

других исследований, а также общего состояния пациента наступала соответственно на 8-11 сутки с момента разрешения холестаза. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали.

С целью одновременной декомпрессии остаточной полости эхинококковой кисты и общего желчного протока, нами после эндоскопической папиллосфинктеротомии, удаления фрагментов хитиновой оболочки из просвета общего желчного протока, произведено назобилиарное дренирование. Сочетанная эндоскопическая папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование применено 7 пациентам. Показаниями для сочетанного выполнения этих манипуляций считались: выраженная картина паразитарного холангита (4) и отек области большого дуоденального соска (3), что препятствовало пассажу желчи. Во время выполнения эндоскопического удаления хитиновых оболочек осматривали просвет большого дуоденального соска и дистальной части холедоха. При этом в 3 случаях обнаружено явление катарального холангита, в 3 случаев – эрозивного холангита и в 1 случае картина эрозивно-язвенного холангита. Учитывая явление инфекционно-аллергического паразитарного холангита, в послеоперационном периоде желчные протоки промывали 0,5% раствором Бетадина и антибиотиками через полихлорвиниловый катетер. Нормализация показателей билирубина у этих больных наступала соответственно на 8-9, 10-11, и 16-17 сутки после вмешательства. После улучшения состояния больных проведено контрастирование желчевыводящих путей. В 5 (71,4%) случаях контрастное вещество попадало в полость эхинококковой кисты, а в 2 (28,6%) случаях эхинококковая киста не контрастировалась, что указало на эффективность консервативного лечения цистобилиарных свищей.

Результаты. На основании вышесказанного, очевидно, что в комплексном лечении больных эхинококкозом печени, осложненной механической желтухой, декомпрессивные вмешательства являются важным звеном. При этом нужно подчеркнуть также высокую эффективность методов в снижении интоксикации и купировании печеночной недостаточности. Однако, различные способы декомпрессии неоднозначны по своей эффективности в зависимости от их этиологии.

Патогенетически обоснованная пердоперационная подготовка больных с осложненным эхинококкозом печени, включая дезинтоксикационные, антиоксидантные, гепатопротекторные средства в комплексе с другими лекарственными препаратами и декомпрессивными вмешательствами представляются ведущими звеньями в комплексе лечения этого тяжелого контингента больных. При этом очевидна их высокая эффективность в снижении интоксикации и купировании скрытой печеночной недостаточности. Наиболее эффективным при осложненном эхинококкозе печени механической желтухой были ЭПСТ и назобилиарное дренирование, которые позволили разрешить холестаз в течение 8-10 суток от начала декомпрессии соответственно и выполнить радикальное оперативное вмешательство в наиболее благоприятных условиях.

Заключение. Оперативное вмешательство при механической желтухе паразитарного генеза носит

срочный или отложенный характер и выполняется после комплексной, патогенетически обоснованной предоперационной подготовки и инструментальной диагностики. Лечебный эффект предоперационного инструментального вмешательства у больных с осложненным эхинококкозом печени объясняется ликвидацией желчной гипертензии, отведением токсической желчи, что способствует скорейшему купированию холангита. Все это в совокупности способствует нормализации печеночной гемодинамики и улучшению функционального состояния гепатоцитов.

180. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА У ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Мацукатова Б.О., Эрдес С.И.

Клиника детских болезней ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия.

Цель исследования: изучить распространенность, возрастную-половую характеристику и клинические особенности хронических запоров, в соответствии с III Римскими критериями.

Материалы и методы. С помощью специально разработанного вопросника проанкетировано 1216 детей или их родителей (48% мальчиков, 52% девочек) в возрасте от 1 месяца до 18 лет - жителей Центрального, Северного и Южного Федеральных Округов РФ. Анкета содержала 21 вопрос, в том числе – о кратности стула, наличии и выраженности других признаков в соответствии с III Римскими критериями, наследственности, применяемому лечению и субъективной оценке качества жизни.

Результаты. В соответствии с Римскими критериями III хронический запор выявлен у 59% детей. Из них 66% детей беспокоила задержка дефекации до 3 раз в неделю и реже, 81% - затруднение акта дефекации, 82% - натуживание. Изменение консистенции стула в виде «овечьего» периодически наблюдается у 63%, твердый стул – у 69%. В течение последних 6 месяцев спастические боли в животе отмечали у себя 61% детей. Близкие родственники 50% детей страдают запорами. С целью борьбы с запорами 73% детей изменяли характер питания, 14% - использовали растительные масла, 9% – слабительные средства. При оценке качества жизни детей запор сильно влиял на общее состояние здоровья 23% детей, на повседневную деятельность и учебу - 22%. У части детей, не имевших задержку стула, имели место затруднение дефекации (23%), изменение консистенции стула (14%), спастические боли в животе (34%), чувство неполного опорожнения кишечника при дефекации (19%).

Выводы. При определении частоты и установлении диагноза хронического запора у детей важно учитывать не только задержку стула, но и другие симптомы в рамках III Римского консенсуса. Для своевременной диагностики и назначения терапии, а также предотвращения осложнений необходимо внедрять в повседневную педиатрическую практику скрининговые программы выявления запоров.

181. ВЛИЯНИЕ ВАЛСАРТАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У