

premature infants manifests progressive hemorrhagic hydrocephalus. The high content of protein in the cerebrospinal fluid in patients of this category does not allow to perform VPS them often. The authors operated 17 newborns with acquired progressive hydrocephalus. External ventricular drain holds 13.3%, ventriculo-subgaleal drain 86.7%, the latter procedure was the first stage of treatment in 8 patients. The VPS was performed after adequate liquor sanitation. Reshunt was performed in 2 patients. Patient day in the surgical department in newborns with ventriculo-subgaleal drain was 13.7, postoperative mortality was 11.8%. The author presents a promising technique to use ventriculo-subgaleal drain in the treatment for newborns with acquired progressive hydrocephalus.

Key words: acquired hydrocephalus, surgery, newborns.

В настоящее время «золотым стандартом» оперативного лечения врожденной окклюзионной гидроцефалии является вентрикуло-перитонеальное шунтирование (ВПШ), но, к сожалению, показания к его применению у больных приобретенной гидроцефалией существенно сужены. Недоношенные новорожденные составляют группу высокого риска по возникновению внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК). Достижения перинатальной медицины позволили снизить частоту тяжелых форм ВЖК с 50% до 38%, однако в последние годы наметился ежегодный рост частоты и тяжести ВЖК в связи с выхаживанием новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Почти у половины глубоко недоношенных новорожденных развивается прогрессирующая постгеморрагическая гидроцефалия, в то время как в общей популяции прогрессирующая гидроцефалия наблюдается только в соотношении 1:500 детей. Высокое содержание белка в цереброспинальной жидкости больных данной категории часто не позволяет им выполнить ВПШ, подталкивая к поиску новых методов оперативной коррекции патологии.

Нами были ретроспективно проанализированы истории болезней 17 новорожденных (13 мальчиков и 4 девочки) с приобретенной прогрессирующей гидроцефалией, находившихся на лечении в КОДКБ за период с 2012 по 2014 годы. Это были дети в среднем от 2 беременности (M=2,33); течение беременности было осложнено в 53,3% (угроза прерывания беременности, токсикоз беременных, анемия, гипотиреоз, многоводие, фетоплацентарная недостаточность, гестационные артериальная гипертензия и сахарный диабет, миома матки). Примечательно, что 38,5% предыдущих беременностей у матерей наших больных закончились выкидышами и медицинскими абортами. Родоразрешение путем экстренного кесарева сечения было выполнено в 64,3% случаев. Срок гестации при рождении в среднем составлял 31 неделю, средняя масса детей при рождении составляла 1763 г.

Приобретенная гидроцефалия после ВЖК развивалась в 88,5% (массивное ВЖК диагностировалось в среднем на 3 сутки жизни); после энцефалитов – в 11,5% случаев. Сопутствующая патология наблюдалась у большинства (92%) новорожденных: анемия, внутриутробное инфицирование, респираторный дистресс-синдром, бронхолегочная дисплазия с дыхательной недостаточностью, спонтанный пневмо-

торакс, некротический энтероколит, транзиторная неонатальная гипогликемия, пневмония, spina bifida.

Все больные были пролечены оперативно: наружное вентрикулярное дренирование было выполнено 13,3% детей, вентрикуло-субгалеальное дренирование у 86,7%, причем последняя методика была этапом лечения у 8 (61,5%) больных, у них после достаточной санации ликвора было выполнено ВПШ. Решунтирование было выполнено 2 пациентам. Койко-день в хирургическом отделении при вентрикуло-субгалеальном дренировании был равен 13,7. Послеоперационная летальность составила 11,8%. Неврологический дефицит в отдаленном периоде у выживших больных оценивается в настоящее время.

Таким образом, нам представляется перспективным использование методики вентрикуло-субгалеального дренирования в лечении новорожденных с такой тяжелой патологией, как приобретенная прогрессирующая гидроцефалия.

Сведения об авторах

Сырчин Эдуард Федорович – к.м.н., зам. главного врача по медицинской части Кировской ОДКБ; тел. (8332) 62-11-15.

Разин Максим Петрович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Кировской ГМА. E-mail: mprazin@yandex.ru; тел. (8332) 51-26-79, факс (8332) 64-07-34.

