в отделение анестезиологии и реанимации Республиканской детской клинической больницы за период с августа 2006 по декабрь 2008 г. с острой кишечной непроходимостью. Мальчиков – 19, девочек – 16. В соответствии с задачами исследования были выделены 2 группы больных. 1-я группа (19 детей) – ППП проводилось растворами кристаллических аминокислот («Аминоплазмаль», «Инфезол») + углеводы (10% раствор глюкозы) + жировые эмульсии («Липофундин»). 2-я группа (16 детей) – ППП технологией «три в одном»: «Кабивен» или «Оликлиномель» (пакет, содержащий аминокислоты, жировые эмульсии и растворы глюкозы). Эффективность ППП оценивалась на следующих этапах исследования: 1-й этап - до начала ППП; 2-й этап – на 2-3 сутки от начала ППП; 3-й этап на 5-е сутки ППП. ППП начинали после стабилизации гемодинамики, КОС и водно-электролитного баланса, но не позднее 24 часов после хирургического вмешательства.

Результаты исследования. Наибольшее увеличение содержания общего белка в плазме крови наблюдали у детей во 2-й группе. Средние значения составили: 1-й этап - 57,32,3 г/л; 2-й этап - 65,83,7 г/л; 3-й этап 70,13,6 г/л. У пациентов в 1-й группе возрастание общего белка статистически значимо было только к 3-му этапу: 1-й этап - 58,22,7 г/л; 2-й этап - 61,23,0 г/л; 3-й этап 68,03,8 г/л. Во второй группе отмечался положительный азотистый баланс уже на 2- м этапе, а также отпадала коррекция гликемии, гипокалиемии и более раннего восстановления моторики ЖКТ (2-й этап). Субъективно пациенты отмечали улучшение общего состояния, возрастала их функциональная активность.

Выводы. Применение технологии полного парентерального питания «три в одном» в послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости у детей является безопасным и действенным лечебным мероприятием, которое способствует более эффективному синтезу эндогенного белка и улучшает результаты лечения.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

М.И. Рафри
Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Проведен анализ 14 историй болезни детей в возрасте 3-14 лет, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии Областной детской клинической больницы г. Донецк. Причиной острого желудочно-кишечного кровотечения в 8 случаях был эрозивный гастрит и язвенное поражение желудка, в 6 – язва дивертикула Меккеля. Лабораторно-инструментальный контроль включал мониторинг состояния гемодинамики (артериальное давление, центральное венозное давление), регулярный контроль уровня гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов и тромбоцитов, показателей коагулограммы, сатурации кислорода. При проведении инфузионной терапии в качестве базовых использовались растворы на основе гидроксиэтилкрахмала («Рефортан», «Стабизол») и желатины («Гелофузин»). Предпочтение отдавалось последнему, так как в отличие от модифицированных крахмалов, «Гелофузин» не оказывает влияние на свертывающую систему крови, не снижает адгезию и агрегацию тромбоцитов, активность антитромбина III, факторов VIII и IX.

Перечисленные препараты являются реальной альтернативой декстранам и альбумину в связи с рядом нежелательных эффектов последних: пирогенность и аллергогенность; дезагрегация тромбоцитов и нарушение канальцевого пассажа мочи декстранами; способность альбумина переходить в межклеточный сектор внесосудистого русла и усугублять интерстициальный отек тканей. При выраженной анемии (гемоглобин менее 70 г/л) с заместительной целью проводились трансфузии эритроцитарной массы. Обязательным условием был малый срок хранения среды – до 10 суток. Свежезамороженная донорская плазма использовалась только в целях профилактики развития коагулопатии потребления. Считалось нерациональным назначение этого препарата для восстановления объема циркулирующей крови в связи с большой частотой анафилактических и пирогенных реакций и с высоким риском переноса гемотрансмиссивных инфекций (ВИЧ, гепатит В и С). Результатом применения указанной схемы инфузионно-трансфузионной терапии явилось снижение длительности пребывания больных в отделении интенсивной терапии на 1,8 койко-дня по сравнению с пациентами, не получавшими «Гелофузин», «Рефортан» или «Стабизол». Таким образом, рациональный подход к заместительной терапии позволил оптимизировать лечение детей с массивными кровотечениями из желудочно-кишечного тракта.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПУБОРЕКТАЛЬНОЙ МЫШЦЫ

В.В. Бычкова, А.М. Масленникова
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Пуборектальная мышца – одна из мышц леваторной группы и один из важнейших механизмов удержания каловых масс. При ее повреждении во время операции в аноректальной зоне возникает тяжелое недержание кала. Для пластики этой мышцы в последние годы используют различные виды искусственных трансплантатов. Однако количество работ, характеризующих взаимодействие этих трансплантатов с окружающими тканями, в доступной литературе ограничено.

Цель работы: оценка структурных изменений трансплантатов из свиного коллагена («Bard») и викрил-пролена («Urosling») и характер их взаимодействия с окружающими тканями у животных. Для проведения исследования использовались 30 крыс линии Vistar.

Каждому животному внутримышечно в область конечностей внедряли с одной стороны коллагеновый трансплантат, а с другой – викрил-проленовый. Был определен характер макроскопических и микроскопических изменений трансплантатов, их подвижность, соотношение с окружающими тканями, наличие воспалительного процесса. Показано, что трансплантаты хорошо взаимодействуют с окружающими тканями, а при использовании антибиотикотерапии не происходит их инфицирования.