

Однако у одного новорожденного жидкостное образование надпочечника с первоначального размера 20х13х21 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 21х23 мм, а справа 48х59 мм с последующим увеличением в динамике справа до 74х51х62 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