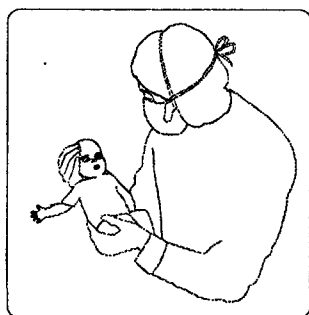


риферический рак. Выделения с мокротой микобактерий туберкулеза, а также атипических клеток не обнаружено. У данного больного в S_{1-2} , S_6 левого легкого наблюдались полости дегенеративно-дистрофического происхождения, что на фоне затяжного течения затруднило дифференциальную диагностику со специфическим процессом, полостной формой рака легкого. Но именно течение процесса, отсутствия отрицательной динамики, микобактерий туберкулеза, раковых клеток в мокроте дало возможность поставить диагноз "хроническая пневмония". Таким образом, диагноз хроническая пневмония (ХП) важен в номенклатуре хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ).



Л и т е р а т у р а

1. Черняев А.Л., Котляров П.М. // Пульмонология. 1999. №4. С.17-18.
2. Котляров П.М. // Мед. визуализация. 1999. №1. С.42-43.
3. Хмелькова Н.Г., Шмелев Е.И., Розина Н.Н. и др. // Росс. вестн. перинатол. и педиатр. 1996. Т.41, №5. С.5-11.
4. Котляров П.М. // Росс. мед. журн. 2001. №5. С.197-200.
5. Черняев А.Л. // Рос. мед. журн. 2000. №4. С.34-36.
6. Власов П.В. // Мед. газета. 1998. №87. С.7-8.



УДК 616.341

В.А. Саввина, В.Н. Николаев

АТРЕЗИЯ ТОЩЕЙ КИШКИ ТИПА "ЯБЛОЧНОЙ КОЖУРЫ", ИЛИ СИНДРОМ "ПАГОДЫ"

Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К. Аммосова, г. Якутск

Деформация типа "яблочной кожуры" является весьма редкой (5% от всех атрезий) и серьезной формой тощекишечной атрезии. Эту аномалию описали в 1961 г. Santulli и Blanc [3]. Больные с такой аномалией имеют большую частоту недоношенности (70%), мальротации (54%), синдрома "короткой кишки" (74%), множественной атрезии (15%), частых осложнений (63%), что сопровождается высокой летальностью — от 45-47 до 63%. При этом пороке развития отсутствуют длинные сегменты проксимальной тонкой кишки, расширенная проксимальная тощая кишка заканчивается слепо в 5 см от связки Трейтца. Крошечная дистальная кишка (терминальный отдел подвздошной) и брыжейка в виде спирали закручены вокруг единственной краевой ветви а. ileocolica, брыжейка короткая, без сосудистых аркад. Верхняя брыжеечная артерия отсутствует, восходящая ободочная кишка не фиксирована к париетальной брюшине.

Патогенез этой атрезии объясняют окклюзией фетальной верхней брыжеечной артерии дистальнее отхождения а. colica dextra или а. ileocolica вследствие тромбоза, заворота средней кишки или странгуляции. Дистальная верхняя брыжеечная артерия и большая часть брыжейки подвергаются ишемическому некрозу вместе с тонкой кишкой. Дистальная подвздошная кишка получает ретроградное кровоснабжение, и, поскольку она растет, приобретает спиралевидную конфигурацию. В 1976 г. J. Zerella и L. Martin [7] предположили,

что неадекватное кровоснабжение дистальной кишки объясняет высокую частоту несостоятельности анастомоза, повторных операций и мальабсорбции, которые наблюдаются у этих пациентов.

Тактика хирургического лечения больных с синдромом "пагоды" до настоящего времени остается дискуссионной: одни авторы для эффективной декомпрессии приводящего отдела предлагают открытые анастомозы с проксимальной концевой еюностомой [1], другие, наоборот, склоняются к первичному закрытому анастомозу с сужением расширенной тощей кишки или длительной декомпрессией ее через гастростому [6]. В любом случае необходимо длительное полное парентеральное питание в послеоперационном периоде [4].

