

формации коленного сустава за счет большеберцовой кости наблюдались у 3 (6,5%) пациентов, варусные — у 3 (6,5%). Контрактура коленного сустава у 5 (10,8%) детей.

Со стороны голеностопного сустава у 4 детей отмечена вальгусная деформация, у 3 варусная. Контрактура голеностопного сустава — у 3 детей (6,5%).

Выводы: В настоящее время наблюдается омоложение общего контингента больных (34,9%) на фоне стертости клинической картины, увеличения разнообразия возбудителей, появления нетрадиционной ранее флоры, увеличения количества больных с полифлорой (41,3%). Это, в свою очередь, приводит к запоздалой диагностике ОГМЭО и высокому проценту ортопедических последствий. По нашим данным, у 43,4% детей с острым метаэпифизарным остеомиелитом длинных

трубчатых костей нижних конечностей развиваются различные ортопедические осложнения.

Выраженность ортопедического осложнения напрямую зависит от своевременности оказания хирургического лечения, проводимого одновременно с оказанием ортопедического пособия, и от интенсивности проводимой антибактериальной терапии.

Ортопедические осложнения перенесенного ОГМЭО нижних конечностей у детей в последнее время характеризуются преимущественным поражением проксимального отдела бедренной кости в виде деструкций различной выраженности (28,1%) и деформаций с сопутствующими укорочениями в области эпиметафизов костей, образующих коленный сустав (61,98%).

616.853:616.24-008.4-053.2

Е.М. ДОЛГАНОВА, Е.Ф. ЛУКУШКИНА, Е.И. КАРПОВИЧ, М.Н. ЧЕРНИГИНА

Нижегородская государственная медицинская академия

Нижегородская областная детская клиническая больница

Особенности сочетанного течения эпилепсии и респираторных заболеваний в детском возрасте

В последнее время большой интерес исследователей вызывают корреляционные взаимоотношения между течением респираторных заболеваний (в т.ч. бронхиальной астмы) и эпилепсии. Понятие «респираторной эпилепсии» в детском возрасте является актуальным и дискуссионным вопросом. Согласно зарубежным исследованиям, приступ бронхиальной астмы можно рассматривать как состояние, частично и условно подобное простому парциальному припадку с вегетовисцеральным проявлением. Респираторные заболевания оказывают влияние на течение эпилепсии в детском возрасте, вызывая учащение приступов, изменение их характера, резистентность к антиэпилептическим препаратам с развитием эпилептического статуса, т.е. утяжеление данного патологического процесса (Иванова, 1989; Шанько, 1993) или, наоборот, уменьшение частоты приступов эпилепсии на фоне респираторных заболеваний.

Обследовано 40 детей в возрасте 1-18 лет, страдающих различными формами эпилепсии. Из них 30 больных с сопутствующими ОРВИ в остром периоде (74,88%) и 10 детей (25,12%) с сопутствующей бронхиальной астмой.

Методы исследования: анкетирование, сбор анамнестических данных; клиническое обследование; лабораторная диагностика: общеклинические (в т.ч. коагулограмма) исследования крови и мочи, УгЕ общ; инструментальные обследования: оценка ФВД, ЭЭГ, видео — ЭЭГ-мониторинг (система для видеомониторинга Neurofax, фирма Nihon Kohden, Япония), рентгенография грудной клетки.

Результаты. Среди 30 больных эпилепсией с присоединившейся инфекцией в условиях стационара у 11 человек

(36,67%) отмечалась отягощенность наследственности по аллергическим заболеваниям (у 4 по линии первого родства отягощенность по бронхиальной астме), 7 человек (23,33%) были отнесены в группу часто болеющих детей (8 и более раз в год ОРВИ). Кроме того, у 1/2 больных дебют эпилепсии развился на фоне лихорадки, из анамнеза у 3 больных после очередного эпилептического припадка постоянно отмечается транзиторная гипертермия до 38,0С без каких-либо воспалительных изменений.

У 17 из 30 пациентов (56,67%) участились приступы эпилепсии (утром, при пробуждении серийные припадки по типу клонико-тонических или изолированно фокальных судорог лицевой мускулатуры). Это подтверждалось данными ЭЭГ-исследования: увеличение числа локальных пиков острых волн и комплексов острая — медленная волна, дезорганизованная полиморфная активность, зональные различия сглажены, регистрировалась эпилептиформная активность во сне и в момент пробуждения (чего ранее не регистрировалось). У 5 пациентов (16,67%) в острой стадии (на высоте лихорадки) ОРВИ (у 1 больного на фоне вирусной инфекции развился бронхо-обструктивный синдром) в течение 1-2 суток частота приступов значительно снизилась, по основному заболеванию субъективно было улучшение состояния («светлый промежуток»). Однако после прекращения лихорадящего периода число приступов вновь увеличилось: малые припадки по типу вздрагиваний, морганий, кивков и остановок взора, а также генерализованные клонико-тонические судороги, в результате чего возникла необходимость в корректировке противосудорожной терапии. 10 пациентов (33,3%), заболевшие острой



респираторной инфекцией в условиях стационара, получали антибактериальную терапию (2/3-синтетические пенициллины, 1/3-цефалоспорины II порядка) для профилактики развития осложнений. После назначения антибактериальной терапии эпизодов эпилептических приступов не регистрировалось. У 8 из наблюдаемых детей (26,66%) изменения частоты и характера приступов на фоне ОРВИ отмечено не было (как до, так и после назначения антибактериальной терапии).