УДК 616.351-053.3/5-089.168.1:615.8

В.А. Тараканов¹, А.Е. Стрюковский¹, М.А. Анохина¹, В.М. Старченко¹, И.Г. Мазурова², А.В. Шатов²

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЭНТЕРОКОЛИТОВ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

¹Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

²Детская краевая клиническая больница
Министерства здравоохранения
Краснодарского края, г. Краснодар

V.A. Tarakanov¹, A.E. Strukovsky¹, M.A. Anokhina¹, V.M. Starchenko¹, I.G. Mazurova², A.V. Shatov²

INTEGRATED APPROACH TO THE PREVENTION AND TREATMENT POSTOPERATIVE ENTEROCOLITIS IN CHILDREN WITH ANORECTAL MALFORMATION

¹Kuban State Medical University, Krasnodar

²Regional children's hospital, Krasnodar

Одним из наиболее распространенных пороков развития желудочно-кишечного тракта являются атрезии ануса и прямой кишки. Частота возникновения данной мальформации достаточно высока. Она колеблется в пределах от 1:500 до 1:5000 новорожденных

и не имеет стойкой тенденции к снижению. Удельный вес осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде по данным различных клиник остается достаточно высоким и колеблется от 10 до 40% случаев. К одному из тяжелых осложнений относится энтероколит различной степени тяжести. Частота его встречаемости – до 25% случаев. Эта патология может возникать на различных этапах хирургической коррекции (наложение противоестественного заднего прохода, радикальный этап оперативного лечения, закрытие колостомы). Данное осложнение является мультифакторным. В основе его возникновения лежат функциональные и/или органические изменения ишемического характера слоев стенки кишечника. Они развиваются на фоне нарушений нейрогуморальной регуляции, гипоксии кишечника. Оклюзионный характер энтероколита для данных больных не характерен. Стандартная терапия не всегда бывает эффективна. Это может обуславливать необходимость дополнительных хирургических вмешательств. Для результативного лечения данного контингента больных необходимо создание комплексного подхода к терапии в пред- и послеоперационном периоде.

Ключевые слова: дети, аноректальные пороки, энтероколит, реабилитация.

One of the most common malformation of the gastrointestinal tract are atresia of the anus and rectum. The incidence of this malformation is quite high. It ranges from 1: 500 to 1: 5000 newborns and has a strong tendency to decrease. The share of complications in the early and late postoperative period according to various hospitals remains high, ranging from 10 to 40% of cases. One of the severe complications is enterocolitis of varying severity. Its frequency — up to 25% of cases. This pathology can occur at different stages of surgical correction (imposition of unnatural anus, radical surgical treatment phase, the closure of the colostomy). This complication is multifactorial. At the heart of its occurrence there are functional and / or organic changes of ischemic layers of the intestinal wall. They develop on the background of violations of neurohumoral regulation, hypoxia intestines. Occlusive character of enterocolitis for these patients is not typical. Standard therapy is not always effective. This may account for the need for additional surgery. For effective treatment of this group of patients is necessary to create a holistic approach to therapy in pre- and postoperative period.

Key words: children, anorectal malformations, enterocolitis, rehabilitation.

Одним из наиболее распространенных пороков развития желудочно-кишечного тракта являются атрезии ануса и прямой кишки. Частота возникновения данной мальформации достаточно высока. Она колеблется в пределах от 1:500 до 1:5000 новорожденных и не имеет стойкой тенденции к снижению. Удельный вес осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде по данным различных клиник остается достаточно высоким и колеблется от 10 до 40% случаев. К одному из тяжелых осложнений относится энтероколит различной степени тяжести. Частота его встречаемости – до 25% случаев. Эта патология может возникать на различных этапах хирургической коррекции (наложение противоестественного заднего прохода, радикальный этап оперативного лечения, закрытие колостомы). Данное осложнение является

мультифакторным. В основе его возникновения лежат функциональные и/или органические изменения ишемического характера слоев стенки кишечника. Они развиваются на фоне нарушений нейрогуморальной регуляции, гипоксии кишечника. Оклюзионный характер энтероколита для данных больных не характерен. Стандартная терапия не всегда бывает эффективна. Это может обуславливать необходимость дополнительных хирургических вмешательств. Для результативного лечения данного контингента больных необходимо создание комплексного подхода к терапии в пред- и послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования

Проведено лечение 35 детей с аноректальными мальформациями в возрасте от 1 года до 14 лет. Из них были сформированы 2 группы пациентов, сопоставимые по возрастно-половым признакам, анатомической форме и тяжести состояния ребенка на момент поступления. Основная группа – 17 больных. Обследование и предоперационная подготовка проводились по разработанной нами схеме. Контрольную группу составили 18 детей. Обследование и лечение проводились по традиционным методикам.

