

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА

**К.В. Пальянов**

**Омская государственная медицинская академия,  
Омск, Российская Федерация**

Пилоростеноз – одна из важнейших проблем хирургии раннего детского возраста.

Среди хирургической патологии у детей первых трех месяцев жизни пилоростеноз занимает первое место. Популяционная частота 1-3 : 1000 детей. Соотношение мальчики : девочки составляет 4:1. Быстрое развитие тяжелого состояния, нарушение водно-солевого обмена усложняет выхаживание данной группы пациентов.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пилоростеноза у детей.

Материал и методы: проведен анализ клинического течения, особенностей диагностики и хирургического лечения 45 детей с пилоростенозом, находившихся на лечении в ОДКБ и ДГКБ №3 г. Омска с 2006 – 2008 гг. Все дети имели выраженную клиническую картину, которая подтверждалась ФГДС. 39 детям выполнено хирургическое вмешательство по методике Фреде-Рамштедту, 6 - по эндоскопической методике. Среди детей, кому выполнялась пилоромиотомия по Фреде - Рамштедту, было 27 мальчиков и 12 девочек в возрасте от 2 недель до 2 месяцев. Из 6 детей, оперированных эндоскопическим методом, мальчиков было 5, девочек - 1. Проводились биохимические исследования в предоперационном периоде, коррекция обмена.

Результаты: в группе оперированных по общепринятой методике в одном случае было осложнение: повреждение слизистой, распознанное интраоперационно. Были предприняты меры по устранению осложнения. Послеоперационный период в обеих группах протекал без осложнений. В группе пациентов, которым выполнялось эндоскопическое вмешательство, послеоперационный период протекал легче, сокращался средний койко-день. Кроме этого, отмечался хороший косметический результат.

Выводы: эндоскопическая хирургическая техника обладает рядом преимуществ. Ее можно рекомендовать для более широкого применения.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОШИЗИСА

**А.А. Партилтаева, О.Д. Дубданова**

**Бурятский государственный университет,  
Улан-Удэ, Российская Федерация**

В структуре перинатальной смертности врожденная и наследственная патология занимают 2-3 места. Особую значимость придает своевременная антенатальная диагностика пороков развития, которая позволяет определить дальнейшую тактику ведения беременных.

Гастрошизис - редкий, угрожающий жизни дефект новорожденных, когда дети рождаются с тяжелейшим пороком развития передней брюшной стенки, сопровождающийся недоношенностью и задержкой внутриутробного развития. Лечение детей с данной патологией осложняется течением внутриутробного перитонита, абсолютным укорочением кишечника, недоразвитием брюшной полости.

Цели и задачи: 1. ранняя антенатальная диагностика пороков развития; 2. выявление основных факторов риска в возникновении гастрошизиса; 3. анализ лечения гастрошизиса.

Материал и методы: В нашей работе проведен анализ медицинской документации течения беременности и родов 34 женщин, результатов проведенного УЗИ-скрининга, историй болезни новорожденных детей и результатов хирургического лечения по материалам ДХО ГК БСМП г. Улан-Удэ за 2003-2007 год.

Гастрошизис наблюдался у детей, рожденных у женщин в возрасте от 19 до 23 лет. Течение беременности сопровождалась угрозой прерывания, анемией, инфекцией мочевыводящих путей и половой сферы, выявленными перед или в течение 1 триместра. УЗИ-скрининг проведен у 34 женщин.

При дальнейшем проведении УЗИ - скрининга отмечены признаки многоводия – 3 (37,5%) и наличия петель кишечника за пределами брюшной полости – 5 (62,5%). Детей с гастрошизисом родилось 8, по половой принадлежности пациенты распределились поровну. Вес при рождении у 75% детей был ниже 2000 граммов, оценка по шкале Апгар составила не более 4 - 5 баллов.

Оперативное лечение проведено всем больным. Произведена одномоментная пластика передней брюшной стенки - 5 (62,5%), отсроченная пластика с применением пластикового мешка – 3 (37,5%).

Выводы. Отмечается рост врожденной патологии передней брюшной стенки. Выявленные факторы риска стали основными причинами возникновения данной патологии. Ранняя антенатальная диагностика позволяет определить дальнейшую тактику течения беременности и дальнейшего лечения. Отсроченная пластика передней брюшной стенки при гастрошизисе сопровождается более благоприятным исходом.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

**И.А. Пикало**

**Иркутский государственный медицинский университет,  
Иркутск, Российская Федерация**

Цель исследования. Исследовать прогностически значимые факторы риска послеоперационных осложнений и летальности при атрезии пищевода у новорожденных.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов лечения 83 новорожденных с атрезией пищевода за период с 1993 по 2006 г. Использован когортный ретроспективный тип исследования. У всех новорожденных определены клиничко - эпидемиологические характеристики, которые рассматривались в качес-

тве прогностических факторов. В качестве исходов лечения рассматривались ранние осложнения (до 1 месяца), поздние осложнения (после 1 месяца) и смерть пациента.

