

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 отделении 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

ACUSON 128 XP и PHILIPS HD 11 XE при помощи конвексного датчика 4-9 MHz и линейного датчика 5-12 MHz. Ирригографию мы заменяли ультразвуковым сканированием брюшной полости с одновременным заполнением толстой кишки физиологическим раствором под контролем ультразвука (ЭХО-ирригоскопия). При этом визуализировались петли толстой кишки, заполняемые жидкостью до правых отделов поперечно-ободочной ее части, где толстая кишка осуществляла завиток вокруг аперистальтической структуры диаметром 20 мм, в центре которой определялся сосуд в виде спирали (а. mesenterica sup.), что свидетельствовало о завороте кишечника. Одновременно выполнялось доплеровское исследование кровотока при помощи линейного датчика. Диагноз СЛ нашел интраоперационное подтверждение во всех случаях, заворот средней кишки был в диапазоне 360-720 градусов.

Таким образом, ультразвуковая диагностика СЛ с использованием ЭХО-ирригоскопии показала неоспоримые преимущества перед традиционным рентгенологическим исследованием с контрастом.

СИНДРОМ КОРОТКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

О.А. Слесарева

**Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород, Российская Федерация**

Синдром короткой кишки – состояние, проявляющееся нарушением всасывания после резекции ее части при врожденных и приобретенных заболеваниях.

В клинике детской хирургии НижГМА под наблюдением находилось 15 детей с клиникой пострезекционного энтерита в возрасте от 1 сут. до 8 мес. Из них мальчиков было 8, девочек - 7. Врожденные причины: атрезия кишечника - 5, тотальная форма болезни Гиршпрунга - 2, полный свищ пупка с некрозом тонкой кишки - 1, заворот тонкой кишки - 1. Приобретенные: инвагинация кишечника - 3, некротический язвенный энтероколит - 1, разлитой аппендикулярный перитонит - 1, тромбоз мезентериальных сосудов - 1. Тяжесть течения пострезекционного энтерита оценивали путем объективного осмотра, динамического наблюдения и лабораторно-инструментального обследования. Состояние оценивали как тяжелое. В клинической картине на первый план выступала гипотрофия различной степени выраженности. В общем анализе крови отмечаются явления анемии, умеренное повышение активности ферментов, снижение общего белка. При копроскопии выявили нарушение процессов переваривания и всасывания в виде креатореи, амилореи, стеатореи. Имелось снижение детрита и нарушение всасывания жиров в виде наличия мыла, свободных жирных кислот в кале (стеаторея 2 типа). В общем анализе мочи у всех обследованных отмечается гипероксалурия, сохранявшаяся несмотря на коррекцию в диете.

Хирургическое лечение было направлено на раннее восстановление целостности кишечной трубки – ликвидацию энтеростомы и наложение кишечного анастомоза.

В раннем послеоперационном периоде осуществляли парентеральное питание. С 5-7 суток переводили на частичное питание сцеженным молоком или высокогидролизованной смесью 7-10 раз в день в разведении 1:2, с постепенным увеличением объема до возрастных норм. В последующем дополнительно назначали ферментотерапию креоном - 10 тыс., проводили коррекцию микрофлоры кишечника биопрепаратами.

При наблюдении в сроки от 6 мес. до 3-х лет отмечены результаты: 1 ребенок умер после трансплантации тонкого кишечника, 11 детей каждые 6 месяцев госпитализируются в «НОДКБ» на обследование и коррекцию возрастной диеты, при этом 9 из них растут и развиваются удовлетворительно, 2 наблюдаются в НИИ детской гастроэнтерологии, судьба 1 ребенка неизвестна.

Таким образом, комплексная терапия, включающая хирургические и терапевтические методы лечения, в большинстве случаев позволяет стабилизировать проявления нарушенного всасывания при «синдроме короткой кишки» у детей.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЯНЭК У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Н.В. Цыбышева

**Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород, Российская Федерация**

Одним из наиболее тяжелых заболеваний периода новорожденности является язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК), риск развития которого вызывает большие опасения у неонатологов и детских хирургов, так как летальность достигает 50%, а при обширных некрозах - 100% случаев.

В Нижегородской государственной медицинской академии на базе детской городской клинической больницы №1 за 2005 - 2008 год пролечены 74 пациента с ЯНЭК. Возраст детей варьировал от 1 до 12 суток жизни, пик заболеваемости приходился на 4 сутки. Мальчиков было 52 (70,3%), девочек - 22 (29,7%).

Большая часть пациентов (92%) поступила в экстренном порядке из родильных домов города. Во всех случаях наблюдался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. При осмотре у детей отмечено тяжелое состояние, вялое сосание, срыгивание с желчью, потеря массы тела, болезненность при пальпации и вздутие живота, частый стул, скудный со слизью, зеленью, иногда с кровью. Аускультативно выслушивалась вялая перистальтика кишечника. Пациентам с ЯНЭК проводили лабораторное и клинко-инструментальное обследование (рентгенография брюшной полости, УЗИ).

Всем больным осуществили комплексное до- и послеоперационное лечение. Положительный эффект от проводимой терапии отмечен у 63 (85,2%) новорожденных. Неблагоприятное течение процесса в 11 (14,8%) случаях корригировали хирургическим вмешательством.

По локализации поражения наиболее «уязвимым» оказался терминальный отдел подвздошной кишки в сочетании с язвенно-некротическими процессами в стенке толстого кишечника. Возраст прооперированных детей варьировал от 2 до 24 суток жизни.

В послеоперационном периоде назначали посиндромную терапию, соответствующую лечению больных с перитонитом. Закрытие декомпрессивных стом проводили в сроки от 1 до 2 мес. В 5 случаях констатирован леталь-