В ходе лабораторного обследования были диагностированы: анемия – в 85,48% наблюдений; гиподиспротеинемия – в 79,03% случаев, нарушение свертывающей системы крови – у 4,84% больных, дисбактериоз – у 100% больных.

Основываясь на полученных данных, нами была разработана и внедрена в клиническую практику комплексная программа лечения детей с аноректальными пороками развития. Ее основными положениями являются: многокомпонентная предоперационная подготовка макроорганизма к операции; комбинированная санация толстой кишки, активное ведение больного в послеоперационном периоде.

Разработанный комплекс предоперационной подготовки включал в себя: диету; негормональную анаболическую терапию; селективную деконтаминацию под контролем анализа кала на дисбактериоз, которую начинали проводить за 4 дня до оперативного вмешательства; энтеросорбцию в сочетании с ферментотерапией; метаболитную терапию; комплексную витаминотерапию с акцентом на витаминные группы В; при анемии дополнительно назначались препараты железа; мембранстабилизирующую терапию; антибиотикопрофилактику цефалоспорином.

Важным элементом предоперационной подготовки являлась «механическая» очистка и санация толстой кишки. Ее очистку от каловых масс и «каловых камней» осуществляли клизмами с 0,9% раствором хлорида натрия. Их проведение начинали за 7–10 дней до операции. За 4 дня до операции просвет толстой кишки орошался комбинацией антибактериальных препаратов в зависимости от результатов посевов и анализа кала на дисбактериоз. Наиболее часто использовалась комбинация аминогликозид+метрогил.

За 3–4 дня до операции начинали проведение инфузионной терапии с целью создания предоперационной гемодилуции, улучшения реологических свойств крови, снижения уровня эндогенной интоксикации, усиления метаболитной терапии. По индивидуальным показаниям проводились гемо- и плазмотрансфузии. За 2-е суток до операции больной переводился на диету, исключающую твердую пищу, при этом широко использовались белковые витами-

низированные энпиты и адаптированные смеси для детского питания. За 2-е суток назначалась превентивная гемостатическая терапия.

В послеоперационном периоде основное внимание уделялось быстрому купированию пареза кишечника, снижению общей воспалительной реакции, нормализации гемодинамических и метаболических показателей организма.

Для купирования пареза кишечника применялась декомпрессия желудочно-кишечного тракта путем интубации толстой кишки и постановки назогастрального зонда. Проводилась коррекция электролитных нарушений с применением 4% раствора хлорида калия. После перевода ребенка на спонтанное дыхание начинали курс общего физиотерапевтического лечения. По показаниям назначались гемотрансфузии. С целью улучшения реологических свойств крови включались среднемлекулярные препараты типа реополиглокина, трентал. Антибиотикотерапия в послеоперационном периоде проводилась по данным посевов с учетом чувствительности микроорганизмов. В обязательном порядке назначалась селективная деконтаминация кишечника.

При развитии клиники обострения энтероколита ребенку отменялось энтеральное питание. Он переводился на полное парентеральное питание. Назначались сульфаниламидные препараты кишечного действия. Противовоспалительная терапия усиливалась перфолганом. Перевод ребенка на частичное энтеральное питание начинали не ранее 3–5 суток проведения базисной терапии при положительной клинико-лабораторной и ультразвуковой картине.

После выписки больного из стационара в амбулаторных условиях проводилась профилактика обострений энтероколита. Она заключалась в коррекции дисбиоза по методике селективной деконтаминации, проведение витаминно-ферменто-стимулирующей терапии, физиотерапии. Большое внимание уделялось местному лечению. Последнее заключалось в проведении фитотерапии в виде лекарственных клизм монопрепаратами со стадийной сменой в зависимости от оказываемого эффекта. Первоначально назначались препараты противовоспалительного действия с последующим переходом на вяжущие, затем на репаранты. Помимо фитотерапии активно применялись свечи с обезболивающим эффектом, затем спазмолитики, иммунокорректоры направленного действия с мембранстабилизирующим эффектом, а затем репаранты. Все лекарственные средства использовались в возрастных дозировках. Количественные данные основной и контрольной групп представлены средней арифметической и ошибкой репрезентативности средней ($M \pm m$).

