

воги было установлено, что у 71 (65,7%) тревожные расстройства были вызваны соматической патологией, у 30 (27,8%) – приёмом лекарственных препаратов, крепкого кофе, чая и переутомлением. У 7 (6,5%) больных причину тревоги выяснить не удалось, в связи с чем эти больные были направлены на консультацию к психиатру. Среди больных с тревожным синдромом, вызванным соматической патологией, были 8 (11,2%) больных с постинфарктным кардиосклерозом, 14 (19,7%) – с нарушением сердечного ритма, 19 (26,8%) – больные бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких, 5 (7%) – с железодефицитной анемией, 3 (4,2%) – с заболеваниями щитовидной железы, 22 (31,1%) – с синдромом раздраженного кишечника.

Анализируя синдром тревоги у этих больных, можно сделать вывод о том, что у больных после перенесенного инфаркта миокарда тревога и страх смерти возникали при определенной физической нагрузке (сексуальная активность и пр.). У больных с нарушениями ритма тревога по поводу ожидаемого “срыва ритма” возникала после приступа тахикардии. Постоянная тревожность у больных с заболеваниями щитовидной железы была проявлениями гипер- или гипотиреоза. У больных с бронхообструктивными заболеваниями непосредственной причиной тревожного синдрома были ожидания приступа удушья, отсутствие в наличии эффективных бронходилататоров, а также частое использование бета-адреностимуляторов. На фоне тревоги у этих больных часто возникали жалобы на расстройства пищеварения или мочеиспускания. Выявлена умеренная прямая корреляция между длительностью применения бета-адреностимуляторов и частотой расстройств пищеварения ($r=0,51$).

Слишком частое употребление кофе, чая (иногда очень крепких) вызвало синдром тревоги у 11 больных, переутомление – у 10 больных. У 9 больных тревога была обусловлена приемом лекарственных препаратов (табл. 2).

Вероятно, постоянный прием таблеток, содержащих кофеин, слабительных средств, средств от похудения, содержа-

Таблица 2
Лекарственные препараты, вызвавшие тревожный синдром

Лекарственный препарат	Абсолютное количество (чел.)
Слабительные	6
Средства, содержащие кофеин	2
Средства для похудения	1

щих психостимуляторы, способствуют развитию и становлению у больных тревожного синдрома. При приеме бета-адреностимуляторов развитие тревоги можно рассматривать как побочный эффект. Слишком частое употребление кофе, чая (иногда очень крепких), может сопровождаться тревогой как следствием абстинентного синдрома. Установлена слабая прямая корреляция между количеством кружек кофе и частотой синдрома тревоги ($r=0,31$).

Большинство (73,1%) больных с тревожными расстройствами занимаются самолечением, тщетно пытаются улучшить свое состояние.

Лечение тревожности зависело от диагноза. У больных с тревогой, вызванной приемом лекарственных средств, лечение состояло в их отмене. При тревоге на фоне соматических заболеваний тактика аналогичная: в первую очередь назначалось лечение основного заболевания. Если тревога сохранялась после отмены препаратов или излечения основного заболевания, назначался селективный анксиолитик – афобазол по 10 мг 3 раза в сутки в течение месяца.

Таким образом, установлена высокая частота (24%) тревожного синдрома среди больных, обращающихся за амбулаторно-поликлинической помощью. Наиболее частыми причинами тревожного синдрома у амбулаторных больных являются соматическая патология (65,7%), прием лекарственных препаратов, крепкого кофе, чая и переутомление (27,8%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Брайтингем В., Кристиан П., Род М. Психосоматическая медицина. – Пер. с англ. – М.: Медицина, 1999. – 430 с.
2. Дробижев М.Ю., Иванов С.В., Лебедева О.И., Андреев А.М. Терапия кардионевротических расстройств в общемедицинской сети. // Тревога и аб- сессии. – М., 1998. – С.286-295.
3. Крылов А.А., Крылова Г.С. Неврозы в общей врачебной практике // Новые Санкт-Петербургские Ведомости. – 2004. – 124 с.
4. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. Нейроциркуляторная дистония (клиника, диагностика, лечение). – Ч., 1995. – 250 с.
5. Новикова Н.А., Сыркин А.Л. Феназепам и нарушения ритма у больных с ИБС и нейроциркуляторной дистонией.

Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. – М., 1994. – С.122-125.

6. Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю. Психические нарушения при инфаркте миокарда. – М., 1998. – С.129-138.

7. Старостина Е.Г. Генерализованные тревожные расстройства // Русский мед. журн. – 2004. – Т. 22. № 12. – С.2-7.

8. Цивилько М.А. Психические нарушения у больных хронической почечной недостаточностью // Журнал неврологии и психиатрии. – 1981. – №12. – С.1835-1841.

9. Goodwin R.D., Stein M.B. Generalized anxiety disorder and peptic ulcer disease among adults in the United States. Psychosom. Med. – 2002. – №64. – P.862-866.

10. Levenstein S., Prantera S., Scribano M.L., et al. Psychologic predictors of duodenal ulcer healing // J. Chin. Gastro-enterol. – 1996. – Т. 2. №22. – P.84-89.

Информация об авторе: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, Балабина Наталья Михайловна – заведующая кафедрой, профессор, д.м.н.

© Новожилов В.А., Козлов Ю.А., Кашицына А.А., Подкаменев А.В., Краснов П.А., Кононенко М.И. – 2010

ЭНТЕРО- И КОЛОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

В.А. Новожилов², Ю.А. Козлов², А.А. Кашицына¹, А.В. Подкаменев², П.А. Краснов², М.И. Кононенко²
(¹Иркутский институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра детской хирургии, зав. – д.м.н., проф. В.Н. Стальмахович; ²Ивано-Матренинская детская клиническая больница г. Иркутска, гл. врач. – д.м.н., проф. В.А. Новожилов, центр хирургии и реанимации новорожденных, зав. – к.м.н. Ю.А. Козлов)

Резюме. В исследовании проведен ретроспективный анализ тактических решений и технических вариантов формирования различных видов кишечных стом у новорожденных и младенцев. Оценены послеоперационные результаты лечения больных с пороками развития и заболеваниями желудочно-кишечного тракта в зависимости от клинической ситуации.

Ключевые слова: кишечная стома, кишечная непроходимость, новорожденный, аноректальные пороки развития.

THE ROLE OF ENTERO- AND COLOSTOMY IN MANAGEMENT OF CONGENITAL GASTROINTESTINAL DISEASES IN NEWBORNS AND INFANTS

V.A. Novozhilov², Yu.A. Kozlov², A.A. Kashicyna¹, A.V. Podkamenev², P.A. Krasnov², M.I. Kononenko²
(¹Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education, ²Irkutsk Municipal Pediatric Hospital)

Summary. This investigation devoted to retrospective analysis of tactical decisions and technical variants of the forming different types of intestinal stomas in newborns and infants. There have been evaluated the postoperative results of the treatment of patients with developmental defects and diseases of gastrointestinal tract depending on clinical situation.

Key word: enteral stoma, ileus, newborns, anorectal malformation.

До настоящего времени в литературе нет единого мнения о тактических и технических вариантах формирования кишечных стом у новорожденных в зависимости от характера первичной патологии, уровня поражения и вида кишечной стомы [3]. По-прежнему дискутируются проблемы ранней энтеральной нагрузки у младенцев после операций восстановления целостности кишечника. Таким образом, оптимизация показаний, разработка тактических и технических приемов при формировании энтеро- и колостом у новорожденных и детей раннего грудного возраста, определение сроков реконструкции являются актуальными задачами неонатальной хирургии.

Целью исследования явилось определение показаний и вариантов формирования различных видов кишечных стом у новорожденных и младенцев при врожденной и приобретенной патологии желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы

В период с 2002 по 2008 год проведен ретроспективный анализ 119 историй болезней новорожденных и младенцев, находившихся на лечении в Центре хирургии и реанимации новорожденных МУЗ Ивано-Матренинской детской клинической больницы г. Иркутска. В исследуемую группу входили дети в возрасте от 1 суток до 6 месяцев с врожденной или приобретенной патологией желудочно-кишечного тракта. Критериями включения являлись больные, которым в ходе оперативного лечения были выполнены энтеро- и колостомы.

