 (86,9%), ложные – 2 (8,7%), у одного пациента выявлена диафрагмальная грыжа посттравматического генеза (8,3%), а также, правосторонние – 2 (10%), левосторонние – 21 (90%), вследствие агенезии или аплазии правого или левого купола диафрагмы. Сочетание пороков наблюдалось в 40% анализируемых случаев, в основном, это пороки сердца и легких. Для коррекции порока проводили пластику местными тканями или применяли трансплантаты. Операционное лечение новорожденным детям проводилось в экстренном порядке в первые сутки после рождения, детям старше 1 года операции проводились в плановом порядке после предварительной предоперационной подготовки.

Выводы: 1) из анализируемой группы детей с диафрагмальными грыжами на долю новорожденных приходится 50%, дети до года – 20%, старше 1 года – 30%; 2) наиболее часто встречаются истинные, левосторонние диафрагмальные грыжи; 3) пороки легких и сердца в сочетании с диафрагмальной грыжей встречаются в 40%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА

Р.В. Ахрамович

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск, Российская Федерация

Целью нашего исследования являлся ретроспективный анализ результатов лечения III и IV стадий язвенно-некротического энтероколита (ЯНЭ) у новорожденных и грудных детей первых месяцев жизни в клинике детской хирургии СГМА с 1977 по 2007 г.