Результаты исследования

Критериями эффективности данного метода считаем сокращение количества обострений энтероколита в послеоперационном периоде; исключение хирургического лечения осложненных форм энтероколита; купирование клинических признаков общей воспалительной реакции по показателям – температура тела, наличие самостоятельного болевого синдрома, тахикардия; нормализация лабораторных показателей по общему анализу крови, ЦРБ, ЩФ, протеинограмме; сокращение длительности стационарного послеоперационного лечения; уменьшение амбулаторного межоперационного периода лечения.

Клиника обострения энтероколита в контрольной группе больных отмечалась у 13 пациентов, что составило 72,2% наблюдений. В основной группе больных на фоне проведения лечения по разработанной нами программе обострение энтероколита отмечалось у 6 больных, что составило 35,3% случаев.

Традиционная терапия обострения энтероколита в контрольной группе больных оказалась неэффективной у 1 пациента, что составило 5,5% наблюдений. Это потребовало «отключения» пораженного участка кишечника путем наложения илеостомы. В основной группе больных случаев не адекватности разработанной программы лечения не было, показаний к проведению хирургического лечения обострения энтероколита не отмечалось.

Нормализация температурной реакции среди больных контрольной группы происходила на 12,58±0,26 сутки, а в основной на 7,23±0,08 день; самостоятельный болевой синдром среди детей контрольной группы купировался на 14,29±0,32 сутки, в основной группе пациентов на 7,54±0,12 день; тахикардия у детей контрольной группы сохранялась до 7,23±0,46 суток, а в основной группе до 3,58±0,09.

Аналогичная динамика отмечалась при сравнении лабораторных критериев. Нормализация общего анализа крови (по уровню лейкоцитов, тромбоцитов, нейтрофильному сдвигу лейкоформулы влево) в контрольной группе происходила на 18,13±0,31 сутки, а в основной – на 8,42±0,11 сутки. Щелочная фосфатаза в контрольной группе исследований приходила в норму к 16,42±0,12 суткам, а в основной – 7,76±0,08 суткам. Наиболее длительно сохранялись изменения в протеинограмме. В контрольной группе больных до 28,42±0,16 суток, в основной – на 18,18±0,09 день.

Длительность стационарного послеоперационного лечения в контрольной группе пациентов составила 20,87±0,54 койко-дней, а в основной группе 12,52±0,14 койко-дней.

Длительность амбулаторного лечения в контрольной группе составила 8–9 месяцев, а в основной группе – 2–3 месяца.

Выводы

Применение разработанного нами комплексного подхода к профилактике и лечению энтероколита способствовало снижению уровня обострений в послеоперационном периоде в 2 раза, исключению дополнительных этапов хирургического лечения; нормализация температурной реакции в основной группе в 1,5 раза быстрее по сравнению с контрольной группой больных; купирование болевого синдрома почти в 2 раза быстрее по сравнению с контрольной группой; частота сердечных сокращений приходила в норму в 2 раза быстрее в основной группе пациентов. По данным лабораторных критериев, нормализация показателей, при применении данной схемы профилактики и лечения энтероколитов, происходила до 2-х раз быстрее в основной группе по сравнению с контрольной. Длительность стационарного лечения энтероколитов сократилась почти в 2 раза в основной группе наблюдений по сравнению с контрольной группой. Длительность амбулаторного лечения снизилась в основной группе в 2,5 раза по сравнению с контрольной группой пациентов. Из вышеизложенных данных можно сделать вывод, что разработанная нами комплексная схема профилактики и лечения энтероколитов эффективна и может быть внедрена в клиническую практику.