У 89 (75%) больных исследуемой группы имелись признаки недоношенности и незрелости. Средняя масса тела ребенка при поступлении составила 2024±565 грамм и срок гестации 32±4,3 недели. Мальчиков было 72 (60,5%), девочек – 47 (39,5%). В первые сутки после рождения госпитализированы 34 (28,5%) ребенка, в основном – дети с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта. В первую неделю после рождения обратилось 70 (58,8%) детей, на 2-й неделе после рождения – 19 (15,9%), на 3-й неделе – 12 (10%), на 4-й неделе – 1 (0,8%) ребенок. В возрасте 1 месяц госпитализировано 6 (5%) больных, 2 месяцев – 3 (2,5%), 3 месяца и старше – 8 (6,7%) детей.

Врожденные аномалии были выявлены у 76 (63,9%) больных: аноректальные пороки – у 40 (33,6%), атрезии тонкой кишки – у 16 (13,4%), болезнь Гиршпрунга и дисганглиоз толстой кишки – у 8 (6,7%), заворот тонкой кишки – у 5 (4,2%), мекониевый илеус – у 4 (3,4%), омфалоцеле – у 2 (1,7%), аплазия мышечного слоя кишки – у 1 (0,8%).

Приобретенные заболевания кишечной трубки наблюдались у 43 (36,1%) больных: некротизирующий энтероколит – у 34 (28,6%), стеноз зоны анастомоза, несостоятельность анастомоза после первично проведенной операции – у 6 (5,0%), спаечная непроходимость – у 3 (2,5%).

Выведение стом производилось через латеральный аспект лапаротомной раны у 90 (24,4%) больных, через отдельный разрез на передней брюшной стенке – у 29 больных.

В зависимости от клинической ситуации использовались следующие виды энтеростом: илеостома – у 55 (46,2%), еюностома – у 5 (4,2%) больных. У большинства больных в исследуемой группе применялись илеостомы, в их числе 28 (23,5%) – наложения илеостомы по Микуличу, 15 (12,6%) – формирование отдельной илеостомы и 2 (1,7%) – выполнения терминальной илеостомы. Т-образный анастомоз Bishop-Koop был выполнен у 5 (4,2%) – с патологией подвздошной кишки и у 1 (0,8%) больного – с аномалией тощей кишки. Терминальная илеостома производилась при множественных резекциях кишки на фоне продолженного перитонита. В 4 (3,4%) случаях выполнена раздельная еюностома: у 3 (2,5%) – по поводу

перфорации тощей кишки и продолжающегося перитонита, у 1 (0,8%) – с ишемией и некрозом тощей кишки на фоне тромбоза мезентериальных сосудов.

Уровень формирования стомы на толстой кишке определялся доминирующей позицией аноректальных пороков. Наиболее часто выполняли сигмостомию – в 45 (37,8%) случаев, трансверзостомию использовалась у 7 (5,9%), десцендоостомию – у 4 (3,4%), цекостомию – у 3 (2,5%) больных.

В большинстве случаев применялась раздельная сигмостомию – у 38 (31,9%) детей с промежуточными и высокими формами аноректальных пороков. Терминальная сигостома выполнялась в 4 (3,4%) случаях у больных с высокими формами аноректальных аномалий, а петлевая сигостома использована – в 3 (2,5%). Раздельная трансверзостома сформирована у 7 (5,9%) больных с атрезиями поперечно-ободочной кишки и болезнью Гиршпрунга. Десцендоостомию выполнены у 2 (1,7%) детей с высокими ректальными атрезиями и у 2 (1,7%) – с некротизирующим энтероколитом. Цекостомию использована у 4 (3,4%) больных, при этом у 2 (1,7%) детей одновременно сформирована илеостома и сигмостома.

В исследуемой группе у всех 119 больных регистрировалась сопутствующая патология: пневмония, перинатальное поражение ЦНС, анемия, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, сочетанные врожденные пороки развития, болезнь Дауна и пр.

Результаты и обсуждение

Наиболее часто кишечные стомы выполнялись у детей с атрезией ануса и прямой кишки (как первый этап коррекции порока) и некротизирующем энтероколите. Показаниями к использованию стомы также явились атрезии кишечника различного уровня, болезнь Гиршпрунга, дисганглиоз толстой кишки и некоторые приобретенные послеоперационные состояния (спаечная непроходимость, стеноз зоны анастомоза, несостоятельности анастомоза). В выборе оперативного доступа для хирургического вмешательства мы отдавали предпочтение поперечной супраумбиликальной лапаротомии, так как она позволяла осуществить инспекцию всех отделов брюшной полости. При наличии показаний к энтеростомии у новорожденных сегмент кишечника выводили преимущественно в латеральный аспект лапаротомной раны. При необходимости наложения множественных стом использовали отдельные разрезы на передней брюшной стенке. При формировании кишечной стомы производили эверсию слизисто-подслизистого слоя и фиксировали серозно-мышечный слой кишки к тканям передней брюшной стенки для предупреждения ее ретракции.