Приводим историю болезни новорожденного с синдромом "пагоды".

Больной Ф. переведен в хирургическое отделение из роддома 1.11.01 г. в возрасте 1 сут с диагнозом "Врожденная высокая кишечная непроходимость" (рис. 1). Ребенок от VI беременности, протекавшей с токсокозом, многоводием, на фоне хронического пиелонефрита, хронического гепатита В. Роды II, программированные, на 33 нед.

Аntenатально на УЗИ плода выявлен порок развития кишечника. Мальчик родился с весом 2340 г и оценкой по шкале Апгар 7/7 баллов. После предоперационной подготовки на 1 сут жизни ребенок оперирован, при ревизии выявлена атрезия начального отдела тощей кишки, синдром "пагоды", наложен еюноилеоанастомоз "конец в бок" однорядным непрерывным швом, за анастомоз введен зонд на расстоянии 5-6 см.

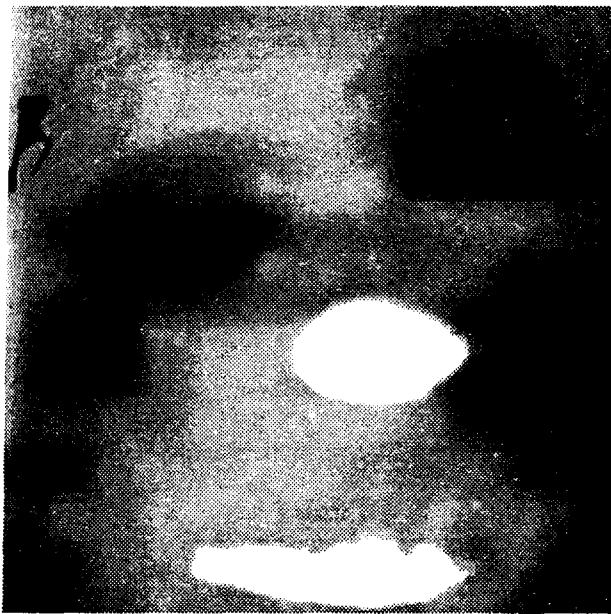


Рис. 1. Рентгенограмма больного Ф. при поступлении. Имеются уровни жидкости в желудке, 12-перстной кишке и начальном отделе тощей кишки

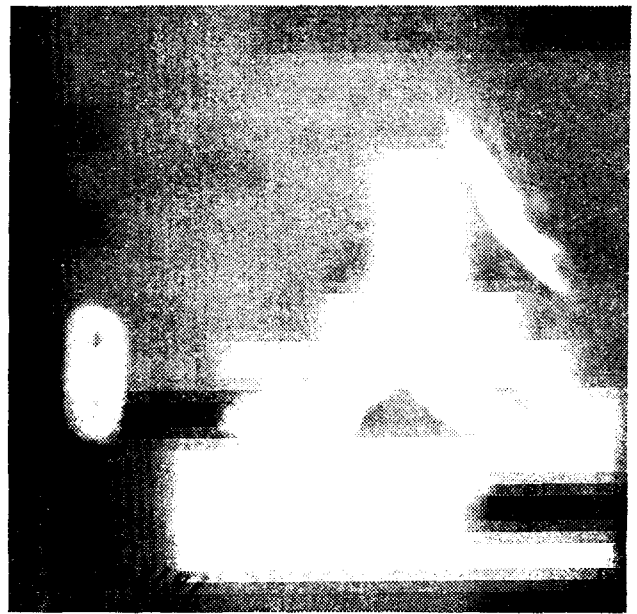


Рис. 3. Пассаж бария у больного Ф. на 13 сут после реанастомоза. Имеется картина динамической кишечной непроходимости