Результаты исследования. Ранние послеоперационные осложнения развились у 35 пациентов (42,2%) и включали в себя: стеноз анастомоза пищевода – 17 (20,5%), несостоятельность анастомоза – 15 (18,1%), несостоятельность культи трахеи – 1 (1,2%), хилоторакс – 1 (1,2%). Наиболее значимым прогностическим фактором, оказавшим влияние на стенозирование пищевода, был желудочно-пищеводный рефлюкс (ОШ–3,07). Не было выявлено статистически достоверных прогностических факторов развития несостоятельности анастомоза пищевода с учетом всех клинических характеристик пациентов, типа атрезии, вида хирургического лечения. Поздние послеоперационные осложнения развились у 43 (51,8%) пациентов и они включали: желудочно-пищеводный рефлюкс – 31 (37,4%), рецидив трахеопищеводного свища – 8 (9,6%), трахеомалация – 4 (4,8%). Атрезия пищевода с диастазом между отрезками пищевода более 2 см явилась наиболее значимым прогностическим фактором желудочно-пищеводного рефлюкса (ОШ – 4,04). Рецидив трахеопищеводного свища является следствием несостоятельности анастомоза пищевода.

Прогностическая значимость несостоятельности анастомоза как фактора риска рецидива трахеопищеводного свища составила (ОШ – 6,05). Трахеомалация в послеоперационном периоде наблюдалась у новорожденных с локализацией верхнего атрезированного отрезка пищевода на уровне верхних грудных позвонков (ThIII - ThIV). Послеоперационная летальность составила 15,7% (13 пациентов).

## **ПЕРФОРАЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

**А.А. Сараев, А.В. Смирнов, К.В. Меньшиков, Е.В. Пономарёв**  
**Алтайский государственный медицинский университет,**  
**Барнаул, Российская Федерация**

В клинике детской хирургии на базе Алтайской краевой клинической детской больницы по поводу перфорации ЖКТ за последние 15 лет на обследовании и лечении находились 25 новорождённых и 10 детей первого года жизни. Причиной перфорации у 18 был некротизирующий энтероколит, у остальных 17 детей - гипоксические язвы. Дети поступали в хирургическое отделение из различных медицинских учреждений Алтайского края.

Срок поступления детей с перфорацией ЖКТ составил от 1 до 6 суток с момента рождения, детей с некротизирующим энтероколитом – 1 - 2 месяца. Для установления, уточнения и детализации диагноза применялись клинические, лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические методы. При перфорациях ЖКТ клиническая картина возникала обычно после начала кормления ребёнка, сопровождалась явлениями кишечной непроходимости.

Дети с некротизирующим энтероколитом до поступления в хирургическое отделение длительно лечились в отделениях недоношенных либо патологии новорождённых. Поводом к переводу и оперативному лечению были явления перфоративного перитонита или непроходимости кишечника. До развития этих осложнений у данной группы больных при ультразвуковом и рентгенологическом исследованиях определялся пневматоз кишечных стенок, их утолщение, вялость перистальтики.

При гипоксических язвах желудка и кишечника оперативное вмешательство заключалось в зашивании перфоративных отверстий, санации и дренирования брюшной полости (17 больных). Умерли 3 ребёнка (18%). Практически все - от сопутствующей патологии и полиорганной недостаточности. Осложнений, связанных с оперативными вмешательствами, не было.

У детей с некротизирующим энтероколитом характер оперативного вмешательства зависел от объёма и локализации процесса. Резекция кишки с формированием анастомоза выполнена у 7 больных, резекция и формирование энтеростомы - у 5, колостомы - у 6. Операции заканчивались санацией и дренированием брюшной полости. Умерли 5 детей (28%).

Таким образом, считаем, что среди новорождённых и детей первого года жизни, лечащихся в соматических отделениях, следует выделять группы по риску развития перфорации ЖКТ (недоношенные дети, дети с внутриутробной гипотрофией, хронической гипоксией плода и с тяжелым течением родового периода).

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЛЕДДА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**С.В. Соколов**  
**Ярославская государственная медицинская академия,**  
**Ярославль, Российская Федерация**

Синдром Ледда (СЛ) – это незавершенный поворот кишечника с заворотом всей тонкой и правых отделов толстой кишки вокруг верхней брыжеечной артерии в сочетании с обтурацией просвета двенадцатиперстной кишки эмбриональными тяжами. СЛ с острым началом у новорожденного, представляет собой неотложную ситуацию, которая требует экстренной диагностики и срочной операции, что позволяет избежать гангрены тонкой кишки. Редкость заболевания, неясная клинико-рентгенологическая картина являются причиной диагностических ошибок. Стандартом обследования ребенка с подозрением на СЛ считается ирригография. Последние годы в литературе появились сообщения о положительном опыте применения УЗИ.

За период 2006-2008 гг. мы наблюдали 6 новорожденных с СЛ, из них 5 новорожденных были доношенными и 1 недоношенным. Поводом для направления новорожденных в специализированное отделение стал синдром рвоты и срыгиваний после рождения. Всем детям при поступлении выполнялись обзорные рентгенограммы грудной и брюшной полости, при этом во всех наблюдениях на рентгенограммах констатировано скудное газонаполнение кишечных петель.

Диагноз СЛ удалось подтвердить у всех детей при помощи УЗИ. Исследование проводилось на аппаратах