

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 гилсоновой 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. Пассажи по кишечнику восстановлены 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 гипопропротеинемия. У 4 из 6 больных кровоизлияние было в один из надпочечников. По УЗИ в четырех случаях из шести гематома организовалась за 6-7 суток.

Однако у одного новорожденного жидкостное образование надпочечника с первоначального размера 20x13x21 мм на протяжении четырех суток имело устойчивую тенденцию к увеличению до угрожающих размеров. Увеличение гематомы сопровождалось крайним беспокойством, криком, отказом от еды. Проведена декомпрессионная пункция с промыванием полости от сгустков крови. Состояние больного улучшилось. По УЗИ отмечена организация остатков гематомы с образованием плотной соединительной ткани солидной структуры.

У одной новорожденной, родившейся с массой веса 5150 г, возникла аспирация околоплодными водами, что потребовало санации с последующей интубацией трахеи и перевода на ИВЛ. В течение трех суток состояние улучшилось и в дальнейшем не вызывало опасений. При плановом обследовании обнаружено кровоизлияние в надпочечники. Исходный размер гематомы слева 21x23 мм, а справа 48x59 мм с последующим увеличением в динамике справа до 74x51x62 мм. В динамике справа образовалась плотная капсула, с появлением плотных включений. В период увеличения жидкостного образования отрицательной поведенческой реакции у ребенка не было. Кровоизлияние в левый надпочечник быстро редуцировалось. Справа проведена пункция под контролем УЗИ. Получено до 110 мл жидкого гноя. При посеве обнаружен *Enterococcus faecalis*. Дренирование полости с ежедневным промыванием привело к выздоровлению девочки. При наблюдении 1,5 года развивается нормально, заместительную глюкокортикоидную терапию не получает.

Наблюдаемые редкие варианты течения кровоизлияний в надпочечники определяют активное участие в наблюдении и лечении детей с патологией надпочечников.

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ

Э.В. Гузиков

**Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Российская Федерация**

Основным документом, регламентирующим пренатальную диагностику у нас в стране, является приказ Минздрава России №457 «О совершенствовании пренатальной диагностики и профилактики наследственных и врожденных заболеваний у детей». Согласно этому приказу, схема обследования беременных с целью пренатальной диагностики включают три последовательных этапа: в первом триместре (10-14 неделя беременности), втором триместре (20-24 неделя беременности) и третьем триместре (30-34 неделя беременности).

В период с 1999 по 2007 г. в СОКБ им. Н.И. Калинина при внутриутробной диагностике было выявлено 352 ребёнка с врожденными пороками, из которых: 81% представляли аномалии желудочно-кишечного тракта, 13% - бронхолегочной системы и 6% - врожденные диафрагмальные грыжи. 74% беременностей с вышеуказанными пороками закончились рождением детей, прерывание беременности по медицинским показаниям составило 26%. Возраст матерей в 53% варьировал от 20 до 29 лет, 31% - от 30 до 39 лет, 15% - от 16 до 19 лет.

Нами были изучены и проанализированы истории болезней 91 пациента с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта. Эти дети находились на лечении в ДГКБ с 2000 по 2007 год. Мальчиков было 44,9%, девочек - 35,1%. Были представлены пороки: врожденный гипертрофический пилоростеноз (38,5%), атрезия пищевода (28,6%), атрезия прямой кишки (19,7%), болезнь Гиршпрунга (6,6%), атрезия тонкой кишки (4,4%), атрезия желчных путей (2,1%). Множественные пороки развития, такие как: гидронефроз, аплазия и мультикистозная дисплазия почки отмечались у 8,8% детей.

Все перечисленные пороки, кроме пилоростеноза, болезни Гиршпрунга и атрезии желчевыводящих путей, были диагностированы при внутриутробном развитии во время УЗИ плода. Все пациенты были прооперированы в неонатальном периоде. Летальность составила 21%. Таким образом, УЗИ плода позволяет в большинстве наблюдений диагностировать ВПР и своевременно провести оперативное лечение.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА АНАСТОМОЗИРОВАНИЯ

Т.А. Ковалева

**Российский государственный медицинский университет Росздрава,
Москва, Российская Федерация**

Наиболее частой причиной врожденной низкой кишечной непроходимости является атрезия тонкой кишки. Эта аномалия составляет одну треть всех пороков кишечника у новорожденных. Хирургическая коррекция данного порока претерпела в своем развитии несколько этапов: первоначально использовался метод выведения стомы на переднюю брюшную стенку, так как главной задачей перед хирургами было добиться выживаемости детей с атрезией тонкой кишки. С введением в практику современной хирургической техники начали использоваться методики резекции атрезированного участка кишки и наложения Т-образного анастомоза. Эта методика позволяла обеспечить проходимость кишечника при несоответствии диаметров приводящего и отводящего концов кишки, но требовала повторного хирургического вмешательства для иссечения избытка кишки. В последнее время, учитывая накопленный опыт по лечению детей с тонкокишечными атрезиями, в целях наиболее адекватной коррекции порока, в хирургической практике с большой частотой стали использоваться методики наложения прямых анастомозов, а также тапирование приводящего отдела атрезированной кишки.

Целью работы является оценка результатов лечения больных, которым был наложен Т-образный анастомоз, и тех, которым был наложен прямой анастомоз. А также сравнение их по следующим критериям: сроки восстановления нормальной функции желудочно-кишечного тракта, время начала энтеральной нагрузки, длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии, длительность пребывания в стационаре, послеоперационные осложнения.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 51 пациента с атрезией тонкой кишки, находившихся на лечении в ДГКБ №13 им. Н.Ф.Филатова с 2000 по 2008 г. В зависимости от хирургической