

0,721±0,06 нг/мл и 4,59±3,97 нг/мл соответственно ($p<0,05$).

Заключение. Полученные данные показали, что значения VIP в группе умерших больных на 3 сутки значительно и достоверно ($p<0,01$) были ниже аналогичных значений у выживших больных. Кроме этого, в первые сутки после оперативного вмешательства концентрация ОСТ в крови у умерших была значительно выше аналогичных показателей у выживших. Таким образом, снижение величины VIP в сочетании со значительным повышением уровня ОСТ после операции у новорожденных является прогностически неблагоприятным признаком.

Литература

1. Подкаменев, В.В. Патогенез развития язвенно-некротического энтероколита у новорожденных / В.В. Подкаменев, В.А. Новожилов, А.В. Подкаменев // Детская хирургия. – 2001. – № 4. – С. 23-26.
2. Цап, Н.А. Хирургическое лечение и прогнозирование послеоперационного периода у новорожденных с некротическим энтероколитом / Н.А. Цап, Т.Б. Аболина, Я.Н. Кузнецов, О.В. Новоселова, В.Б. Чудаков, Е.Е. Бобковская, Г.А. Вершинина // Детская хирургия. – 2004. – № 2. – С. 10-12.

3. Gavalda, A. Chronic but not Acute Exposure to Stress is Associated with Hypothalamic Vasoactive Intestinal Polypeptide (VIP) Release into Median Eminence / A. Gavalda, A. Benyassi, S. Arancibia, A. Armario // Neuroendocrinology. – 2006. – Vol. 5. – Iss.4. – P. 421-425.
4. Krammer, H.-J. Neurogastroenterology: from the basics to the clinics / H.-J. Krammer, M.V. Singer. – Neurogastroenterology. – 2000. – 807 p.
5. Zandomenighi, R. Role of vasoactive intestinal polypeptide (VIP) and endogenous somatostatin on the secretion of epidermal growth factor (EGF): studies on duodenal tissue cultures / R. Zandomenighi, P. Montanari, L. Serra [et al.] // Regulatory Peptides. – 1990. – Vol 29. – Iss 2-3. – P. 75-80.

Ключевые слова: нейропептиды, воспаление, новорожденные

PROGNOSING OF POSTOPERATIVE COURSE IN INFANTS WITH GASTROINTESTINAL MALFORMATIONS

OBEDIN A.N., MINAEV S.V., BOLOTOV YU.N., BYKOV N.I., GERASIMENKO I.N., ZINCHENKO O.V., MURAV'YOVA A.A.

Key words: neuropeptides, inflammation, newborns

© С.П. Сахаров, 2010
УДК 612.017.1-615.37 (053.2)

ИММУННАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ НА ОЖГОВУЮ ТРАВМУ

С.П. Сахаров

Тюменская государственная медицинская академия

До настоящего времени тяжелые ожоги и их осложнения устойчиво занимают третье место среди причин летальности у детей в возрасте до 3-х лет [2,3]. В Российской Федерации за 2006-2007 годы в ожоговых центрах среди всех пострадавших от ожогов 28,5% составили дети, из них в возрасте до 3-х лет – 50,6%. Летальность в ожоговых центрах у детей с ожогами составила – 0,6%, в том числе в детских ожоговых центрах – 0,2%. [1].

Летальность по периодам ожоговой болезни колеблется в зависимости от ее стадии. Наибольший процент (65-95%) умерших пациентов приходится на периоды токсемии и септикотоксемии. Непосредственные причины смерти при ожоговой болезни постоянны: сепсис, пневмония и полиорганная недостаточность на их фоне [4,5].

Многие вопросы развития иммунных реакций у детей при ожоговой болезни изучены недостаточно [2]. Высокая летальность пострадавших от ожогов, неудовлетворительные результаты лечения и недостаточная освещенность этого вопроса в литературе привели нас к целесообразности изучения ожоговой травмы в данном аспекте.

Цель исследования: изучить иммунную реакцию у детей раннего возраста в зависимости от тяжести течения термической травмы.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели были обследованы 38 детей, лечившихся в ожоговом центре г. Тюмени. Мальчиков было 23 (60,6%), девочек – 15 (39,4%). Для определения тяжести состояния больного использовали классификацию С.П. Пахомова и таблицы Попова А.А. в модификации Екатеринбургского детского ожогового центра [4,5]. Больные разделены на 3 клинические группы:

1-я группа – 14 больных с ожогами II-IIIА степеней, с поражением от 5 до 15% поверхности тела (шок легкой степени тяжести).

2-я группа – 13 детей с ожогами II-IIIАБ степеней с поражением от 16 до 29% поверхности тела, в том числе больные с ожогами IIIБ степени, с поражением менее 5% поверхности тела (шок средней степени тяжести).

3-я группа – 11 детей с ожогами II-IIIАБ степеней с поражением свыше 30% поверхности тела, в том числе больные с ожогами IIIБ степени и поражением более 5% поверхности тела (тяжелый шок).

