

ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

А.А. Гумеров, С.С. Куватов, И.А. Мамлеев, В.Г. Алянгин, А.М. Желтов
Башкирский государственный медицинский университет,
Городская детская клиническая больница №17, Уфа, Российская Федерация

Хронический толстокишечный стаз до настоящего времени остается одной из актуальных и нерешенных проблем в детской колопроктологии и частота его, по данным ряда авторов, составляет от 18 до 26%. Развитие эндохирургии дало возможность по-новому взглянуть на данную проблему и внедрить новые малоинвазивные методы лечения хронического толстокишечного стаза у детей.

В клинике детской хирургии БГМУ на базе Городской детской клинической больницы №17 за период с 2002 по 2008 гг. находились на лечении 75 детей с явлениями хронического толстокишечного стаза. Возраст детей колебался от 2 до 14 лет. Среди наблюдаемых детей 82% первично были обследованы в условиях ГКБ №17. Причинами заболевания являлись: долихосигма различных стадий компенсации – 28 детей (37,3%), функциональный стаз – 30 детей (40,0%), хронический колит – 13 детей (17,3%), дисбактериоз – 4 человека (5,3%). В результате проводимых курсов консервативной терапии у 89% детей наступила стойкая ремиссия.

Среди пролеченных детей у 14 больных с декомпенсированной стадией хронического толстокишечного стаза неоднократно проводимые мероприятия не имели эффекта. Этим пациентам с целью стимуляции мышечной ткани стенки толстой кишки, проведена лапароскопическая коагуляция тканей стенки в монополярном режиме по тениям и брыжеечному краю от прямой кишки до селезеночного угла толстой кишки. По окончании данного этапа операции визуально отмечается бурная видимая перистальтика толстой кишки. У семи детей при лапароскопии была выявлена удлинненная сигмовидная кишка.

У данных детей после вышеуказанной процедуры коагуляции тканей дополнительно произведено сбавивание (сигмопликация) сигмовидной кишки и фиксация ее на своем физиологическом месте. У одного больного толстая кишка была фиксирована в селезеночном углу. Данному пациенту была проведена лапароскопическая мобилизация селезеночного угла - рассечение фиксирующих тяжей, выпрямление кишки. Интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось. У пяти пациентов самостоятельный стул появился на 3-й день, у остальных в течение 1-й недели отмечалась стойкая самостоятельная дефекация 1-2 раза в сутки. Через 6-7 месяцев самостоятельный ежедневный стул наблюдался у 7 пациентов. Через 1,5 года после операции самостоятельный ежедневный стул сохранился у 13 пациентов.

Таким образом, причиной хронического толстокишечного стаза у детей могут являться аномалии положения, длины и различные механические препятствия (спайки, деформации) толстой кишки, которые могут быть хирургически скорректированы. А применение лапароскопической методики в сочетании со стимуляцией роста мышечной ткани и усиления моторной функции толстой кишки, может быть одним из методов выбора в лечении детей с субкомпенсированной и декомпенсированной формами данного заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Е.В. Джабарова, О.С. Чуб
Ставропольская государственная медицинская академия,
Краевая детская клиническая больница, Ставрополь, Российская Федерация

Нарушение иммунных механизмов является обязательным звеном в патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) мягких тканей у детей. Успешное лечение данной патологии невозможно без учета воздействия на иммунную систему больного. Индукторы интерферона зарекомендовали себя как препараты, оказывающие выраженный иммуномодулирующий и противовирусный эффект. При бактериальных лимфаденитах с абсцедированием возможно появление вторичных иммунодефицитных состояний, т.е. в этих случаях препараты можно применять с целью их предотвращения и лечения.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения индукторов интерферона в комплексной терапии острых лимфаденитов у детей. Под нашим наблюдением находилось 64 ребенка с шейными лимфаденитами, которые получали лечение в условиях хирургических отделений КДКБ г. Ставрополя за период с 2007 г. по 2008 г. Всем детям выполнялось вскрытие и дренирование пораженных лимфатических узлов с последующим проведением медикаментозной терапии. В контрольной группе, которую составили 30 детей, применялась эмпирическая антибактериальная терапия (АБТ) в течение первых 2-3-х суток, которая в последующем сменялась на другие антибактериальные препараты (в зависимости от чувствительности выделенной из лимфоузла микрофлоры). В основной группе, которую составили 34 ребенка, наряду с АБТ, был добавлен индуктор интерферона (циклоферон) для активизации иммунной системы.

Контрольными точками в исследовании были выбраны: общее состояние больного; скорость нормализации воспалительных изменений в общем анализе крови (ОАК); температурная кривая; длительность болевого синдрома; степень выраженности местных воспалительных проявлений (отек, инфильтрация мягких тканей, отделяемое из раны).

В результате проведенного лечения у детей основной группы отмечали более быстрое купирование болевого синдрома и температурной реакции (к 2-3-м суткам от начала лечения). Местные воспалительные проявления в области послеоперационной раны уходили раньше в основной группе, чем в контрольной группе (3 и 5-6-е сутки соответственно). Также отмечалось ускорение нормализации показателей ОАК и общего состояния больных в основной группе. Кроме этого, продолжительность антибактериальной терапии была сокращена благодаря более быстрому купированию как местных, так и общих воспалительных проявлений.

Таким образом, применение индукторов интерферона в комплексной терапии острых лимфаденитов в послеоперационном периоде позволяет сократить продолжительность лечения и уменьшить длительность пребывания детей в стационаре.