



были разделены на 3 подгруппы: 1-я подгруппа — 70 детей (ИР 0,6-0,58), 2-я подгруппа — 35 детей (ИР 0,57-0,54), 3-я подгруппа — 15 детей (ИР ниже 0,54).

Все дети были оперированы.

Биоптаты сосудов, полученных при оперативном лечении левостороннего варикоцеле, были исследованы на светоптическом уровне с использованием окраски гематоксилином и эозином, по Ван Гизону, на эластику.

Иммуногистохимические исследования (ИГХИ) проведены на парафиновых срезах по стандартному стрептавидин-биотин-пероксидазному методу с использованием моноклональных антител к TGF beta1, alphaSMA, CD34, VEGF (NovaCastrа UK).

Во всех биоптатах были обнаружены вены трех морфологических типов (Э. С. Севергина и соавт., 2006 г.), артерии мышечного типа довольно крупного диаметра и округлые образования, хаотично разбросанные в интерстиции, с тонкой соединительнотканной оболочкой.

Морфологические изменения стенки вен сводились к гипертрофии наружного продольного слоя в первом и третьем типах, а при втором типе — в виде фокальной формы в нескольких сосудах.

Стенка вен второго типа была, в основном, истончена, имела начальные признаки склероза, сосуды дилатированы. Развитие склеротических процессов является след-

ствием ухудшения транспорта крови и нарушения механизма сокращения гладкомышечных клеток.

ИГХИ, в частности присутствие TGF beta1 в стенке сосудов, подтверждают найденные изменения и указывают на тенденцию развития склеротических процессов, в основном, в венах второго типа. В свою очередь, варикозная патология способствует дисрегуляции этого фактора, и тем самым усиливает его роль в процессе развития фиброза.

В изученном нами материале — инцизионные биоптаты яичковых сосудов у детей с варикоцеле — мы не обнаружили морфологических признаков выраженной декомпенсации, когда в биоптатах преобладают дилатированные вены со склерозированными стенками в совокупной сосудистой системе v. spermatica sinistra, как это имеет место в биоптатах взрослых, оперированных по поводу варикоцеле. Причем, степень выраженности склеротических изменений оказалась прямо пропорциональна падению индекса резистентности.

Таким образом, удаленные вены у детей были в состоянии выполнять свою функцию, поэтому, по-нашему мнению, остается дискуссионным вопрос о необходимости оперативного лечения варикоцеле у всех без исключения детей, в части случаев, с начальными признаками склероза, когда венозная система может обеспечивать достаточно высокую степень кровотока.

Лечение острого аппендицита, осложненного инфильтратом, у детей

Н. В. КОЗУЛИНА, В. В. ПАРШИКОВ, Ю. П. БИРЮКОВ

Нижегородская государственная медицинская академия,

ГУ «Нижегородская областная детская клиническая больница», г. Нижний Новгород.

УДК 616.346.2-002.1-053.2

Острый аппендицит остается самой актуальной проблемой среди неотложных состояний в детской хирургии. Одним из часто встречающихся его осложнений является аппендикулярный инфильтрат. В последние годы частота инфильтратов увеличивается. Так, если в 1999-2003 гг. ежегодно в Нижегородской детской областной клинической больнице (НОДКБ) получали лечение от 1 до 3 детей с таким диагнозом, то с 2004 г. ежегодно госпитализируются 5-7 человек.

Проанализированы истории болезней 16 пациентов, находившихся в НОДКБ с диагнозом «аппендикулярный инфильтрат» в 2004-2006 гг. Преобладали девочки (12 пациентов), возраст больных составил от 2 до 16 лет (в среднем 12 лет). Только у 4 детей локализация процесса была в правой подвздошной области. У одной пациентки с обратным расположением органов инфильтрат располагался слева, у двух мальчиков было подпеченочное положение отростка, а у 9 девочек-подростков инфильтрат располагался в малом тазу, что симулировало гинекологические заболевания. Нередко дети осматривались несколькими специалистами, в т. ч. и хирургом, однако правильный диагноз не был установлен своевременно. При этом в выписках таких пациентов отсутствовали указания на то, что детям проводился ректальный осмотр. В связи со сложностью диагностики, атипичным течением аппендицита, осложненного инфильтратом, дети поступали в хирургический стационар в среднем через 9 дней

(от 1 до 17 д.) после появления болей в животе, которые связывались с инфекцией кишечника или мочевых путей, гинекологической патологией, абдоминальным синдромом при ОРВИ. У одной девочки с гигантским инфильтратом анамнез с момента появления болей в животе насчитывал около 3 мес. до постановки правильного диагноза. Поздняя диагностики приводила к необходимости длительного стационарного лечения: сроки госпитализации составили от 18 до 51 дня (в среднем 31 д.), в том числе тяжелое состояние у 4 детей потребовало лечения в реанимационных условиях от 1 до 10 дней.