Из тонкокишечных стом в большинстве случаев накладывали илеостомы, преимущественно по Микуличу, но при прогрессирующем течении заболевания с множественными некрозами кишки и перитонитом не редко использовали терминальную илеостома. Еюностома накладывалась крайне редко, вследствие опасности больших потерь питательных веществ и микроэлементов. Ее закрытие производилось в максимально короткие сроки после стабилизации общего состояния ребенка. В формировании кишечных стом при некротизирующем энтероколите учитывался уровень и протяженность поражения кишечника. Илеостома в таких случаях позволяла сохранить жизнеспособность кишки на большем ее протяжении и избежать обширной резекции. При атрезии подвздошной кишки, мекониевом илеусе и невозможности проведения радикальной операции, наиболее выгодным являлось наложение Т-образного анастомоза Bishop-Koop. Эта процедура обеспечивала декомпрессию

приводящего сегмента кишки и адаптацию к кишечному транзиту отводящих отделов желудочно-кишечного тракта. При меконеальной непроходимости выполнение Т-образного анастомоза позволяло применить инстилляцию ферментов, размягчающих мекониевые массы. Заворот тонкой кишки приводил к острому нарушению мезентериального кровотока, вследствие чего в кишечной стенке на обширном протяжении происходили необратимые изменения, часто сопровождавшиеся множественными перфорациями и гангреной кишки. В этих условиях формирование первичного анастомоза становилось практически невозможным, так как существовал высокий риск его несостоятельности. Илеостомия или ее комбинация с еюностомией давала возможность восстановления нарушенного кровоснабжения кишечной стенки. Илеостомию также применяли при тотальном аганглиозе кишечника как подготовительный этап перед радикальным оперативным вмешательством. При врожденных аноректальных пороках наиболее часто применялась раздельная сигмостомия. В послеоперационном периоде она обеспечивала эффективную декомпрессию кишечника, исключая заброс кишечного содержимого из приводящего отдела в отводящий и сохраняя функцию кишки на большей ее протяженности, а в последующем, обеспечивала защиту промежности при реконструктивных операциях.

Терминальная сигмостомия выполнялась при высоких формах аноректальных пороков. При атрезиях поперечно-ободочной кишки предпочтение отдавалось Т-образному варианту анастомоза с выведением колостомы. Если отсутствовала возможность наложения Т-образного анастомоза, то обычно формировалась раздельная трансверзостомия для устранения острой кишечной непроходимости. Цекостомия выполнялась у больных с тяжелым фибринозно-гнойным спайечным процессом в брюшной полости после множественных резекций кишки и наложения анастомозов, требующих программированной лапаротомии, и обычно сочеталась с другими видами декомпрессии желудочно-кишечного тракта.

При анализе осложнений наиболее часто отмечена периколостомическая инфекция – 15 (12,6%) детей. Технические погрешности при наложении стомы выявлены у 10 (8,2%) больных: эвагинация стомы – у 2 (1,7%) детей, параколостомические грыжи – у 2 (1,7%), ретракция – у 2 (1,7%) и некроз выведенной стомы – у 3 (2,5%) больных, стеноз стомы – у 1 (0,8%) ребенка.

Реэнтеростомия и реколостомия потребовалась 9 (7,6%) больным. Причинами повторного наложения стом послужили

ли несостоятельность кишечных швов у 2 (1,7%) больных, возникшая на 4 и 6 сутки после оперативного вмешательства. В одном случае была выполнена резекция зоны анастомоза с наложением терминальной сигмостомы у ребенка с прикрытой перфорацией поперечно-ободочной кишки. Во втором случае – применена раздельная илеостомия у ребенка с атрезией подвздошной кишки, где несостоятельность анастомоза развилась на фоне меконеального илеуса. Перфорации кишки вследствие прогрессирующего некротизирующего энтероколита потребовали повторного вмешательства у 2 (1,7%) детей. У одного ребенка сформирована терминальная сигмостомия, в другого – Т-образная подвешная илеостомия. Некроз и ишемия приводящего сегмента кишки явились показанием к реконструкции стомы у 4 (3,4%) больных. Среди этих больных терминальная илеостомия сформирована у 3 (0,8%), у 1 (0,8%) – одновременно сформированы раздельная илеостомия и еюностомия после субтотальной резекции тонкой кишки. У 1 (0,8%) больного произведена реконструкция стомы вследствие стеноза приводящей петли.

