

антимикробное действие в первую очередь на анаэробную флору, число колоний которой резко уменьшается, и к концу курса (6 суток) лечения они полностью исчезают. Под влиянием ГБО аэробно-анаэробный симбиоз вначале сменялся выделением только аэробных микроорганизмов, а затем, к 5-7 суткам, наблюдалась полная ликвидация микрофлоры.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ СОБСТВЕННО ДИАФРАГМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**М.М. Байчоров, Е.В. Лукьяненко, В.Ф. Доронин, Ю.Н. Болотов**  
**Ставропольская государственная медицинская академия,**  
**Краевая детская клиническая больница, Ставрополь, Российская Федерация**

Врожденные диафрагмальные грыжи (ВДГ) составляют 9 - 10% среди других пороков развития. Лечение ВДГ у новорожденных - сложная и не всегда успешно решаемая проблема. По данным отечественной и зарубежной литературы, послеоперационная летальность новорожденных с ВДГ продолжает оставаться достаточно высокой. Цель работы: анализ результатов хирургического лечения грыж собственно диафрагмы у новорожденных.

Материал и методы. За период 2000- 2008 г. в клинике детской хирургии СтГМА на базе СКДКБ находились на лечении 32 новорожденных с ВДГ (мальчиков - 20, девочек - 12) в возрасте от 1 до 23 дней. Ложные грыжи собственно диафрагмы наблюдались у 53,2%, истинные грыжи - у 37,5%, аплазия купола диафрагмы - у 9,3% младенцев. Наиболее часто ВДГ проявляли себя на 2-3 сутки после рождения клиникой подостро или остро развивающейся дыхательной недостаточности. Острое течение отмечено у 28 (87,5%) новорожденных, преимущественно с ложными ВДГ, подострое - у 4-х (12,5%) младенцев с истинными ВДГ.

Корректирующие операции выполняли под эндотрахеальным наркозом с ИВЛ после кратковременной предоперационной подготовки. Операционный доступ - трансабдоминальный. Диафрагмопластику производили в основном местными тканями, используя разнообразные технические приемы. При аплазии купола диафрагмы дополнительно применяли нейлоновую сетку. При выраженной висцеро-абдоминальной диспропорции осуществляли двухэтапную пластику передней брюшной стенки по Гроссу.

Полную и одномоментную аспирацию воздуха из плевральной полости с целью полного расправления легкого после устранения ВДГ считаем опасной и недопустимой процедурой, чреватой разрывами альвеол и усугублением нарушений центральной гемодинамики. Постепенное расправление легкого в большинстве случаев достигали пассивным трансабдоминальным дренированием плевральной полости. Последнее время плевральную полость после операции не дренируем, а пункции проводим исключительно по строгим показаниям. В послеоперационном периоде основное внимание уделяем обеспечению адекватной легочной вентиляции и купированию легочной гипертензии. До восстановления эффективного спонтанного дыхания всем детям проводили продолжительную искусственную или вспомогательную вентиляцию легких.

Результаты. Послеоперационная летальность составила 43,7%. Из оперированных новорожденных 28,1% погибли от нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности в первые 2-3 суток после операции, что объясняем отсутствием строгого контроля центральной гемодинамики и недостаточной коррекцией легочной гипертензии. Хирургических осложнений и летальных исходов, связанных с их развитием, не отмечено. Наблюдение за оперированными детьми с ВДГ показало отсутствие каких-либо респираторных и общесоматических проблем в катамнезе.

Выводы. Улучшение непосредственных результатов лечения ВДГ связываем с дальнейшей разработкой мероприятий, направленных на профилактику и раннюю коррекцию легочной гипертензии на всех этапах оказания медицинской помощи новорожденным.

## **НОВОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ МЕСТА СТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА**

**Д.А. Борцов, А.Н. Обедин, В.Н. Лапина**  
**Ставропольская государственная медицинская академия,**  
**Краевая детская клиническая больница, Ставрополь, Российская Федерация**

Актуальность исследования. Одним из самых частых осложнений катетеризации вен являются катетер-ассоциированные инфекции (КАИ). Особенностью данной проблемы в отделениях детской онкогематологии является необходимость длительного обеспечения центрального венозного доступа у детей с иммунодефицитом на фоне проведения курсов полихимиотерапии (ПХТ). Различными авторами приводятся противоречивые данные по частоте осложнений при различных способах фиксации катетера.

Целью нашей работы, проводимой на базе Детской краевой клинической больницы, являлась оценка эффективности и безопасности применения различных способов фиксации.

Материал и методы. Центральный венозный катетер был поставлен 48 пациентам в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Показанием к катетеризации служила ПХТ. Пациенты были разделены на две группы: 1. пациенты с полиэтиленовым катетером и пластырной повязкой; 2. пациенты с полиэтиленовым катетером и пленочной наклейкой Тегадерм. Контроль стерильности осуществлялся путем многократных посевов с кожи на 3 и 7 сутки. Визуальный контроль пункционной раны выполнялся ежедневно и оценивался по трем критериям: наличие красноты, припухлости, гнойного отделяемого.

Результаты: длительность стояния катетера в центральной вене у пациентов всех групп колебалась от 5 до 55 суток. В первой группе катетер находился в вене в среднем 12 + 1,2 суток, во второй группе катетер был удален из вены в среднем на 23 + 2,2 суток. При бактериологическом контроле в первой группе на 6 сутки из - под повязки получен рост *St. aureus*, в результате чего частота осложнений, выражающаяся в местной реакции гиперемии и