В 11 случаях имел место плотный аппендикулярный инфильтрат, а у 5 больных отмечено его абсцедирование. При лечении острого аппендицита, осложненного инфильтратом, обязательными являются строгий постельный режим, щадящая диета (протертая пища с обильным питьем), на область инфильтрата ежедневно на несколько часов клали пузырь со льдом. Необходима дезинтоксикационная инфузионная терапия. Решающим фактором является рациональная антибиотикотерапия. 7 пациентам, получавшим лечение в НОДКБ, потребовалось 2 курса антибиотиков, у 6 больных проведено 3 курса, состояние 2 детей потребовало проведения 4 курсов, а одного мальчика — 5 курсов антибиотикотерапии. При этом препараты меняли каждые 7-13 дней, в среднем один курс длился 10 суток. В качестве стартовой схемы

в большинстве случаев (у 10 пациентов) использована схема «клафоран + амикацин внутривенно струйно + 0,5% раствор метрогила внутривенно капельно» в возрастных дозировках. У остальных в числе антибиотиков 1-го ряда использовались фортум, максипим, гентамицин, однако обязательным препаратом для лечения деструктивного аппендицита является раствор метронидазола в связи с его воздействием на анаэробную флору. В качестве 2-го курса антибиотикотерапии у 4 детей применен максипим, у 2 — фортум, у 5 пациентов — цефсон, в остальных случаях прибегали к тиенаму, цефобиду, цефсиду. Кроме этих наиболее часто упоминаемых препаратов в лечении осложненного аппендицита использовали сульперазон, зивокс. У 4 пациентов проведена УВЧ-терапия на область плотного инфильтрата. Кроме того, у девочек с тазовым расположением инфильтрата в комплексном лечении использованы ректальные свечи с левомицетином, лекарственные клизмы с отваром трав. В случае тяжелого состояния пациента в арсенал лечения подключали УФО крови, инфузии иммуноглобулина, озонированного физиологического раствора. После купирования воспалительного процесса в случае плотного инфильтрата пациенты выписывались домой и аппендэктомия выполнялась в плановом

порядке через 3-4 мес. Через месяц после выписки проводили курс противоспаечной физиотерапии (фонофорез с лидазой, коллазином на переднюю брюшную стенку), что облегчает последующую аппендэктомию. При нагноении аппендикулярного инфильтрата полость абсцесса вскрывали и дренировали, при этом выбор оперативного доступа определяется локализацией инфильтрата: косой разрез в правой подвздошной области при типичном расположении отростка, надлобковый поперечный разрез или доступ через прямую кишку при тазовой локализации процесса. Через 1 мес. после плановой аппендэктомии пациентам также проводили противоспаечной физиотерапии.

Таким образом, в большинстве случаев имеет место поздняя диагностика аппендикулярного инфильтрата, что приводит к его абсцедированию или развитию гнойного перитонита. Необходимо шире применять при болях в животе бимануальное ректальное и ультразвуковое обследование, в лечении инфильтратов — антибиотикотерапию (комбинацию цефалоспоринов, аминогликозидов и метронидазола, блокирующих развитие Грам-плюс, Грам-минус и анаэробной микрофлоры), а также активное использование физиотерапии для профилактики спаечных осложнений.

Зависимость минеральной плотности костной ткани у новорожденных от массы тела

Т. В. КОЛЕСНИЧЕНКО

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», г. Казань.

УДК 611.018.4:612.648

В настоящее время классическая, развернутая клиническая картина рахита встречается редко. Но у детей находят отдельные проявления недостаточности кальция и витамина D, что указывает на сохранение необходимости продолжения изучения проблемы остеопении у детей и ее профилактики.

Цель исследования. Выявить зависимость минеральной плотности костной ткани у новорожденных от массы тела на момент рождения.

Методы исследования. Для определения минеральной плотности костной ткани использовался метод рентгеноденситометрии. Предварительно отсканированные рентгенологические снимки анализировались с помощью компьютерной программы Xray Analysis, разработанной совместно с сотрудниками КГТУ им. А. Н. Туполева. Проведена рентгеноденситометрия рентгенограмм 92 детей в возрасте до одного месяца, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных. В группе исследования находились дети с массой тела при рождении от 1740 граммов до 3970 граммов. Исследование ми-

неральной плотности костной ткани проводилось в области тела четвертого грудного позвонка.

Результаты. При проведении исследования минимальный показатель минеральной плотности костной ткани в области тела четвертого грудного позвонка составил 4,7 мг/мм², максимальный — 8,9 мг/мм². Четкая зависимость минеральной плотности костной ткани (МПКТ) от массы тела к рождению прослеживается у детей с массой от 1740 грамм до, примерно, 2300 грамм, где максимальный уровень МПКТ составил 5,3 мг/мм². У детей с массой тела к рождению от 2300 до 4000 граммов такой зависимости не выявлено. У детей, родившихся в двойне или в тройне, прослеживается та же закономерность, у ребенка с наименьшей массой тела уровень МПКТ минимален.

Заключение. Таким образом, минеральная плотность костной ткани у новорожденных с массой менее 2300 граммов достоверно снижена и зависит от веса при рождении. Поэтому профилактика остеопении у этих детей с низкой массой тела должна быть обязательной частью программы их лечения и реабилитации.