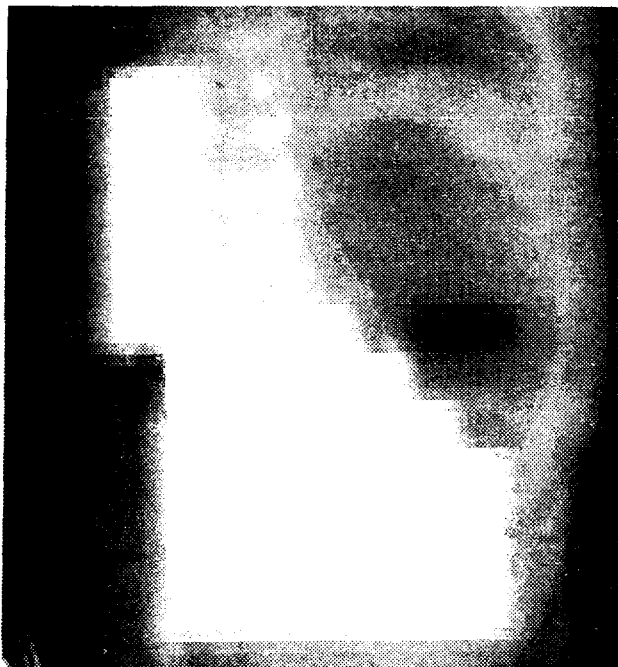


Рис. 2. Рентгенограмма больного Ф. на 6 сут после операции. Сохраняется картина высокой кишечной непроходимости

В послеоперационном периоде сохранялось большое количество застойного отделяемого из желудка, пассажа по пищеварительному тракту не наблюдалось. На 6 сут после операции проведена рентгенография брюшной полости, на которой сохранялась картина высокой кишечной непроходимости (рис. 2).

Больной оперирован повторно. При релапаротомии область анастомоза оказалась инфильтрированной, подвздошная кишка около анастомоза на расстоянии 5-6 см — отечной, имелись участки нарушения кровоснабжения багрового цвета, перистальтики на данном участке не было. Область анастомоза и ишемии резецированы, наложен повторный еюноилеоанастомоз двухрядным швом. После операции состояние ребенка расценивалось как очень тяжелое. В течение 7 сут он находился на аппаратном дыхании, проводилась антибактериальная терапия роцефином и метрогилом, полное парентеральное пита-

ние. Длительное время сохранялся сброс по желудочному зонду до 120 мл/сут. В целях стимуляции кишечника назначен церукал, сеансы ГБО-терапии.

Через 13 сут после релапаротомии проведен пассаж бария (рис. 3), но контраст дальше тощей кишки не прошел. Из-за сохраняющейся клиники кишечной непроходимости больной на 16 сут после релапаротомии и на 23 день жизни реоперирован. В ходе операции были разделены рыхлые спайки и обнаружено, что анастомоз состоятелен. Наложена гастростома по Кадеру, через которую за анастомоз проведен зонд для кормления. С 4 сут после этой операции начато кормление через гастростому, питание ребенок усваивал.

Послеоперационный период осложнился холестатической гипербилирубинемией, кандидозным дерматитом, проведена консервативная терапия. Гастростома удалена через 3 нед. Ребенок выписан с выздоровлением, длительность стационарного лечения составила 60 дней.

Выводы

1. Синдром “пагоды” является очень редкой и сложной формой тощекишечной атрезии.

2. При данной патологии после наложения анастомоза из-за ретроградного кровоснабжения дистальной петли часто нарушается ее питание, что требует повторных вмешательств.

3. Правильно выбранная тактика первичного анастомоза с декомпрессией через гастростому способствует у таких больных благополучному исходу. Наложение проксимальной еюностомы увеличивает процент осложнений, приводит к большим электролитным потерям.

