

осложненная выпотным плевритом. Все пациенты выписаны из стационара, летальности в обеих группах не было.

Выводы. Сравнительный анализ результатов лечения аппендикулярного перитонита выявил, что сроки пребывания в стационаре детей, оперированных лапароскопически, были достоверно ниже. Меньшие потребности пациентов в анальгетиках, быстрое восстановление перистальтики кишечника, возможность ранней энтеральной нагрузки, ранняя нормализация температуры, меньшее количество послеоперационных осложнений, косметический эффект делают лапароскопические операции у детей при аппендикулярном перитоните предпочтительными. Полученные данные позволяют рекомендовать лапароскопию к более широкому применению в детских хирургических стационарах.

Литература:

1. Аверин, В.И. Диагностическая и лечебная лапароскопия в детской хирургии / В.И. Аверин, В.А. Катько, А.А. Свирский // Актуальные вопросы лапароскопии в педиатрии: Материалы симпозиума. – М., 1994. – С.10–11.
2. Острый аппендицит / Д.Г. Кригер [и др.]. – 2002. – 244 с.
3. Пронин, В.А. / Патология червеобразного отростка и аппендэктомия / В.А. Пронин, В.В. Бойко. – 2007 – 287с.
4. Савельев, В.С. Перитонит, / В.С. Васильев. – 2006. – 208 с.

НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Аверин В.И., Свирский А.А., Валек Л.В., Севковский И.А.,
Говорухина О.А., Анисимова Е.В.**

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск
РНПЦ детской хирургии, Минск*

Введение. Некротизирующий энтероколит (НЭК) – одна из ведущих причин смертности и наиболее частая причина экстренного хирургического вмешательства в неонатальном периоде [1–3]. Частота развития НЭК у новорожденных колеблется от 1–2% до 5–8% детей, госпитализированных в отделения интенсивной терапии. Летальность от НЭК не изменилась за последние 20 лет, составляя от 10 до 50% и достигая 100% у пациентов с наиболее тяжелым течением заболевания [4, 5].

Материал и методы исследования. За период с 1993 г. по 2014 г. в Детском хирургическом центре (ДХЦ) находились на лечении 97 детей с хирургической стадией НЭК, из них 66 (68,0%) мальчиков, 31 (32,0%) девочек. Максимальная масса тела (МТ) новорожденных была 4000 г, минимальная – 600 г ($1778 \pm 867,4$), минимальный гестационный возраст – 23

недели, максимальный – 42 ($32,0 \pm 4,6$). У 24 (24,7%) пациентов МТ была менее 1000 г, у 24 (24,7%) – 1000–1500 г, у 31 (32,0%) – 1501–2500 г и у 18 (18,6%) более 2500 г. Недоношенные составили 81,4% (79 детей).

Результаты и их обсуждение. С 2000 г. стадия заболевания определялась по клиническим проявлениям согласно классификации Walsh и Kliegman. Оценка тяжести заболевания основывалась на клинических проявлениях, лабораторных показателях и рентгенологическом исследовании. Отличительные проявления прогрессирующего НЭК включали тромбоцитопению и лейкопению. Клинические проявления НЭК развивались в возрасте от 1 до 30 суток ($12,0 \pm 8,0$) и заключались во вздутии живота (у всех пациентов), изменении характера стула или его отсутствии. Рентгенологическая картина характеризовалась проявлениями паралитической кишечной непроходимости: повышенным газонаполнением кишечника, наличием уровней жидкости в кишечнике, воздушных арок. Характерные признаки НЭК – пневматоз кишечной стенки, наличие газа в воротной вене (ВВ). По данным С.А. Караваевой [1], наличие газа в ВВ встречается у 61% детей с тотальным некрозом кишки и предопределяет неблагоприятный прогноз, поэтому наличие данного симптома – абсолютное показание к хирургическому лечению.

