

анамнезе была тяжелая интранатальная травма ЦНС, у 34 диагностированы МВПР.

Синдром дыхательных расстройств, являющийся одним из пусковых звеньев в развитии НЭК отмечался у 68 новорожденных. Не менее значимыми в патогенезе заболевания были: анемия, гипокалиемия, гипопропротеинемия, тромбоцитопения и другие изменения гомеостаза. У 39 детей выявлены локальные проявления НЭК в виде перфораций ЖКТ (у 10 больных – перфорации желудка, у 6 – перфоративные язвы ДПК, перфорации тощей кишки обнаружены у 4 новорожденных. Перфорации толстого кишечника выявлены интраоперационно у 7 детей, с локализацией в слепой кишке – у 2 пациентов, восходящего отдела толстого кишечника – у 1 больного, ободочной

кишки – у 2 больных, т. е. анализируемые больные поступали в терминальной стадии НЭК. Преобладающее большинство больных (54 ребенка) погибали в ранние сроки послеоперационного периода от нарастающей полиорганной недостаточности, тяжелой травмы ЦНС, конкурирующих заболеваний (МВПР). Значительное увеличение числа выживших больных с НЭК в последние годы (в 2004 году – 8 из 12 больных) связываем с более ранней диагностикой заболевания в соматических стационарах; установившейся преемственностью между педиатром и хирургом, более активной лечебной тактикой, до развития у больных НЭК грозных осложнений – перфорации полых органов, профузных кишечных кровотечений, полиорганной недостаточности.

НАРУЖНЫЕ КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ У ДЕТЕЙ

С.Н. Гисак, В.И. Руднев, С.З. Заскин, В.Ф. Васильев, Л.С. Гурвич, В.А. Птицын

Воронежская медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

В клинике хирургии детского возраста Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко за период с 1996 по 2004 год на стационарном лечении находились 82 ребенка с различной хирургической патологией и сформированными наружными кишечными свищами различной локализации. Эти больные были распределены на 4 группы в зависимости от основного хирургического заболевания.

Первая, наиболее многочисленная, группа была представлена 37 детьми, находившимися на лечении по поводу перитонита различной этиологии (аппендикулярного – у 27, травматического – у 5, язвенно-некротического энтероколита – у 6). С целью выключения из пассажа патологически измененного отдела кишечника, операцией выбора у них было формирование наружного кишечного свища /подвесной энтеростомы – у 23 больных, терминальной – у 4, илестомы по Микуличу – у 5, энтеростомии по Майдлю – у 1 больного (на терминальном отделе тонкого кишечника). При травматическом повреждении толстого кишечника накладывалась колостома (терминальная сигмостома – у 1 больного, противоестественный задний проход – у 3 детей).

Вторая группа была представлена 7 детьми с опухолями тонкого и толстого кишечника (в-лимфома – у 3 больных, лимфосаркома – у 3, гемлимфангиома – у 1). Этим больным превентивно с целью разгрузки были наложены: подвесная энтеростомия – 4, терминальная илестомы – 1, по Микуличу – 1, петлевая колостома – 1.

В третью группу были отнесены 29 больных с приобретенной кишечной непроходимостью (у 5 – странгуляционная кишечная непроходимость, у 15 – ранняя спаечно-паретическая, у 8 грудничков – инвагинация кишечника с некрозом кишки, потребовавшая выполнения резекции илеоцекального угла и выведения терминальной илестомы – у 3 больных, энтеростомии по Микуличу – у 5 больных). У 1 новорожденного диагностирована непроходимость кишечника с некрозом участка кишки. В остальных случаях у 19 больных данной подгруппы наложена подвесная энтеростомия, у 2 больных – по Микуличу.

В четвертую группу были включены 9 детей с пороками развития кишечника (у 2 высокая атрезия ануса и прямой кишки, у 5 – низкая форма атрезии, у 2 болезнь Гиршпрунга.)

В целом наружные кишечные свищи нами преимущественно использовались по жизненным показаниям, в том числе при перитоните, непроходимости кишечника, травматических разрывах кишечника в качестве первого этапа операций при пороках развития толстого кишечника. В числе анализируемых детей с наружными кишечными свищами при тяжелой абдоминальной патологии с угрожаемыми состояниями летальных исходов не отмечено. Это подтверждает незыблемость мнения Бильрота «о спасительности в трудных ситуациях операций с формированием наружного кишечного свища».

ПОРТАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В.Ф. Доронин, С.В. Минаев, Ф.В. Доронин, А. Д.Панков, С.И. Закаидзе

Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

В комплекс лечебных мероприятий у детей с внепеченочной портальной гипертензией с 1995 года включена субтотальная резекция селезенки. Операция направлена на купирование явлений гиперспленизма за счет перевязки селезеночной артерии, значительного сокращения массы органа и полной изо-

ляции оставляемого фрагмента от сосудистых систем пищевода, желудка и ободочной кишки (Доронин В.Ф., 2005).