Список литературы

1. Стрюковский А.Е., Тараканов В.А. Сравнительная характеристика традиционного и разработанного методов обследования, лечения и реабилитации детей с различными анатомическими формами аноректальных пороков развития // Детская хирургия. 2010. № 3. С. 24.
2. Кузин И.И., Белоусов А.Е. Реперфузионные повреждения тканей и их патогенетическое лечение // Вестник хирургии. 1993. № 1. С. 139–142.
3. Иванов В.В., Чевжик В.П., Черпалюк Е.А. Оперативная тактика при лечении энтероколита у новорожденных // Детская хирургия. 2003. № 6. С. 25–28.
4. Сигал М.З., Сигал З.М. Интраоперационная гемодинамика в полых органах при операциях в брюшной полости. Казань.: Изд-во Казанского унта, 1980. 220 с.
5. Уголев А.М. Физиология и патология пристеночного пищеварения. Л.: Наука, 1967. 173 с.

Сведения об авторах

Тараканов Виктор Александрович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней детского возраста Кубанского ГМУ. Тел.: 8 (861)267-20-91.

Стрюковский Андрей Евгеньевич – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней детского возраста Кубанского ГМУ.

Загора (Анохина) Мария Александровна – аспирант кафедры хирургических болезней детского возраста Кубанского ГМУ. E-mail: mara77777@yandex.ru.

Шагов Александр Владимирович – врач-хирург ДХО-3 ДККБ, г. Краснодар.

Мазурова Ирина Георгиевна – врач-хирург ДХО-3 ДККБ, г. Краснодар.

УДК.616.341/411-003.971

Ш.Т. Турдыева

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

Sh.T. Turdieva

SOME ASPECTS OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN SCHOOLCHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENAL PATHOLOGY

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

Целью исследования являлось изучение результативности коррекции железодефицитной анемии у

детей и подростков с хронической гастродуоденальной патологией. Были обследованы 118 детей с лабораторно диагностированной железодефицитной анемией на фоне хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП). У детей с ХГДП гемограмма менялась в зависимости от формы заболевания, в частности, у детей с хроническим гастродуоденитом по отношению к детям с хроническим гастритом содержание ферритина в сыворотке крови ниже на 10,6%, уровень содержания трансферрина – на 5,4% выше. После курса ферротерапии препаратом Ферлатум отмечено увеличение среднего содержания гемоглобина в эритроците до 12,6%, ферритина в 1,8 раза, трансферрин снизился до 15,4%.

Ключевые слова: дети, гастрит, гастродуоденит, железодефицитная анемия.

The aim was to study the impact of the correction of iron deficiency anemia in children and adolescents with chronic gastroduodenal pathology. 118 children with laboratory- diagnosed iron deficiency anemia with chronic gastroduodenal pathology (CGDP) were examined. Children with CGDP haemogram varied depending on the form of the disease, particularly in children with chronic gastroduodenitis towards children with chronic gastritis ferritin below 10.6%, transferrin 5.4% higher. After a course of treatment with Ferlatum, an increase in mean corpuscular hemoglobin to 12.6 %, 1.8 times ferritin, transferrin decreased to 15.4% were noted.

Key words: children, gastritis, gastro, iron deficiency anemia.

Актуальность

Эффективная диагностика и своевременное начало лечения хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) у детей и подростков школьного возраста остается одной из актуальных проблем в современной детской гастроэнтерологии [2, 3]. В то же время проблема лечения железодефицитной анемии (ЖДА) при ХГДП у детей и подростков была и остается актуальным направлением в современной педиатрии. При этом выбор более эффективного метода лечения анемии с учетом вида и тяжести патологии из года в год меняется, так как меняются сами доминирующие факторы в патогенезе заболевания [1, 4]. Одной из важных причин развития ЖДА при ХГДП является нарушение процессов всасывания железа в двенадцатиперстной кишке и проксимальном отделе тощей кишки (энтерогенная анемия). При этом следует учесть, что нередко анемии на фоне ХГДП сопровождаются дефицитом не только железа, но и витамина В₁₂, фолиевой кислоты, белков, что придает им смешанный характер [1, 7]. При этом в практике врача наиболее часто встречаются железодефицитная, В₁₂- и фолиеводефицитная анемии [6].

Патогенез анемии при хронических заболеваниях сложен, он ассоциируется с дефективной реутилизацией железа, при которой макрофаги не способны освободить железо в циркулирующий пул на транспортный белок трансферрин [5].

Железодефицитные состояния могут возникать в результате резкого ограничения потребления богатой железом пищи при соблюдении диеты вследствие основного гастроэнтерологического заболевания [8]. Одновременно наличие железодефицитной анемии