В настоящее время летальность у новорожденных с некротизирующим энтероколитом, несмотря на современные методы диагностики и лечения, остается высокой и достигает 50% [2,3,4]. При врожденных пороках желудочно-кишечного тракта летальность колеблется от 5 до 20% [1,5,7]. В представленной работе у 7 (5,9%) больных исследуемой группы неблагоприятный исход был связан с тяжелыми сопутствующими пороками развития. Послеоперационная летальность у детей с некротизирующим энтероколитом составила 18 (15%) детей.

Проведенное аналитическое исследование демонстрирует необходимость тщательного индивидуального подхода в выборе рациональной тактики и технического решения задач, стоящих перед хирургами в определении стратегии коррекции аномалий и заболеваний желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Ключевыми факторами являются ранняя диагностика и дифференцированный подход в лечении врожденных пороков развития кишечника с учетом тяжести состояния ребенка, наличия сопутствующей патологии. В снижении летальности при некротизирующем энтероколите определяющую роль играет профилактика и своевременная диагностика этого заболевания. Хирургическая тактика и оптимизация методов коррекции аномалий развития и заболеваний кишечника у новорожденных и младенцев должны строиться с учетом дальнейшей социальной реабилитации больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов В.В., Аксельров М.А., Аксельров В.М. и др. Противоестественный задний проход на сигмовидной кишке как первый этап хирургической коррекции пороков развития аноректальной области у новорожденных // Детская хирургия. – 2008. – №1. – С.14-16.
2. Григорьев Е.Г., Нестеров И.В., Пак В.Е. Хирургия колопроктологического больного. – Новосибирск, 2001. – с.
3. Попов Ф.Б. О технике энтеростомии у новорожденных // Детская хирургия. – 2004. – №3. – С.46-47.
4. Попов Ф.Б., Немилова Т.К., Караваева А.С. Энтеростомия

в неотложной абдоминальной хирургии новорожденных // Детская хирургия. – 2004. – №5. – С.20-23.

5. Чернышов С.В. Выбор вида превентивной стомы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 25 с.

6. Millar A.J.W., Rode H., Cywes S. Intestinal atresia and stenosis: colonic atresia // Ashcraft K.W., ed. Pediatric Surgery. – 3rd ed. – Philadelphia, Pa: WB Saunders Company, 2000. – P.

7. Cox S.G., Numanoglu A., Millar A.J., Rode H. Colonic atresia: spectrum of presentation and pitfalls in management. A review of 14 cases // Pediatr Surg Int. – 2005. – Vol. 21. №10. – P.813-818.

Информация об авторах: 1. 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, 664009, Иркутск, ул. Советская 57, МУЗ Г-ИМДКБ, Новожилов Владимир Александрович – главный врач ИМДКБ, д.м.н., профессор; Козлов Ю.А. – к.м.н., зав. отделением ЦХРН; Подкаменев А.В. – д.м.н.; Кашицына Анна Александровна – аспирант; Краснов П.А. – хирург ЦХРН; Кононенко М.И. – неонатолог ЦХРН; e-mail: ankadoc@mail.ru.

© ЯКУБОВИЧ А.И., САЛДАМАЕВА Л.С., НОВИЦКАЯ Н.Н. – 2010

ПРИМЕНЕНИЕ НИМЕСУЛИДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

А.И. Якубович, Л.С. Салдамаева, Н.Н. Новицкая

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра дерматовенерологии с курсом медицинской косметологии, зав. – д.м.н., проф. А.И. Якубович)

Резюме. Проведено комплексное лечение 60 больных псориатическим артритом с применением нимесулида. После проведенного лечения у большинства больных наблюдалось значительное улучшение клинических проявлений ПА с нормализацией лабораторных показателей. Отмечены высокая терапевтическая эффективность и хорошая переносимость нимесулида.

Ключевые слова: псориаз, псориатический артрит, комплексная терапия, нимесулид.