На стадии перфорации у всех пациентов, поступивших в отделение интенсивной терапии (ОИТ) ДХЦ, отмечались проявления перитонита: отечность передней брюшной стенки и половых органов, выраженный венозный рисунок, болезненность живота при пальпации, отсутствие перистальтики кишечника. Рентгенологически диагностирован газ в свободной брюшной полости у всех пациентов.

С 2000 г. в ДХЦ с локальной формой оперированы 46 младенцев, из них умерли 15 (летальность – 32,6%), с мультисегментарной – 29, умерли 11 (летальность – 37,9%), с тотальной – 4, умерли 3 (летальность 75,0%).

Средний койко-день в АРО – $26,6 \pm 24,5$ дней.

При изучении результатов лечения НЭК мы выделили 4 периода:

- 1) с 1993 г. по 1998 г. (оперированы 9 детей, умерли 7; летальность – 77,8%);
- 2) с 1999 г. по 2003 г. (оперированы 9 детей, умерли 6; летальность – 66,7%);
- 3) с 2004 г. по 2008 г. (оперированы 19 детей, умерли 9; летальность – 47,4%);
- 4) с 2009 по 2014 г. (оперированы 60 детей, умерли 20; летальность – 33,3%).

Всего из 97 оперированных младенцев умерли 42. Летальность – 43,3%.

Выводы:

1. НЭК является «болезнью выживших недоношенных», поэтому количество пациентов с этой патологией будет неизбежно расти параллельно повышению выживаемости глубоко недоношенных новорожденных, а также детей группы риска.

2. Недоношенность и гипоксические состояния в перинатальном периоде – наиболее частые факторы, способствующие развитию у новорожденных НЭК.
3. Смертность от НЭК имеет обратную зависимость от веса при рождении и формы заболевания.
4. Операция выбора у пациентов с НЭК – экономная резекция пораженных отделов кишечника с наложением кишечных стом.
5. Ведущее значение в результатах лечения НЭК имеют ранняя диагностика и начало адекватной консервативной терапии.

Литература:

1. Караваева, С.А. Хирургическое лечение некротического энтероколита: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2002.
2. Bell, E.F. // Pediatrics. – 2005. – Vol. 115. – P. 173–175.
3. Cotten, C.M. et al. // Pediatrics. – 2009. – Vol. 123 (1). – P. 58–66.
4. Bhatia, J. // Chinese Medical Journal. – 2010. – Vol. 123 (20). – P. 2759–2765.
5. Pietz, J. et al. // Pediatrics. – 2007. – Vol. 119. – P. 164–170.

ПЕРВИЧНЫЙ ОМЕНТИТ У ДЕТЕЙ

Аверин В.И., Рустамов В.М., Зельский А.А., Коростелев О.Ю.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск
РНПЦ детской хирургии, Минск*

Введение. Заворот участка большого сальника (БС) относится к редким заболеваниям органов брюшной полости. По данным литературы, встречается в 0,08–0,1% экстренных операций [1–4].

Цель работы – анализ клинической картины и лечения детей с заворотом БС у детей в РНПЦ детской хирургии.

Материал и методы исследования. В ДХЦ с 2012 по май 2015 г. находилось на лечении 12 пациентов с заворотом и некрозом участка БС в возрасте от 2 до 12 лет, что составило 0,64% от всех экстренно оперированных (1861) за этот период. Мальчиков – 8, девочек – 4. Все дети поступили в стационар с направляющим диагнозом: «острый аппендицит?». До 6 часов – 1 ребенок; от 6 до 12–1; от 12 до 24–7, 3 – поступили позже суток от начала заболевания. Все пациенты были избыточного питания.

Результаты и их обсуждение. У всех 12 пациентов заболевание началось остро, появлялись непостоянные, несильные, ноющие, локализованные в мезогастральной области справа или слева боли в животе, температура была нормальной (6 чел.) или субфебрильной (6 чел.), рвоты не было ни у одного пациента. Ночью дети спали спокойно. При осмотре в приемном отделении со стороны живота на уровне пупка справа (10 чел.) или слева у 2 – имелась болезненность, усиливающаяся при глубокой пальпа-