Оценка иммунного статуса включала определение показателей лимфоцитарно-клеточного и гуморального звена иммунной системы (с помощью панели моноклональных антител) и уровня иммуноглобулинов классов А, М, G в токсический и септикотоксический периоды ожоговой болезни.

Сахаров Сергей Павлович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детской хирургии, травматологии и анестезиологии ТюмГМА, тел.: 89044940867; e-mail: sacharov09@mail.ru.

Результаты и обсуждение. Результаты иммунологических исследований позволили установить, что в токсический период ожоговой болезни у пострадавших детей развивается депрессия клеточного звена иммунитета: существенное снижение в крови абсолютного содержания клеток с фенотипом CD3, CD4 и CD8, повышение соотношения CD4/CD8 и концентрации IgM. Выраженное снижение, как правило, предшествует развитию инфекционных осложнений (сепсис и пневмония), которые мы отметили у 60% больных с ожогами свыше 15% поверхности тела.

У 80% детей в острый период ожоговой болезни была выявлена абсолютная лимфопения на фоне умеренного увеличения количества лейкоцитов. Кроме того, у больных III группы абсолютное число Т-клеток в токсический период заболевания было в 1,6 раза меньше, чем у пациентов I и II групп, а в септикотоксический период различия увеличивались в 2 раза.

Концентрация в крови Т-хелперов у детей в III группе была достоверно ниже величин Т-хелперов в I и II группах наблюдений. При применении иммунозаместительной терапии (препаратом иммуноглобулина нормального человеческого) уровень Т-супрессоров в токсический период ожоговой болезни – увеличивался в 1,7 раза, а в септикотоксическую стадию вырастал в 3,2 раза.

Летальных исходов не отмечали. Все больные выздоровели и в удовлетворительном состоянии были выписаны из стационара.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что показанием для назначения иммунокорректирующей терапии у детей с

термической травмой является тяжелый ожоговый шок и нарушения в клеточном звене иммунной системы.

Литература

1. Алексеев, А.А. Актуальные вопросы организации и состояние медицинской помощи пострадавшим от ожогов в Российской Федерации / А.А. Алексеев, В.А. Лавров // Сб. науч. тр. II съезда комбустиологов России. – Москва, 2008. – С. 3-5.
2. Артемьев, С.А. Состояние иммунитета и его коррекция стресспротекторами у детей с тяжелой ожоговой травмой / С.А. Артемьев, Н.И. Камзалакова, Г.В. Булыгин, И.П. Назаров // Сибирский медицинский журнал. – 2006. – №6. – С. 53-54.
3. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. – Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ. – Женева, 2008. – 39 с.
4. Пахомов, С.П. Хирургия ожогов у детей / С.П. Пахомов. – Нижний Новгород, 1997. – 207 с.
5. Шень, Н.П. Ожоги у детей / Н.П. Шень. – Тюмень: ООО «Печатник», 2009. – 112 с.

Ключевые слова: ожоговая болезнь, дети, иммунитет

BURN TRAUMA AND IMMUNE REACTION IN CHILDREN

SAKHAROV S.P.

Key words: burn disease, children, immunity

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.345-007-089.87-053./5

СРОКИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНАТОМИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПОРОКА РАЗВИТИЯ

А.Е. Стрюковский, В.А. Тараканов, А.Н. Луняка, О.А. Терещенко, А.В. Полеев
Кубанский государственный медицинский университет

Аноректальные пороки развития являются наиболее распространенной врожденной патологией желудочно-кишечного тракта с частотой встречаемости 1:2000 новорожденных [2]. Коррекция аноректальных аномалий возможна только оперативным путем. Актуальность проблемы обусловлена отсутствием общего подхода в сроках и выборе метода радикального этапа оперативного лечения порока из-за большого количества неудовлетворительных результатов первичных хирургических вмешательств – до 60% случаев [4]. Основными видами осложнений хирургической коррекции являются: внесфинктерные низведения толстой кишки на промежность – до 31,6% наблюдений, неоткорректированные интраоперационные повреждения анальных сфинктеров, ко-

торые встречаются у 18,4% детей, расхождение кожных швов на промежности вследствие натяжения по линии шва при недостаточной иммобилизации прямой кишки [1,3].

Считаем, что сроки проведения радикального этапа оперативного вмешательства зависят от анатомического варианта порока развития. При низких формах атрезий с уровнем локализации атрезированного участка толстой кишки до 1,5 см радикальная операция должна выполняться по установлению диагноза после кратковременной предоперационной подготовки, на 2-е сутки после рождения (вне зависимости от наличия и локализации свища).

При более высоких формах атрезий радикальную коррекцию аноректальных пороков следует проводить в более поздние сроки (в возрасте 6-10 месяцев) в связи с выраженной гипоплазией порций анальных сфинктеров. При этом необходимо применять индивидуальный подход в каждом конкретном случае, принимая во внимание наличие сопутствующих пороков развития (в особенности мочеполовой и сердечно-

Стрюковский Андрей Евгеньевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней детского возраста КГМУ, тел.: (861) 267-20-91, 232-37-82, 8-905-47-00-264.