

## 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  $863 \pm 110$  г, у умерших –  $971 \pm 223$  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.

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 гипопроteinемия. У 4 из 6 больных кровоизлияние было в один из надпочечников. По УЗИ в четырех случаях из шести гематома организовалась за 6-7 суток.