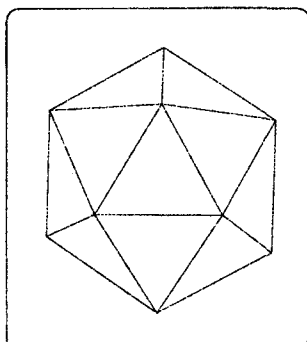
4. Незаменимой составляющей в комплексе лечебных мероприятий в послеоперационном периоде является длительное полное парентеральное питание до начала функционирования расширенного приводящего отдела.

Литература

1. Ahlgren L.S. // J. Pediatr. Surg. 1987. Vol.22, No.5. P.451-453.

2. Martin L.W., Zerella J.T. // J. Pediatr. Surg. 1976. Vol.11, No.3. P.399-403.
 3. Santulli T.V., Blanc W.A. // Ann. Surg. 1961. No.12. P.939-948.
 4. Seashore J.H., Collins P.S., Markowitz R.I. // Pediatrics. 1987. Vol.80, No.4. P.540-544.

5. Touloukian R.J. // World J. Surg. 1993. No.3. P.17-20.
 6. Waldhausen J.H., Sawin R.S. // J. Pediatr. Surg. 1997. No.9. P.32-41.
 7. Zerella J.T., Martin L.W. // Surgery. 1976. Vol.80, No.5. P.550-553.



УДК 615.38 — 06 (571.62)

Л.Л. Диянкова, Е.В. Гринчук, О.А. Стеценко, Н.К. Кубота

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛПУ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

ГУЗ "Станция переливания крови", г. Хабаровск

Трансфузии крови, ее компонентов и препаратов в настоящее время широко используются в клинической практике при целом ряде заболеваний и травм. Подразумевается, что соблюдение требований инструктивных документов по трансфузиологии, утвержденных Минздравом России, обеспечивает безопасность применения трансфузионных средств, однако и до настоящего времени отмечаются случаи посттрансфузионных осложнений (ПТО), нередко заканчивающихся летально. Поэтому острота проблемы посттрансфузионных осложнений с годами не уменьшается.

Анализ посттрансфузионных осложнений за последние 11 лет (с 1990 по 2000 г.) показал, что наиболее частой причиной явилась несовместимость крови донора и реципиента по изосерологическим системам — 79,7% (в 19 случаях из 24). При этом осложнения, вызванные переливанием

крови, несовместимой по системе АВ0, возникли у 12 больных, по антигену Rho (D) — у 3 чел., по антигену с (hr') — у 2 чел., по антигену Kell — у 2 чел., осложнения, вызванные переливанием гемолизированной эритроцитной массы, — у 5 чел.

Осложнения закончились летальным исходом в 5 из 24 случаев (20,8%) (по антигену с (hr') — 2 случая, по антигену Kell, по системе АВ0 и в связи с переливанием гемолизированной эритроцитной массы — по 1 случаю). Количество и причины осложнений ПТО по годам представлены в таблице.

Из 24 осложнений за 10 лет 14 имели место в краевом центре и 10 — в районах края.

По профилю ЛПУ количество осложнений распределилось следующим образом:

акушерство-гинекология	— 12
хирургия	— 7
педиатрия	— 3
терапия	— 2

Распределение количества и причин ПТО

Год	Количество ПТО	Причина осложнения										Количество летальных исходов	
		изосерологическая несовместимость								гемолиз эритроцитной массы			
		AB0		Rh		с (hr')		Kell		абс.	%		
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%						
1990	1	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1991	6	1	17	1	17	2	33	2	33	-	-	-	3
1992	1	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-
1993	3	1	33,3	1	33,3	-	-	-	-	1	33,4	-	-
1994	1	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1995	2	2	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1996	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	7	5	71,5	-	-	-	-	-	-	2	28,5	-	1
1998	2	1	50	-	-	-	-	-	-	1	50	-	-
1999	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого	24	12	50	3	12,5	2	8,3	2	8,3	5	20,9	-	5