Цель настоящего исследования: по данным доплерометрии изучить изменения гемодинамики в основных сосудах портальной системы в раннем и

позднем послеоперационном периодах. Обследованы 20 детей в возрасте от 2 до 14 лет в сроки 6–12 мес. и 2–5 лет после операции. Дуплексное сканирование доступных сосудов портальной системы проводилось в режиме спектрального доплеровского картирования аппаратом «Aloka SSD-1700» с датчиком линейного формата и рабочей частотой 7,5 МГц. При этом определяли диаметр сосудов, направление кровотока, линейную (ЛСК) и объемную скорости (ОСК) кровотока.

Анализ полученных данных показал, что сразу после операции наряду с прекращением кровотока по селезеночной артерии значительно уменьшался диаметр и сокращался кровоток в селезеночной вене: ЛСК – с $13,8 \pm 1,9$ до $10,7 \pm 1,6$ см/с; ОСК – с $559 \pm 125,6$ до $93 \pm 18,5$ мл/мин, при сохранении гепатопетальной направленности исчезала его пульсативность. Прекращался гепатофугальный кровоток в левой желудочной вене. Отмечена тенденция к увеличению ЛСК и ОСК в стволе воротной вены (ЛСК – с $10,2 \pm 1,4$ до $13,7 \pm 1,3$ см/с; ОСК – с 383 ± 140 до $455,4 \pm 156,4$ мл/мин) и долевых ветвях при гепатопетальном направлении кровотока. В собственно печеночной артерии происходило умеренное увеличение ЛСК (с $56,6 \pm 9,7$ до $78,0 \pm 12,9$ см/с) и ОСК (с $221,0 \pm 40,4$ до $266,0 \pm 59,4$ мл/мин).

Спустя 1 год после операции гемодинамическая ситуация менялась. Кровоток в селезеночной вене принимал реверсивный, а затем – гепатофугальный характер при сохранении прежних гемодинамических показателей. В воротной вене и долевых ветвях сохранялся гепатопетальный кровоток при умеренном снижении ОСК до $280,6 \pm 71,5$. В собственно печеночной артерии отмечена стабилизация гемодинамических показателей. Спустя 2–3 года начал регистрироваться кровоток в селезеночной артерии. В эти же сроки наблюдалось развитие функционально активных портосистемных шунтов между оставшейся частью селезенки и левой почечной веной. Об этом свидетельствовали значительное увеличение объемного кровотока в последней и появление стойкого гепатофугального кровотока в селезеночной вене.

Таким образом, у детей с портальной гипертензией после резекции селезенки гемодинамическая ситуация в портальной системе существенно меняется: наряду с развитием дополнительных спленоренальных коллатералей улучшается кровоснабжение печени. Последние два обстоятельства связаны с редукцией кровотока в селезеночных и левых желудочных сосудах, а также с перераспределением крови в системах чревного ствола и воротной вены.

К ВОПРОСУ ОБ АРТРОПУНКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

А.С. Железнов, Ю.П. Бирюков., Г.Б. Батанов, Н.А. Плохарский

Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижегородская областная детская клиническая больница,
детская городская клиническая больница № 1, г. Нижний Новгород

Проблема выбора способа хирургического лечения острого гематогенного эпифизарного остеомиелита (ОГЭО) у детей младшей возрастной группы остается актуальной в силу несовершенства используемых способов лечения контактного септического артрита.

В клинике детской хирургии НижГМА на базе ГУ «Нижегородская областная детская клиническая больница» и МЛПУ «Детская городская клиническая больница № 1» за период 1996–2005 гг. получали лечение по поводу острого гематогенного остеомиелита (ОГО) 564 ребенка в возрасте от 0 до 17 лет. Анализируемую группу составили 110 больных (18%) – новорожденные, находившиеся в специализированных отделениях; из них пункция сустава (в том числе повторные пункции) проведена у 28 больных (41%), вскрытие остеомиелитической флегмоны – у 15 (22%). Комбинированная операция (артротомия и вскрытие флегмоны) проведена у 10 пациентов (16%). Остальные дети получали консервативное лечение.

В клинике разработан способ хирургического лечения гнойного артрита при ОГЭО, сочетающий в себе

щадящий принцип, адекватную эвакуацию гнойного содержимого и санацию полости сустава – пункционный лаваж суставной полости. Суть его заключается в пункции сустава под местной анестезией из двух точек (иглой Дюфо и иглой для внутримышечных инъекций), с эвакуацией гноя и последующим одномоментным промыванием суставной полости раствором антисептика. Контроль эффективности манипуляции проводили ультразвуковым исследованием и клинически.

При применении данного метода лечения через 24 ч. у всех пациентов отмечено клиническое улучшение; при выраженных местных изменениях проводилось не более 3 артропункций с интервалом в 1–2 дня. У всех больных достигнуто клиническое выздоровление, на этапном обследовании через 2 мес. нарушения конгруэнтности и деформации суставного хряща не отмечалось.

Таким образом, учитывая клинико-инструментальные данные в динамике, можно говорить, что пункционный лаваж суставной полости является эффективным щадящим методом хирургического лечения острого гематогенного эпифизарного остеомиелита у новорожденных.