

Материалом исследования являлась медицинская документация отделения детской хирургии областной клинической больницы: истории болезни, операционные журналы, годовые отчеты. За этот период лечилось 9 больных с ЯНЭ. У всех в качестве причины развития его выявлены перинатальная гипоксия (3), энцефалопатия (2), морфофункциональная незрелость (1), сепсис (1), врожденные пороки сердца синего типа (2) или их сочетание.

Гипоксическая форма ЯНЭ отмечалась у 3 новорожденных. Это были дети первой недели жизни, которые поступали в хирургическое отделение из родильных домов. При оперативном лечении у двух констатировано наличие нескольких перфораций толстого кишечника с каловым перитонитом (IV стадия) и у одного – гидроперитонеум (III) с множественными участками предперфораций. Операция заканчивалась резекцией пораженного участка кишечника (в двух случаях толстого и в одном тонкого) с наложением соответственно коло- или энтеростом в зависимости от уровня поражения. После чего в сроки от месяца до трех им были проведены реконструктивные операции по закрытию стом с наложением анастомозов «конец-в-бок». Летальных исходов при гипоксической форме ЯНЭ не отмечалось.

Септическая форма ЯНЭ диагностирована у 6 больных, которые поступали из отделений патологии новорожденных и недоношенных, где они лечились по поводу вышеуказанных причин основного заболевания. При оперативном вмешательстве признаки III стадии основного заболевания выявлены у 4 больных, а IV - у двух. При этом тонкий кишечник был поражен в 2 случаях, а толстый в 4-х. Летальный исход наблюдался в 3 случаях. В двух причиной его являлось сочетание тяжелого сепсиса, декомпенсации врожденного порока сердца и IV стадии ЯНЭ. Третий летальный исход был связан с развитием синдрома «короткой тонкой кишки» на фоне иммунодефицитного состояния.

Таким образом, септическая форма язвенно-некротического энтероколита, по нашим данным, встречается чаще и сопровождается более высокой летальностью, что обуславливает особую актуальность ранней диагностики и выполнения комплексной терапии на «дохирургических» стадиях.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

А.Н. Воробьева

**Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Российская Федерация**

Закрытие больших ventральных грыж у детей младшего возраста сопряжено с техническими трудностями и тяжестью послеоперационного периода из-за повышения внутрибрюшного давления. Предпочтительна пластика собственными тканями, а при риске возникновения жизнеугрожающего повышения внутрибрюшного давления необходимо иметь в наличии алломатериалы для пластики, что снижает риск для жизни ребенка.

Материал и методы. С февраля 2005 по октябрь 2007 г. проведены операции по радикальной пластике дефектов передней брюшной стенки у 7 пациентов в возрасте от 1,5 г. до 6 лет. Все они в периоде новорожденности лечились по поводу врожденных дефектов передней брюшной стенки: 5 - с омфалоцеле и 2 - с гастрошизисом. У 6 ventральная грыжа была сформирована после первого этапа оперативного лечения по Gross и у 1 – после консервативного лечения гигантского омфалоцеле.

Результаты. Диаметр ventральных грыж составлял 7 - 12 см. Во всех случаях в брюшной полости был выраженный спаечный процесс. У пациентов после омфалоцеле содержимым грыжи были печень, часть желудка и петли тонкой и толстой кишок, после гастрошизис - петли кишечника. Во всех случаях печень располагалась практически в центре брюшной полости и была интимно спаяна с грыжевым мешком. В результате выделения печени во всех случаях отмечено повреждение гилсонской капсулы и паренхиматозное кровотечение, что потребовало переливания препаратов крови. Мобилизация петель кишечника сопровождалась возникновением множественных участков десерозации. Всем пациентам была проведена радикальная пластика передней брюшной стенки без использования алломатериалов, так как удалось восстановить ее целостность без угрожающего жизни повышения внутрибрюшного давления. Средняя продолжительность операции - 2 часа. В послеоперационном периоде проводилась ИВЛ от 18 до 120 часов. Пассаж по кишечнику восстановлен у пациентов в срок от 1 до 5 дней. У 1 пациентки развилась ранняя спаечная непроходимость, что потребовало релапаротомии на 5 сутки. При осмотре через 1 год после операции у 2 детей определялся небольшой остаточный дефект апоневроза, который был успешно закрыт.

Заключение: таким образом, пластика передней брюшной стенки при больших ventральных грыжах сложна и травматична.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В НАДПОЧЕЧНИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Л.В. Капанова

**Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемерово, Российская Федерация**

Варианты течения кровоизлияний в надпочечники сложно прогнозировать. Нами проанализированы 6 историй болезни с острой недостаточностью коры надпочечников. У 3 из 6 новорожденных была родовая травма. Двое пациентов родились с массой тела меньше 2000 г, у двоих вес был больше 5000 г, у остальных - нормальная масса тела. Из-за тяжести состояния новорожденные госпитализированы в реанимационное отделение. Все наблюдаемые были носителями цитомегаловируса и вируса простого герпеса. Кожные покровы бледные, а у 3-х из 6 больных даже с серо-зеленым оттенком. У 5 из 6 пациентов отмечался синдром острой и хронической гипоксии. У одного больного диагностировано внутрижелудочковое кровоизлияние. У всех детей были существенные нарушения метаболизма. Отмечалась гипогликемия от 1,8 - 1,9 ммоль/л до 1,26 ммоль/л и ниже, а также гипопроотеинемия. У 4 из 6 больных кровоизлияние было в один из надпочечников. По УЗИ в четырех случаях из шести гематома организовалась за 6-7 суток.