У 10 пациентов наблюдалось сочетанное течение эпилепсии и бронхиальной астмы. В анамнезе у всех больных выявлены перинатальные повреждения центральной нервной системы (все наблюдались у невролога на первом году жизни). Аллергологический анамнез: наследственность не отягощена. До 3-хлетнего возраста дети были часто болеющими, обструктивные бронхиты манифестировали с 2-3-хлетнего возраста, отсутствовали «большие» критерии атопии. У 5 человек (50,30%) с сочетанной патологией первой манифестировала

бронхиальная астма в 3-4 года. К 7-8 годам у данной группы обследованных приступы обструкций постепенно нивелировались, выявлено улучшение показателей функции внешнего дыхания (10%), отсутствие нарушений по данным ФВД (90%). Это совпало с началом приема антиконвульсантов и формированием различных форм фокальной эпилепсии. У 5 пациентов (49,70%) из группы на фоне постоянного приема антиконвульсантов отмечалось легкое интермиттирующее или персистирующее течение бронхиальной астмы, с редкими приступами удушья, показатели рентгенологического исследования и данных функции внешнего дыхания в пределах возрастных норм.

Выводы. Выявленные результаты дают основания говорить о влиянии вирусной патологии дыхательных путей на течение различных форм эпилепсии, а также позволяют предположить общие механизмы патогенеза между бронхиальной астмой и эпилепсией.

616.381-072.1-053.31

**А.Ф. ДРОНОВ, А.Н. СМИРНОВ, А.Г. МАННАНОВ, Д.В. ЗАЛИХИН, П.М. ЯРУСТОВСКИЙ,
В.В. ХОЛОСТОВА, Е.В. ВАСИЛЬЕВА, О.С. ДАНИЛЕНКО**

Российский государственный медицинский университет

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф.Филатова, г. Москва

Лапароскопически-ассистированные операции при пороках развития толстой кишки у новорожденных и детей первых месяцев жизни

Одной из характерных особенностей современного этапа развития хирургии, несомненно, является широкое внедрение различных миниинвазивных эндоскопических методик при лечении патологии толстой кишки у детей. Настоящая работа преследует целью провести анализ современных возможностей применения эндохирургических технологий в лечении патологии толстой кишки.

В клинике детской хирургии РГМУ на базе ДКБ №13 им. Н.Ф.Филатова в течение 2006-2009 гг. выполнено эндоскопическое трансанальное низведение толстой кишки 27-ми детям в возрасте от 2 недель до 6 месяцев.

По поводу болезни Гиршпрунга оперировано 20 детей в возрасте от 12 суток до 6 мес., в том числе 5 пациентов периода новорожденности. Операции выполнялись по лапароскопически-ассистированной методике низведения толстой кишки по Soave-Georgeson (1995). У 18 детей имела место ректо-сигмоидная форма аганглиоза. Трое детей оперированы вторым этапом после предварительного наложения кишечной стомы. Необходимо отметить, что наличие стомы не представляло дополнительных технических трудностей при низведении кишки. Уровень резекции в данной группе больных был следующим:

селезеночный угол — 1 (5%), нисходящая ободочная кишка — 3 (15%), сигмовидная кишка — 16 (80%) наблюдений.

По поводу высоких форм атрезии прямой кишки оперировано 5 больных в возрасте 5-6 месяцев: одной девочке с безсвищевой формой и 4 мальчикам с ректовезикальным свищом. Все дети являлись носителями колостом. Операция низведения дополнялась выделением и перевязкой кишечного мочевого свища. Промежностный этап включал щадящее разделение мышц промежности в проекции анального сфинктера (при его наличии) и низведение мобилизованной кишки в область анального сфинктера.

Длительность операции составила от 90 мин до 300 мин (в среднем $114 \pm 23,6$ мин) при болезни Гиршпрунга и от 45 до 150 мин (в среднем $95,5$ мин) при атрезии прямой кишки. При этом отмечено, что имеется прямая корреляция между длительностью оперативного пособия и следующими факторами: возраст пациентов, протяженность аганглионарной зоны, выраженность супрастенотического расширения и выраженность спаечного процесса в области сигмовидной кишки.

Интраоперационных осложнений и случаев конверсии не отмечено. При этом течение послеоперационного периода от-